



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN LOGOTERAPI TERHADAP  
DEPRESI, ANSIETAS, KEMAMPUAN MENGUBAH PIKIRAN  
NEGATIF, DAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN  
DIABETES MELITUS DI RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

**TESIS**

**Rika Sarfika  
NPM. 1006801033**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK, JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN LOGOTERAPI TERHADAP  
DEPRESI, ANSIETAS, KEMAMPUAN MENGUBAH PIKIRAN  
NEGATIF, DAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN  
DIABETES MELITUS DI RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

**TESIS**

**Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan**

**OLEH  
Rika Sarfika  
NPM. 1006801033**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK, JULI 2012**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis  
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2012

Pembimbing I



Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App., Sc.

Pembimbing II



Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp.Kep.J

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Rika Sarfika  
NPM : 1006801033  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa  
Judul Tesis : Pengaruh CT dan Logoterapi Terhadap  
Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah  
Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai  
Hidup Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M.  
Djamil Padang

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

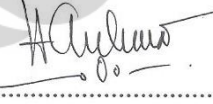
Pembimbing I : Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App., Sc

()


Pembimbing II : Ns.Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp.Kep.J

()

Penguji : Novy Helena C. D., SKp., M.Sc

()

Penguji : Widya Lolita, SKp., M.Kep

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga tesis dengan judul **“Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang”** dapat selesai tepat waktu. Tesis ini dibuat dalam rangka tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis banyak mendapat bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak selama proses penyusunan tesis ini. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App. Sc, selaku pembimbing I yang telah sangat bijaksana dalam meluangkan waktu dan membimbing peneliti dengan sabar, tekun, dan cermat dalam memberikan masukan, bimbingan serta arahan demi kesempurnaan tesis ini.
4. Ibu Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp. Kep. J, selaku pembimbing II yang senantiasa bijaksana meluangkan waktu dan sangat cermat memberikan masukan, arahan, bimbingan selama proses penyusunan tesis ini.

5. Ibu Novy Helena C. D.,SKp., M.Sc., selaku penguji yang telah memberi semangat, masukan yang sangat detail dan arahan demi kesempurnaan tesis ini
6. Ibu Widya Lolita SKp., Mkep., selaku penguji yang telah memberi semangat dan masukan yang sangat berharga untuk perbaikan tesis ini
7. Staf pengajar Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membekali ilmu, sehingga penulis mampu menyusun laporan akhir ini
8. Suami tercinta “Brigadir Dery Febriyandi SH.”, yang senantiasa penuh keikhlasan dan kesabaran serta selalu memberi motivasi dan dukungan baik berupa materi, waktu, maupun psikologi demi kelancaran penulis dalam menyelesaikan studi ini
9. Alm. Ayah dan Ibu tercinta serta kakak adik yang senantiasa memberikan do’a, motivasi dan dukungan berupa materi dan psikologi sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini dengan hasil yang sangat memuaskan
10. Ibu Reflita SKp, M.Kep selaku pimpinan yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia yang telah memberikan kesempatan dan izin kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan Pasca Sarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia
11. Direktur RSUP Dr. M Djamil Padang yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian ini hingga selesai
12. Responden yang telah berpartisipasi dan bekerjasama dalam kegiatan penelitian dari awal hingga akhir sehingga tesis ini dapat diselesaikan

13. Rekan-rekan angkatan 6 khususnya program kekhususan keperawatan jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas motivasi dan dukungannya bagi penulis
14. Sahabat oponen dan juga audiens dan sekaligus sahabat dalam suka dan duka “Mbak Pipin, Kak Jesica, Kak Fitri, Kak Joe, Ninik, Rahmi, dan Kang Denny” yang saling memotivasi dan berbagi ilmu dan informasi dalam segala hal tentang tesis
15. Seluruh staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan dapat memberikan manfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2012

Penulis

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Rika Sarfika

NPM : 1006801033

Tanda Tangan:



Tanggal : 9 Juli 2012



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rika Sarfika  
NPM : 1006801033  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Jiwa  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Nonexclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN LOGOTERAPI TERHADAP  
DEPRESI, ANSIETAS, KEMAMPUAN MENGUBAH PIKIRAN NEGATIF,  
DAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN DIABETES MELITUS  
DI RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, maka Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok  
Pada tanggal : 9 Juli 2012

Yang menyatakan

  
(Rika Sarfika)

## ABSTRAK

Nama : Rika Sarfika  
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa  
Judul : Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus Di RSUP Dr.M Djamil Padang

ix + 153 hal + 27 tabel + 7 skema + 15 lampiran

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup klien diabetes melitus di RSUP Dr. M Djamil Padang. Desain penelitian *quasi eksperimental non equivalent control group*. Responden terdiri dari 29 orang kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi, 31 orang kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan 30 orang kelompok yang tidak mendapatkan terapi. Terapi kognitif dan logoterapi diberikan sebanyak 5 sesi dalam 5 kali pertemuan, sedangkan logoterapi 4 sesi dalam 5 kali pertemuan. Hasil penelitian menunjukkan pemberian terapi kognitif dan logoterapi dan pemberian terapi kognitif saja sama-sama menurunkan kondisi depresi secara bermakna, tetapi terapi kognitif dan logoterapi menurunkan kondisi depresi lebih besar dibanding terapi kognitif saja. Terapi kognitif dan logoterapi menurunkan kondisi ansietas lebih besar dibanding terapi kognitif saja. Pemberian terapi kognitif dan logoterapi dan pemberian terapi kognitif saja sama-sama meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif secara bermakna, tetapi terapi kognitif dan logoterapi meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif lebih besar dibanding dengan terapi kognitif saja. Terapi kognitif dan logoterapi meningkatkan kemampuan memaknai hidup lebih besar dibanding terapi kognitif saja. Terapi kognitif dan logoterapi direkomendasikan pada klien diabetes melitus yang mengalami depresi dan ansietas.

Kata kunci : depresi, ansietas, terapi kognitif, dan logoterapi

Daftar pustaka 57 (1986-2012)

## ABSTRACT

Nama : Rika Sarfika  
Program Studi : Post Graduate Program Faculty of Nursing Department  
Nursing Psychiatry  
Judul : The Influence of Cognitive Therapy and Logotherapy For  
Depression, Anxiety, Ability To Change The Negative  
Thoughts, and Ability To Make Sense Of Life For Diabetes  
Mellitus Client at RSUP Dr. M. Djamil Padang

x + 153 page + 27 tables + 17 chart + 15 appendixs

The research aims to determine the effect of cognitive therapy (CT) and logotherapy for depression, anxiety, ability to change the negative thoughts and ability to make sense of life for diabetes mellitus client at RSUP Dr. M. Djamil Padang. The research design quasi eksperimental non equivalent control group, of 29 person are given cognitive therapy and logotherapy group, 31 person the only given cognitive therapy group, and 30 person are not given therapy group. CT are given as much as 5 sessions in 5 meetings, and logotherapy are given as much as 4 sessions in 5 meetings. The result of research shows the same significant on reducing depression between CT and logotherapy with CT, but the CT and logotherapy group the higher on the reducing depression than CT group. CT and logotherapy group on the reducing anxiety the higher than CT group. CT and logotherapy and CT group increasing ability to change the negative thoughts the same significant, but CT and logotherapy the higher than CT group. CT and Logotherapy group increasing ability to make sense of life the higher than the CT group. CT and logotherapy are recommended for the diabetes mellitus client who depression and anxiety.

Keyword : depression, anxiety, cognitive therapy, and logotherapy

Bibliography : 57 (1986-2012)

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iv
<b>PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	vii
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	viii
<b>ABSTRAK</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiv
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	11
1.3 Tujuan Penelitian .....	12
1.4 Manfaat Penelitian .....	14
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Diabetes Melitus .....	16
2.2 <i>Consultation Liason Psychiatry</i> .....	23
2.3 Konsep Depresi .....	23
2.4 Konsep Ansietas .....	37
2.5 Konsep Pikiran Negatif .....	46
2.6 Terapi Kognitif .....	50
2.7 Konsep Makna Hidup .....	58
2.8 Logoterapi .....	62

**BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, dan  
DEFINISI OPERASIONAL**

3.1 Kerangka Teori.....	71
3.2 Kerangka Konsep.....	75
3.3 Hipotesis.....	77
3.4 Definisi Operasional .....	78

**BAB 4 METODE PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian.....	82
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian .....	84
4.3 Populasi dan Sampel .....	85
4.4 Etika Penelitian .....	90
4.5 Instrumen Penelitian.....	92
4.6 Uji Coba Instrumen .....	93
4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	95
4.8 Teknik Pengolahan dan Analisa Data .....	103

**BAB 5 HASIL PENELITIAN**

5.1 Karakteristik Klien .....	110
5.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Depresi .....	111
5.3 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Ansietas.....	115
5.4 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif .....	118
5.5 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif .....	121
5.6 Hubungan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Terhadap Depresi dan Ansietas .....	124
5.7 Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas .....	124
5.8 Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Depresi dan Ansietas.....	125

5.9 Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif .....	126
5.10 Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup .....	127

## **BAB 6 PEMBAHASAN**

6.1 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif .....	128
6.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus .....	132
6.3 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup .....	136
6.4 Hubungan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Terhadap Depresi dan Ansietas .....	143
6.5 Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas .....	144
6.6 Keterbatasan Penelitian .....	146
6.7 Implikasi Hasil Penelitian .....	147

## **BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN**

7.1 Kesimpulan .....	149
7.2 Saran .....	151

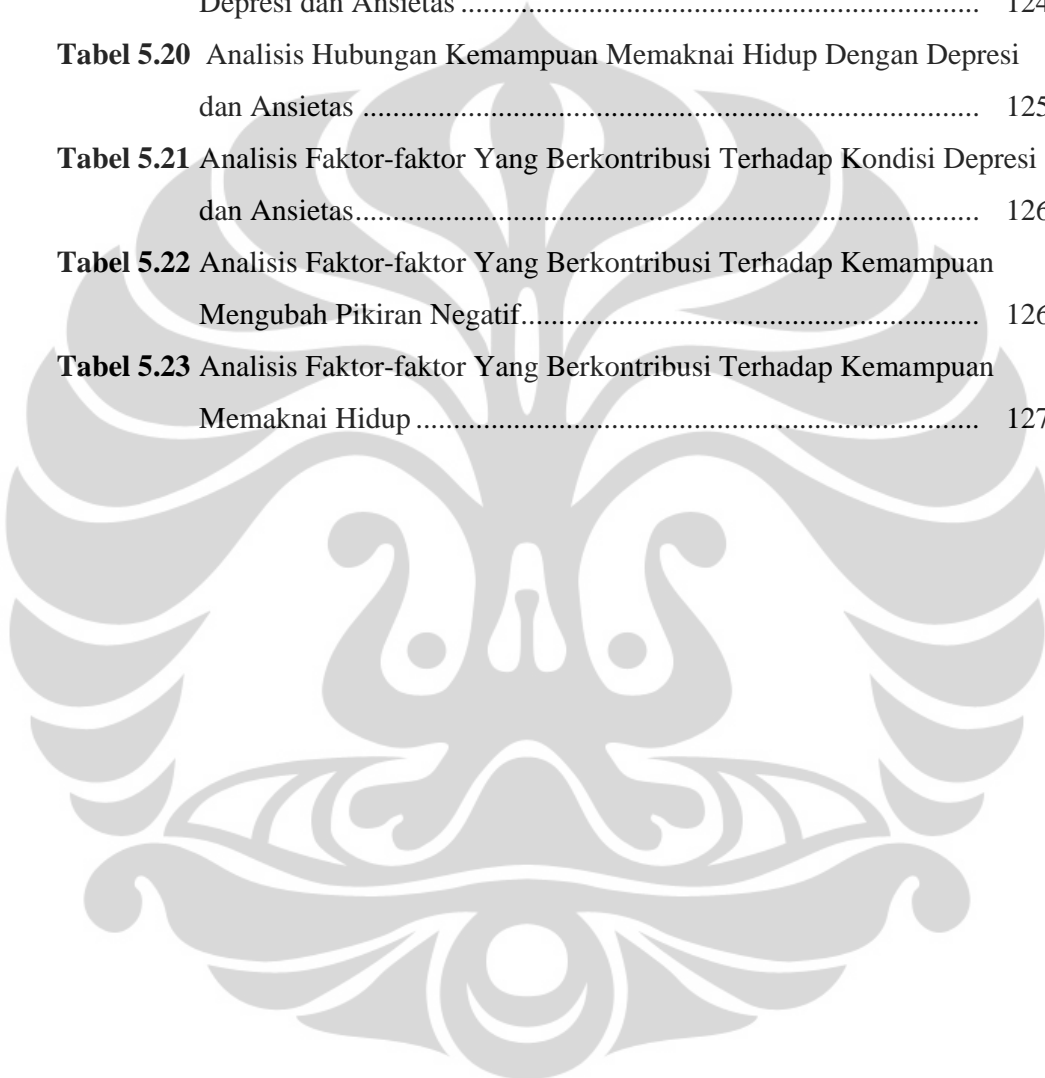
## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	Halaman
<b>Tabel 3.1</b> Definisi Operasional .....	81
<b>Tabel 4.1</b> Teknik Pengambilan Sampel .....	89
<b>Tabel 4.2</b> Analisis Kesetaraan dan Analisa Bivariat .....	106
<b>Tabel 4.3</b> Analisis Multivariat Variabel Penelitian .....	108
<b>Tabel 5.1</b> Distribusi dan Analisis Kesetaraan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, dan Status Perkawinan.....	110
<b>Tabel 5.2</b> Distribusi dan Analisis Kesetaraan Usia dan Lama Menderita Diabetes Melitus .....	111
<b>Tabel 5.3</b> Analisis Kondisi dan Kesetaraan Depresi Sebelum Intervensi .....	112
<b>Tabel 5.4</b> Analisis Perubahan Kondisi Depresi Klien Diabetes Melitus Sebelum dan Sesudah Intervensi .....	113
<b>Tabel 5.5</b> Analisis Perbandingan Kondisi Depresi Sesudah Intervensi.....	114
<b>Tabel 5.6</b> Analisis Perbedaan Kondisi Depresi Sesudah Intervensi .....	114
<b>Tabel 5.7</b> Analisis Kondisi dan Kesetaraan Ansietas Sebelum Intervensi ....	115
<b>Tabel 5.8</b> Analisis Perubahan Ansietas Sebelum dan Sesudah Intervensi .....	116
<b>Tabel 5.9</b> Analisis Perbandingan Kondisi Ansietas Sesudah Intervensi .....	117
<b>Tabel 5.10</b> Analisis Perbedaan Kondisi Ansietas Sesudah Intervensi .....	117
<b>Tabel 5.11</b> Analisis Perubahan dan Kesetaraan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Sebelum Intervensi .....	118
<b>Tabel 5.12</b> Analisis Perubahan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Sebelum dan Sesudah Intervensi .....	119
<b>Tabel 5.13</b> Analisis Perbandingan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Sesudah Intervensi.....	120
<b>Tabel 5.14</b> Analisis Perbedaan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Sesudah Intervensi .....	120
<b>Tabel 5.15</b> Analisis Kemampuan dan Kesetaraan Memaknai Hidup Sebelum Intervensi .....	121
<b>Tabel 5.16</b> Analisis Perubahan Kemampuan Memaknai Hidup Sebelum dan Sesudah Intervensi.....	122

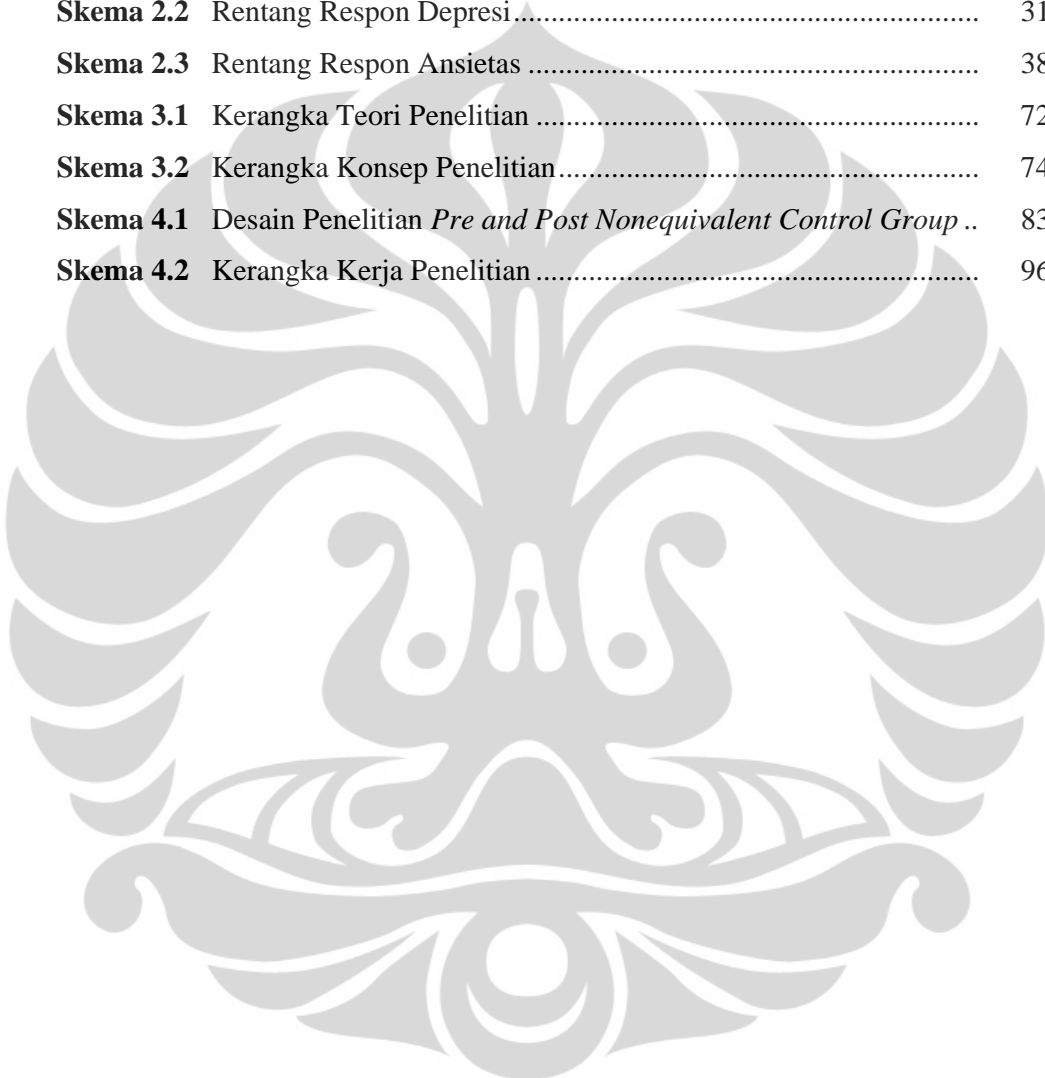
<b>Tabel 5.17</b> Analisis Perbandingan Kemampuan Memaknai Hidup Sesudah Intervensi .....	123
<b>Tabel 5.18</b> Analisis Perbedaan Kemampuan Memaknai Hidup Sesudah Intervensi .....	123
<b>Tabel 5.19</b> Analisis Hubungan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif dengan Depresi dan Ansietas .....	124
<b>Tabel 5.20</b> Analisis Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Dengan Depresi dan Ansietas .....	125
<b>Tabel 5.21</b> Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas.....	126
<b>Tabel 5.22</b> Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif.....	126
<b>Tabel 5.23</b> Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup .....	127





## DAFTAR SKEMA

	Halaman
<b>Skema 2.1</b> Rentang Respon Emosional .....	25
<b>Skema 2.2</b> Rentang Respon Depresi .....	31
<b>Skema 2.3</b> Rentang Respon Ansietas .....	38
<b>Skema 3.1</b> Kerangka Teori Penelitian .....	72
<b>Skema 3.2</b> Kerangka Konsep Penelitian .....	74
<b>Skema 4.1</b> Desain Penelitian <i>Pre and Post Nonequivalent Control Group</i> ..	83
<b>Skema 4.2</b> Kerangka Kerja Penelitian .....	96



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** : Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2** : Penjelasan tentang Penelitian
- Lampiran 3** : Lembar Persetujuan menjadi Responden
- Lampiran 4** : Kuesioner A data demografi responden
- Lampiran 5** : Kuesioner B *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)
- Lampiran 6** : Kuesioner C *Automatic Thought Questionnaire* (ATQ)
- Lampiran 7** : Kuesioner D *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ)
- Lampiran 8** : Keterangan lulus kaji etik
- Lampiran 9** : Keteranganlulus uji *expert validity*
- Lampiran 10** : Keterangan lulus uji kompetensi
- Lampiran 11** : Surat izin studi pendahuluan
- Lampiran 12** : Surat izin pelaksanaan penelitian
- Lampiran 13** : Jadwal pelaksanaan intervensi penelitian
- Lampiran 14** : Jadwal pelaksanaan penelitian
- Lampiran 15** : Riwayat hidup

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu penyakit degeneratif kronik yang menimbulkan masalah kesehatan utama pada umat manusia didunia karena dapat menimbulkan dampak bagi kualitas hidup manusia dan peningkatan biaya kesehatan yang cukup besar. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2000 jumlah penderita diabetes diatas umur 25 tahun berjumlah 150 juta orang dan pada tahun 2025 jumlah itu akan meningkat menjadi 300 juta orang (Sudoyo, dkk. 2006). *International Diabetes Federation* (IDF) (2011) juga memperkirakan pada tahun 2010 penderita DM ditujuh kawasan dunia sebanyak 287 orang dewasa dan pada tahun 2030 angka tersebut akan terus meningkat menjadi 439 juta orang (Egede & Ellis, 2011; Murdiono, 2011). Angka ini menunjukkan bahwa jumlah penderita DM akan terus meningkat dari tahun ke tahun, sungguh masalah kesehatan dunia yang sangat luar biasa bila tidak ditangani secara serius.

Peningkatan jumlah penderita DM juga terjadi di Indonesia. Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) mengungkapkan bahwa WHO memprediksi kenaikan penderita DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030 (Burhani, 2011). Senada dengan WHO, IDF pada tahun 2009 juga memprediksi kenaikan prevalensi penderita DM di Indonesia dari 7,0 juta pada tahun 2009 menjadi 12,0 juta pada tahun 2030 (PERKENI, 2011). Walaupun terdapat perbedaan dalam cara memperkirakan jumlah penderita DM, tetapi angka ini cukup jelas menunjukkan bahwa jumlah penderita DM selalu mengalami peningkatan dari tahun ketahun di Indonesia, hal ini tentu akan menjadi masalah kesehatan yang serius bagi indonesia.

Diabetes melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (ADA, 2010; PERKENI, 2011). Insulin merupakan suatu hormon yang berfungsi untuk mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanan glukosa. Glukosa secara normal bersikulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Pada diabetes, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin sehingga jumlah kadar glukosa dalam darah meningkat yang disebut dengan hiperglikemia (Brunner & Suddarth, 2002). Dengan demikian jelaslah ketika seseorang sudah menderita penyakit DM maka tubuh individu tersebut akan sulit mengatur metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak sehingga kadar glukosa dalam darah melebihi ambang batas toleransi tubuh klien DM.

Hiperglikemia berat dan melebihi ambang batas ginjal akan menimbulkan gejala glikosuria yang pada akibat lanjutnya penderita akan mengalami peningkatan pengeluaran urin (poliuria), timbul rasa haus (polidipsia) dan rasa lapar yang semakin besar (polifagia) (Price & Wilson, 2006). Hiperglikemia akut yang dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik (HHNK). Hiperglikemia jangka panjang menyebabkan komplikasi mikrovaskuler yang kronis (penyakit ginjal dan mata) dan komplikasi neuropati (penyakit pada saraf). Diabetes juga disertai dengan peningkatan insiden penyakit makrovaskuler yang mencakup infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer (Brunner & Suddarth, 2002). Penderita DM akhirnya meninggal 75% karena penyakit vaskular seperti serangan jantung, gagal ginjal, stroke, dan gangren (Price & Wilson, 2006). Oleh karena itu, untuk mencegah terjadinya komplikasi yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian tersebut maka diperlukan penanganan DM yang tepat dan segera agar kondisi buruk tersebut dapat dicegah.

Penanganan diabetes terutama ditujukan untuk menormalkan aktivitas insulin agar tercapai kadar glukosa darah yang normal (euglikemia) dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien (Brunner & Suddarth, 2002). Penatalaksanaan diabetes melitus didasarkan pada rencana diet, latihan fisik dan pengaturan aktivitas fisik, obat hipoglikemik oral, terapi insulin, pengawasan glukosa dirumah dan pengetahuan tentang diabetes dan perawatan diri (Price & Wilson, 2006). Oleh karena penyakit DM merupakan penyakit kronik yang akan diderita seumur hidup tentu penanganan ini harus selalu dijalani klien DM sepanjang hidupnya agar kadar glukosa dalam darah dapat terkontrol dengan baik dan kejadian komplikasi dapat dihindari. Perubahan gaya hidup yang permanen dan keadaan fisik yang baru ini tentu akan mengganggu aktivitas hidup sehari-hari klien DM sehingga akan berpengaruh terhadap masalah kesehatan psikososial klien DM.

Masalah psikososial yang sering dialami oleh klien DM adalah depresi. Tujuh puluh sembilan persen penderita DM mengalami depresi (Admin, 2011). Kaplan dan Sadock (2010) mengungkapkan bahwa ensefalopati metabolik mampu menimbulkan perubahan proses mental, perilaku, dan fungsi neurologis. Beberapa pasien menjadi agitasi, cemas, dan hiperaktif, yang lain dapat menjadi pendiam, menarik diri, dan tidak aktif lagi. *National Institute for Clinical Excellence* (NICE); dalam IDF (2005) juga menyatakan bahwa klien DM sering mengalami depresi. Gray, dkk (1994); Cavusaglu (2001); Murdiono (2011) mengungkapkan pada klien DM yang tidak terkontrol memiliki berbagai masalah psikososial seperti tingkat ketergantungan, depresi, harga diri rendah dan kecemasan jika dibandingkan dengan klien DM yang terkontrol. Stuart (2009) menyatakan bahwa kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh sering disertai dengan depresi. Joska dan Stein (2008, dalam Varcarolis dan Halter 2010) mengungkapkan bahwa insiden depresi banyak ditemui pada orang yang mengalami peristiwa

gangguan fisik dan penyakit fisik kronik seperti penyakit DM yang diakibatkan oleh kondisi medik yang dialaminya. Townsend (2009) menyatakan kondisi medis yang dapat menyebabkan ansietas seperti hipoglikemia pada gangguan fungsi endokrin. Dengan demikian jelaslah bahwa setiap klien DM akan beresiko mengalami masalah psikososial terutama masalah depresi dan ansietas.

Depresi adalah suatu kesedihan dan berduka yang berkepanjangan atau abnormal (Stuart, 2009). Kaplan dan Sadock (2010) menjelaskan bahwa kunci gejala depresi ditandai dengan mood yang menurun serta hilangnya minat atau kesenangan. Pasien merasa sedih, tidak ada harapan, bersusah hati, atau tidak berharga. Sekitar dua pertiga pasien depresi berfikir melakukan bunuh diri, dan 10-15% melakukan bunuh diri. Hampir semua pasien depresi (97%) mengeluh berkurangnya energi, merasa sulit menyelesaikan tugas, terganggu disekolah dan tempat kerja, serta memiliki motivasi yang menurun. Jika hal ini terjadi pada klien DM tentu dapat memperburuk keadaan fisik klien DM karena pengobatan tidak dilakukan secara disiplin oleh klien DM.

Kaplan dan Sadock (2010) menyatakan bahwa depresi dapat memperburuk keadaan kesehatan fisik klien DM. Ketika depresi dan sedih, klien DM sering makan dan minum berlebihan sehingga merusak diri sendiri dan menyebabkan diabetesnya diluar kendali. Purba (2009) dalam penelitiannya tentang pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan diabetes melitus: studi fenomenologi dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP N Dr. Cipto Mangunkusomo Jakarta menemukan bahwa pasien cenderung mengalamai stress dan depresi dalam menghadapi penatalaksanaan DM, rasa stress dan depresi tersebut membuat pasien DM tidak mematuhi aturan diet yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Dengan demikian jelaslah bahwa kondisi depresi pada klien DM dapat mengganggu penatalaksanaan pengobatan pada klien DM.

Tanda dan gejala dari perasaan ketidakberdayaan, keputusasaan dan kelemahan dari klien depresi dihubungkan dengan diagnosa keperawatan ketidakberdayaan dan keputusasaan. Perasaan tak berharga, persepsi negatif terhadap diri, perasaan negatif terhadap diri, ungkapan negatif tentang diri sendiri, merasa telah gagal, ekspresi malu atau menyalahkan, hipersensitif terhadap hal yang sepele atau kritikan dihubungkan dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah (NANDA, 2009; Varcarolis & Halter, 2010). Menurut Stuart dan Sundeen (1991; dalam Riyadi dan Purwanto 2009) bahwa pada pasien skizofrenia dan depresi sering ditemui harga diri rendah dengan hubungan interpersonal yang buruk. Stuart (2009) menyatakan konsep yang saling terkait dengan diagnosa depresi adalah ansietas, konsep diri dan rasa bermusuhan. Jadi pada klien depresi dapat ditemukan semua atau salah satu dari diagnosa keperawatan ansietas, harga diri rendah, ketidakberdayaan dan keputusasaan.

Ansietas juga merupakan masalah psikososial tersering yang dialami oleh klien DM atau klien yang mengalami depresi. Videbeck (2008) menyatakan bahwa stressor kronis seperti yang disebabkan oleh masalah kesehatan dapat menimbulkan gangguan ansietas. Kaplan dan Saddock (2009) mengungkapkan bahwa pasien diabetes memiliki episode ansietas. Dua per tiga pasien dengan gejala depresi memiliki gejala ansietas yang menonjol dan sepertiganya dapat memenuhi kriteria diagnosa gangguan panik. Elvira dan Hadisukanto (2010) menyatakan 90% pasien depresi mengalami kecemasan. Dozois dan Westra (2004, dalam Alladin, 2009) memperkirakan bahwa sekitar 50% sampai 76% pasien depresi mengalami kecemasan dan bahkan ada terdapat gejala yang sama antara kedua kondisi tersebut. Varcarolis dan Halter (2010) menyebutkan bahwa gejala ansietas terjadi pada 70% pasien yang mengalami depresi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa klien DM akan beresiko mengalami ansietas akibat kondisi penyakitnya, dan sebagian besar klien yang mengalami depresi juga ditemui gejala ansietas.

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2009). Menurut Kaplan dan Saddock (2010) pengalaman ansietas terdiri dari kesadaran akan sensasi fisiologis dan kesadaran akan rasa gugup atau ketakutan. Selain pengaruh viseral dan motorik, ansietas juga mempengaruhi pikiran, persepsi, dan pembelajaran yang cenderung menimbulkan kebingungan dan distorsi persepsi yang dapat menurunkan konsentrasi, mengurangi daya ingat dan membuat asosiasi. Kondisi komorbid gangguan ansietas dan depresi memberikan pengaruh yang negatif terhadap sumber penyakit seperti resiko peningkatan bunuh diri, kondisi depresi yang bertambah berat, gangguan beraktifitas, dan respon yang buruk terhadap tindakan yang diberikan (Simon & Rosenbaum, 2003; Varcarolis & Halter, 2010). Ketika ansietas tubuh akan mereduksi serta meningkatkan glikogenolisis menjadi glukosa bebas guna menyokong jantung, otot dan sistem saraf pusat (Videbeck, 2008). Jadi pada klien DM yang mengalami ansietas klien mudah lupa dengan diet dan program pengobatan. Oleh karena itu, untuk mencegah bahaya fisik yang bisa ditimbulkan akibat masalah depresi dan ansietas yang dialami klien DM maka selain terapi farmakologi klien DM juga harus mendapatkan psikoterapi.

Psikoterapi adalah terapi atau pengobatan yang menggunakan cara-cara psikologik, dilakukan oleh seseorang yang terlatih khusus, yang menjalin hubungan kerjasama secara profesional dengan seorang pasien dengan tujuan untuk menghilangkan, mengubah atau menghambat gejala-gejala dan penderitaan akibat penyakit (Elvira & Hadisukanto, 2010). Psikoterapi dapat diberikan secara individu, kelompok maupun kepada keluarga. Psikoterapi individu adalah suatu metode terapi yang bertujuan untuk menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara pikir dan cara individu tersebut berperilaku (Videbeck, 2008). Sehingga pendekatan terapi secara individu kepada klien yang mengalami masalah depresi dan ansietas diharapkan lebih efektif untuk mengatasi masalah yang dialami oleh klien.



Psikoterapi individu yang dapat diberikan pada pasien depresi dan ansietas antara lain: terapi kognitif (Newman, 1994; Laidlow, et al, 2003; Rupek, Blecke, & Renfrow, 2006; Alladin, 2009; Kaplan & Saddock, 2010; & Varcarolis & Halter, 2010), terapi interpersonal (Kaplan & Saddock, 2010; & Varcarolis & Halter, 2010), terapi perilaku (Williams & Chambless, 1994; Laidlow, et al, 2003; & Varcarolis & Halter, 2010), terapi yang berorientasi psikoanalitik (Kaplan & Saddock, 2010), *interactional psychotherapy* (Wolman, 1994), terapi kognitif-perilaku (Laidlow, et al, 2003; Oei & Browne, 2006; Livermore, Sharpe, & Mckenzie, 2008; Kaplan & Saddock, 2010; Varcarolis & Halter, 2010; Nichols, 2011; Brauer, Lewin, & Storch, 2011; & Salzer, et al, 2011), *time-limited focused psychotherapy* (Varcarolis & Halter, 2010) atau logoterapi (Blair, 2004; Southwick, Gilmartin, McDonought, & Morrissey, 2006; & Bastaman, 2007) atau kombinasi terapi perilaku, terapi kognitif, terapi keluarga, logoterapi dan *gestalt therapy* (Chambless, Goldstein, Gallagher & Bright, 1986). Sehingga untuk mengatasi masalah depresi dan ansietas dapat diberikan terapi kognitif dan logoterapi.

Banyak studi yang menjelaskan tentang efektifitas terapi kognitif dalam mengatasi kondisi depresi dan ansietas. Townsend (2009) menjelaskan bahwa terapi kognitif juga dapat membantu individu mengatasi respon ansietas akibat yang ditimbulkan oleh distorsi pikiran negatif. Rupke, Blecke dan Renfrow (2006) menyatakan bahwa terapi kognitif efektif untuk mengatasi depresi dan memiliki efektifitas yang sama dengan antidepresan dan terapi interpersonal atau psikodinamik, kombinasi terapi kognitif dengan antidepresan sangat efektif untuk mengatasi depresi kronik. Terapi kognitif juga bagus digunakan untuk pasien yang mempunyai masalah respon parsial pada terapi antidepresan yang adekuat, dan juga efektif diberikan pada remaja yang mengalami depresi. Nevid, Rathus, dan Greene, (2006) menjelaskan bahwa terapi kognitif efektif untuk mengatasi klien yang memiliki emosi

negatif seperti ansietas dan depresi yang disebabkan oleh interpretasi yang keliru terhadap peristiwa-peristiwa yang mengganggu yang tidak berasal dari peristiwa-peristiwa mereka sendiri. Jadi Terapi kognitif efektif mengatasi masalah depresi dan ansietas.

Beberapa penelitian yang terkait tentang terapi kognitif pada klien depresi antara lain Kristyaningsih (2009), menemukan hasil bahwa kondisi depresi menurun lebih bermakna pada kelompok pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan terapi kognitif dibanding kelompok pasien gagal ginjal kronik yang tidak mendapatkan terapi kognitif. Alladin (2009) membuktikan efektifitas terapi kognitif yang dikombinasikan dengan hipnoterapi dalam mengatasi depresi. Berdasarkan penelitian diatas maka terapi kognitif telah terbukti efektif untuk mengatasi masalah depresi.

Terapi kognitif adalah salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada konsep proses patologi jiwa, dimana fokus dari tindakannya berdasarkan modifikasi dari distorsi kognitif dan perilaku maladaptif (Townsend, 2009). Menurut Nevid, Rathus, dan Greene (2006) terapi kognitif juga fokus untuk membantu klien mengidentifikasi dan mengoreksi pikiran maladaptif, jenis pikiran otomatis, dan mengubah perilaku sendiri yang disebabkan oleh berbagai masalah-masalah emosional. Beck, dkk (1987, dalam Townsend, 2009) mengungkapkan tujuan dari terapi kognitif adalah sebagai monitor pikiran otomatis negatif, mengetahui hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku, mengubah penalaran yang salah menjadi penalaran yang logis, dan membantu pasien mengidentifikasi dan mengubah kepercayaan yang salah sebagai pengalaman negatif internal pasien. Dengan demikian jelaslah bahwa terapi kognitif sangat bagus diberikan pada klien yang mengalami depresi yang ditujukan untuk merubah pikiran otomatis negatif klien sehingga klien tetap produktif dan berkualitas.

Beberapa studi terkait logoterapi antara lain Blair (2004) mengungkapkan bahwa logoterapi dapat mengatasi depresi pada remaja. Southwic, dkk (2006) menemukan bahwa logoterapi melalui pemaknaan hidup dapat menyembuhkan PTSD kronik akibat perang. Penelitian Kanine (2011) menemukan penurunan respon ketidakberdayaan yang signifikan pada kelompok yang mendapatkan terapi generalis dan logoterapi individu dibanding kelompok yang hanya mendapatkan terapi generalis. Penelitian Nauli (2011) menemukan penurunan kondisi depresi pada lansia yang lebih bermakna pada kelompok yang diberi logoterapi dan psikoedukasi keluarga dibanding kelompok yang hanya diberi psikoedukasi keluarga. Wahyuni (2007) tentang pengaruh logoterapi terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada lansia dengan harga diri rendah dan menunjukkan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku yang lebih bermakna pada lansia yang mendapat logoterapi. Penelitian Sutejo (2009) tentang pengaruh logoterapi kelompok terhadap ansietas pada penduduk pasca gempa menemukan penurunan ansietas yang lebih bermakna pada kelompok yang diberi logoterapi. Penelitian-penelitian diatas menunjukkan bahwa logoterapi sangat dibutuhkan pada klien yang mengalami kondisi depresi dan ansietas.

Logoterapi secara umum digambarkan sebagai corak psikologi/psikiatri yang mengakui adanya dimensi kerohanian pada manusia disamping dimensi ragawi dan kejiwaan, serta beranggapan bahwa makna hidup (*the meaning of life*) dan hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) merupakan motivasi utama manusia guna meraih taraf kehidupan bermakna (*the meaningful life*) yang didambakannya (Bastaman, 2007). Lebih lanjut Bastaman (2007) mengemukakan tujuan awal dari terapi logo adalah untuk meraih kehidupan bermakna dan bahagia. Terapi ini diindikasikan untuk mengatasi gangguan-gangguan neurosis somatogenik, neurosis psikogenik, dan neurosis noogenik. Neurosis somatik yaitu gangguan-gangguan perasaan yang berkaitan dengan hendaya ragawi, neurosis psikogenik yang bersumber dari hambatan-hambatan emosional dan neurosis noogenik yakni gangguan-

gangguan neurosis yang disebabkan tidak terpenuhinya hasrat untuk hidup bermakna. Jadi logoterapi dapat mengatasi masalah depresi dan ansietas pada klien DM dengan meningkatkan makna hidup klien yang hilang akibat pikiran negatif terhadap kondisi fisik dan kondisi medis yang dialami sehingga klien DM dapat hidup bergairah kembali.

Penelitian akan dilakukan di Sumatera Barat yang merupakan salah satu dari 17 provinsi yang dikategorikan memiliki prevalensi penderita DM yang lebih tinggi dari prevalensi penderita DM nasional. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 memberikan data bahwa prevalensi nasional penyakit DM sebesar 1,1%. Sementara, Provinsi Sumatera Barat memiliki prevalensi penderita DM sebesar 1,2% (Depkes, 2008). Angka ini menunjukkan bahwa penderita DM cukup banyak terdapat di Sumatera Barat. Hal ini merupakan masalah kesehatan yang serius bagi pemerintah daerah dan beban yang sangat berat bagi tenaga kesehatan di provinsi Sumatera Barat.

Rumah sakit Dr. M Djamil Padang merupakan rumah sakit umum pusat tipe A yang menjadi rujukan di Provinsi Sumatera Barat. Berdasarkan data dari rekam medis didapatkan informasi bahwa rata-rata jumlah klien setiap bulannya sebanyak 106 klien DM yang dirawat baik di ruang HCU, Flamboyan, Interne pria maupun Interne wanita. AVLOS klien DM pada bulan April 2012 selama 10,14 hari. Dari total klien DM tersebut 98% nya merupakan pasien DM tipe 2 yang rata-rata sudah mengalami komplikasi seperti gangren pada tungkai, rabun dan bahkan juga mengalami penyakit jantung serta ginjal.

Pengalaman peneliti selama melakukan praktek profesi Ners KMB dan pengalaman pada saat membimbing mahasiswa di RS. Dr. M Djamil Padang pada tahun 2009-2010 sebagian besar klien DM ditemui mengalami masalah psikososial seperti HDR, ansietas, ketidakberdayaan, keputusan. Peneliti memperkirakan 10 % klien mengalami depresi, 20 % mengalami ansietas

dan 65% klien mengalami depresi-ansietas. Untuk masalah keperawatan yang diakibatkan oleh depresi dan ansietas diperkirakan 45 % klien DM mengalami HDR, 25% klien mengalami ketidakberdayaan dan 20% klien mengalami keputusan. Penanganan klien DM yang dilakukan oleh paramedis hanya berfokus pada aspek fisik klien DM saja seperti pemberian insulin, pemberian obat hipoglikemik, perawatan luka, pengaturan diet, aktifitas fisik dan pendidikan kesehatan tentang DM. Peneliti juga belum menemukan adanya perawat spesialis jiwa sebagai pemberi asuhan keperawatan komprehensif.

Di Sumatera Barat belum ada penelitian yang mengukur pengaruh kombinasi terapi kognitif dan logoterapi individu terhadap penurunan kondisi depresi, ansietas dan peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif serta kemampuan memaknai hidup klien DM dirumah sakit. Oleh karena itu, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh terapi kognitif dan logoterapi individu terhadap klien DM yang mengalami depresi dan ansietas di RS Dr. M Djamil Padang.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian ini:

- 1.2.1. Prevalensi penderita DM di Sumatera Barat menurut laporan Riskesdas ditemukan lebih tinggi dari prevalensi nasional (1,2%).
- 1.2.2. Penderita DM yang dirawat di RS Dr. M Djamil Padang diperkirakan setiap bulannya 106 orang. Dari pengalaman peneliti ketika melakukan profesi ners KMB dan membimbing mahasiswa pre klinik di RS Dr. M. Djamil padang pada tahun 2009-2010 rata-rata klien DM mengalami masalah psikososial seperti ansietas, HDR, ketidakberdayaan, dan keputusan
- 1.2.3. Pelayanan keperawatan yang diberikan di RSUP Dr. M. Djamil Padang hanya berorientasi pada aspek fisik, peneliti belum

menemukan tenaga kesehatan yang memberikan perawatan psikososial kepada klien DM

- 1.2.4. Belum dilakukan terapi kognitif dan logoterapi individu pada klien DM yang mengalami kondisi depresi dan ansietas di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Oleh karena itu, peneliti ingin mengembangkan terapi kognitif dan logoterapi pada klien DM yang dirawat di RSUP Dr. M Djamil Padang yang bertujuan untuk menurunkan kondisi depresi dan ansietas dan meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup dengan mengemukakan pertanyaan yang akan dijawab melalui penelitian ini adalah:

- 1.2.1. Apakah terapi kognitif dan logoterapi memiliki pengaruh terhadap kondisi depresi dan ansietas pada klien DM di RSUP Dr. M. Djamil Padang?
- 1.2.2. Apakah terapi kognitif dan logoterapi memiliki pengaruh terhadap kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM di RSUP. Dr. M. Djamil Padang?
- 1.2.3. Apakah kemampuan mengubah pikiran negatif dan memaknai hidup memiliki hubungan dengan kondisi depresi dan ansietas klien DM di RSUP Dr. M. Djamil Padang
- 1.2.4. Apakah ada faktor lain yang berpengaruh terhadap kondisi depresi dan ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM di RSUP Dr. M. Djamil Padang?.

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan tentang pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khususnya adalah:

- 1.3.2.1. Diketuainya karakteristik klien DM di RSUP Dr. M. Djamil Padang
- 1.3.2.2. Diketuainya pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup klien DM di RSUP Dr. M Djamil Padang
- 1.3.2.3. Diketuainya pengaruh terapi kognitif terhadap kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup klien DM di RSUP Dr. M Djamil Padang
- 1.3.2.4. Diketuainya perbedaan kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM di RSUP Dr. M Djamil Padang antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi.
- 1.3.2.5. Diketuainya hubungan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup dengan kondisi depresi dan ansietas klien DM di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dan kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif
- 1.3.2.6. Diketuainya karakteristik klien DM di RSUP. Dr. M. Djamil Padang yang berpengaruh terhadap kondisi depresi dan ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Aplikatif**

Pelaksanaan terapi kognitif dan logoterapi individu diharapkan dapat menurunkan kondisi depresi, ansietas, meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup klien DM, maka penelitian ini bermanfaat sebagai:

1.4.1.1. Menambah wawasan dan pengetahuan perawat khususnya perawat spesialis jiwa dalam menerapkan terapi kognitif dan logoterapi sebagai terapi individu yang harus dilakukan oleh seorang spesialis jiwa

1.4.1.2. Meningkatkan kemampuan klien DM di RSUP. Dr. M. Djamil Padang yang mengalami depresi dan ansietas dalam menurunkan kondisi depresi dan ansietas serta meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup

1.4.1.3. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya terhadap individu yang memiliki penyakit kronis dengan masalah psikososial sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup individu tersebut.

### **1.4.2. Manfaat Keilmuan**

1.4.2.1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu kompetensi perawat spesialis jiwa dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien DM yang mengalami kondisi depresi dan ansietas

1.4.2.2. Hasil penelitian ini dapat menjadi *evidence based* untuk mengembangkan teori tentang terapi kognitif dan logoterapi pada klien DM.



### **1.4.3. Manfaat Metodologi**

1.4.3.1. Secara metodologi penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk mengaplikasikan teori dan terapi yang terbaik dalam meningkatkan kesehatan jiwa khususnya pada klien DM dengan depresi dan ansietas

1.4.3.2. Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk menurunkan kondisi depresi dan ansietas serta meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi: Konsep diabetes melitus, *Consultation-Liason Psychiatry* (CLP), depresi pada klien DM, ansietas pada klien DM, Konsep pikiran negatif, terapi kognitif, konsep makna hidup, dan logoterapi.

#### **2.1. Konsep Diabetes Melitus**

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit degeneratif dan kronik yang dapat menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Prevalensi penderita DM selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, sehingga dapat menjadi masalah kesehatan yang besar bagi dunia karena dapat menurunkan kualitas sumber daya manusianya dan juga dapat mengeluarkan biaya yang banyak dalam perawatannya. Disamping dapat menimbulkan masalah fisik, penyakit DM juga dapat menimbulkan masalah psikososial. Untuk itu diperlukan pemahaman yang mendalam tentang penyakit DM supaya penanganan yang dilakukan dapat menurunkan angka kesakitan maupun kematian akibat DM pada klien DM.

##### **2.1.1. Pengertian Diabetes Melitus**

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya (ADA, 2005; Soegondo, 2006). Mansjoer, dkk (2009) mengungkapkan bahwa diabetes melitus adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron. Menurut Price dan Wilson (2006) Diabetes melitus adalah gangguan

metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Dari definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus adalah suatu kelainan metabolik akibat gangguan hormonal akibat ketidakseimbangan antara ketersediaan insulin dengan kebutuhan insulin yang menimbulkan tingginya kadar glukosa dalam darah.

### **2.1.2. Etiologi dan Klasifikasi Diabetes Melitus**

Secara klinis terdapat 2 jenis diabetes yaitu diabetes tipe 1 (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus/ IDDM*) dan diabetes tipe 2 (*Non Insulin Diabetes Mellitus/ NIDDM*). Menurut Mansjoer, dkk (2009) *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) atau Diabetes Melitus Tergantung Insulin (DMTI) disebabkan oleh destruksi sel  $\beta$  pulau Langerhans akibat proses autoimun. Sedangkan, *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) atau Diabetes Melitus Tidak Tergantung Insulin (DMTTI) disebabkan kegagalan relatif sel  $\beta$  dan resistensi insulin.

*American Diabetes Association* (ADA) (2005, dalam Gustaviani, dkk 2006) mengklasifikasikan diabetes melitus berdasarkan patogenesis sindrom diabetes dan gangguan toleransi glukosa yang telah disahkan oleh WHO, yang terdiri dari 4 klasifikasi yaitu diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus tipe lain, dan diabetes gestasional. Namun, pada bab ini hanya akan dibahas diabetes melitus tipe 1 dan 2. DM tipe 1 disebabkan oleh destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut melalui proses imunologi dan Idiopatik. Diabetes melitus tipe 2 penyebabnya bervariasi mulai yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang dominan gangguan sekresi insulin bersama resistensi insulin.

Menurut Soegondo, dkk (2009) penyebab tidak adanya insulin pada DM tipe 1 disebabkan oleh karena reaksi autoimun. Pada individu yang rentan (*susceptible*) terhadap diabetes tipe 1, terdapat adanya ICA (*Islet Cell Antibody*) yang meningkat kadarnya oleh karena beberapa faktor pencetus seperti infeksi virus, diantaranya virus cocksakie, rubella, CMV herpes dan lain-lain hingga timbul peradangan pada sel beta (insulitis) yang akhirnya menyebabkan kerusakan permanen sel beta. Menurut Price dan Wilson (2006) manifestasi klinis diabetes melitus terjadi jika lebih dari 90% sel-sel beta menjadi rusak. Pada diabetes melitus dalam bentuk yang lebih berat, sel-sel beta telah dirusak semuanya, sehingga terjadi insulinopenia dan semua kelainan metabolik yang berkaitan dengan defisiensi insulin.

Penurunan fungsi sel beta pada DM tipe 2 disebabkan oleh beberapa faktor yaitu umur, genetik, resistensi insulin, lipotoksisitas (FFA), Glukotoksisitas, deposit amiloid, dan efek inkretin (DeFronzo, 2008; Soegondo, dkk 2006). DM tipe 2 terjadi karena kelainan metabolisme yang disebabkan oleh mutasi pada banyak gen yang mengekspresikan disfungsi sel beta (Walston, Silver et al, 2010; Wikipedia, 2012), gangguan sekresi hormon insulin, resistensi sel terhadap insulin (Stumvoll, Fritsche, & Haring, 2010; Wikipedia, 2012). Penyebab resistensi insulin dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain obesitas, diet tinggi lemak dan rendah karbohidrat, kurang gerak badan, dan faktor keturunan (Soegondo, dkk, 2009).

Menurut Soegondo, dkk (2009) menegaskan beberapa karakteristik yang dapat digunakan untuk membedakan DM tipe 1 dengan DM tipe 2, yakni: 1) DM tipe 1; mudah terjadi ketoasidosis, pengobatan harus dengan insulin, onset akut, biasanya kurus, biasanya pada umur muda, berhubungan dengan HLA-DR3 & DR4, didapatkan *Islet Cell Antibody* (ICA), riwayat keluarga diabetes (+) pada 10%, terjadi pada 30-50%

kembar identik; 2) DM tipe 2; tidak mudah terjadi ketoasidosis, tidak harus dengan insulin, onset lambat, gemuk atau tidak gemuk, biasanya diatas 45 tahun, tidak berhubungan dengan HLA, tidak ada *Islet Cell Antibody* (ICA), riwayat keluarga (+) pada 30%, lebih kurang 100% kembar identik terkena.

Kasus diabetes yang terbanyak ditemui adalah diabetes melitus tipe 2 yang diawali dengan penyebab kelainan resistensi insulin (Sudoyo, dkk 2006), yang meliputi lebih dari 90% dari semua populasi diabetes (Soegondo, dkk 2009). Hal ini menunjukkan perubahan gaya hidup (*life style*) sebagai pemicu meningkatnya prevalensi penderita DM.

### **2.1.3. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus**

Manifestasi klinis diabetes melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Menurut Price dan Wilson (2006) Pasien-pasien dengan defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma yang normal, atau toleransi glukosa setelah makan karbohidrat. Glikosuria akan muncul jika hiperglikemia yang terjadi berat dan melebihi ambang batas ginjal. Glikosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia). Karena glukosa juga hilang bersama urine, maka pasien mengalami kehilangan kalori sehingga timbul rasa lapar yang semakin besar (polifagia), dan pasien mengeluh lelah, mudah mengantuk dan berat badan menurun. Gejala lain yang juga dapat ditemui pada klien DM berupa peningkatan infeksi, kelainan kulit (gatal-gatal, bisul), kesemutan rasa baal, luka/bisul yang tidak sembuh-sembuh, terkadang pada laki-laki mengeluh impotensi, pruritus pada wanita dan mata kabur.

#### 2.1.4. Komplikasi Diabetes Melitus

Price dan Wilson (2006) mengungkapkan komplikasi-komplikasi diabetes melitus dapat dibagi menjadi dua kategori mayor yaitu komplikasi metabolik akut dan komplikasi-komplikasi vaskular jangka panjang atau komplikasi kronik. Komplikasi metabolik akut dapat berupa hiperglikemia dan glukosuria berat, penurunan lipogenesis, peningkatan lipolisis dan peningkatan oksidasi asam lemak bebas disertai pembentukan benda keton (asetoasetat, hidroksibutirat, dan aseton).

Peningkatan keton dalam plasma mengakibatkan ketosis. Peningkatan produksi keton meningkatkan beban ion hidrogen dan asidosis metabolik. Glukosuria dan ketonuria juga dapat mengakibatkan diuresis osmotik dengan hasil akhir dehidrasi dan kehilangan elektrolit, pasien dapat menjadi hipotensi dan mengalami syok. Akhirnya, akibat penurunan penggunaan oksigen otak, pasien akan mengalami koma dan meninggal. Menurut Brunner dan Suddarth (2002) tiga komplikasi akut pada diabetes yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa jangka pendek yaitu hipoglikemia, ketoasidosis diabetik dan sindrom HHNK (koma hiperglikemik hiperosmolar nonketotik) atau HONK (hiperosmolar nonketotik).

Komplikasi kronik jangka panjang dari diabetes melitus melibatkan pembuluh-pembuluh kecil (mikroangiopati), pembuluh-pembuluh sedang dan pembuluh besar (makroangiopati). Mikroangiopati merupakan lesi spesifik diabetes yang menyerang kapiler dan arteriola retina (retinopati diabetik), glomerulus ginjal (nefropati diabetik) dan saraf-saraf perifer (neuropati diabetik), otot-otot serta kulit. Sedangkan, makroangiopati berupa penimbunan sorbitol dalam intima vaskular, hiperlipoproteinemia dan kelainan pembekuan darah. Pada akhirnya, makroangiopati ini akan mengakibatkan penyumbatan vaskuler. Jika

mengenai arteri-arteri perifer, maka dapat mengakibatkan *insufisiensi vaskuler perifer* yang disertai klaudikasio intermiten dan gangren pada ekstremitas serta insufisiensi serebral dan stroke. Jika yang terkena adalah arteria koronaria dan aorta, maka dapat mengakibatkan angina dan infark miokardium (Brunner & Suddarth, 2002).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa komplikasi yang diakibatkan oleh penyakit DM tidak hanya menyebabkan kecacatan organ tubuh tetapi juga dapat menimbulkan kematian bagi penderitanya. Tentunya hal ini menimbulkan stressor bagi klien DM yang akhirnya juga berdampak pada masalah psikososial klien DM.

#### **2.1.5. Penatalaksanaan Medik Diabetes Melitus**

Insulin merupakan suatu hormon yang dihasilkan oleh sel beta pankreas yang berfungsi untuk mengatur kadar glukosa dalam darah. Pada orang diabetes melitus insulin tersebut tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya sehingga perlu suatu penatalaksanaan untuk menormalkan kadar glukosa darah dengan jalan mengendalikan kerja insulin. Tujuan utama penatalaksanaan diabetes yaitu untuk mengendalikan kadar glukosa darah. Pengendalian glukosa jangka pendek diabetes untuk menghilangkan keluhan/gejala diabetes, dan jangka panjang untuk mencegah komplikasi. Untuk mempermudah tercapainya tujuan tersebut kegiatan dilaksanakan dalam bentuk pengelolaan pasien secara holistik dan mengajarkan kegiatan mandiri. Menurut Waspadji, dalam Soegondo (2009) ada 4 pilar dalam penatalaksanaan diabetes yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, obat hipoglikemik, dan penyuluhan.

Perencanaan makan atau terapi gizi medis merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes dan merupakan salah satu terapi nonfarmakologi yang sangat direkomendasikan bagi penyandang

diabetes. Menurut Brunner dan Suddarth (2002) kepatuhan jangka panjang terhadap perencanaan makanan merupakan salah satu aspek yang paling menimbulkan tantangan bagi penatalaksanaan diabetes. Seperti halnya pada pasien obesitas, harus dilakukan tindakan pembatasan kalori secara moderat. Sedangkan pada pasien yang sudah mengalami penurunan berat badan sangat sulit untuk mempertahankan berat badannya.

Penderita DM juga diharuskan melakukan latihan secara teratur setiap hari dan diwajibkan mengikuti penyuluhan untuk menambah wawasan tentang penatalaksanaan yang harus dilakukan serta mengkonsumsi obat hipoglikemik oral untuk mengontrol kadar gula darah. Menurut Brunner dan Suddarth (2002) latihan harus dilakukan setiap hari pada saat yang sama dan intensitas yang sama setiap hari. Edukasi membutuhkan partisipasi aktif klien DM. Suntikan insulin dibutuhkan jika obat hipoglikemik oral tidak mampu mengontrol kadar gula darah.

#### **2.1.6. Masalah Psikososial pada Klien Diabetes Melitus**

Masalah psikososial pada klien DM disebabkan oleh disfungsi otak organik yang lazim terjadi seperti pada ensefalopati metabolik yang mampu menimbulkan perubahan proses mental, perilaku dan fungsi neurologis. Tanda awal dari diagnosa ini dapat berupa hendaya memori, terutama hendaya jangka pendek, hendaya orientasi, pasien menjadi agitasi, cemas, dan hiperaktif, beberapa pasien juga dapat menjadi pendiam, menarik diri dan tidak aktif lagi (Kaplan & Saddock, 2010). Diagnosa yang berlangsung lama dapat menyebabkan gangguan depresi (Varcarolis & Halter, 2010), kebingungan atau delirium yang mengarah pada penurunan responsivitas, stupor dan kematian (Kaplan & Sadock, 2010). Menurut Kaplan dan Sadock (2010), IDF (2005) dan Stuart (2009) masalah psikososial yang sering muncul pada klien DM adalah depresi dan ansietas.



Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa klien DM cenderung mengalami masalah depresi dan ansietas dalam menghadapi penyakitnya. Beberapa klien beresiko untuk melakukan bunuh diri akibat masalah depresi dan ansietas yang tidak tertangani dengan baik.

## **2.2. Consultation-Liason Psychiatry**

Penyelesaian masalah kesehatan saat ini tidak dapat diberikan secara terpisah antara penanganan fisik dengan mental, terutama pada pasien yang mengalami penyakit kronik. Masalah fisik yang dialami dapat dipengaruhi dan berdampak pada kondisi mental, emosional dan sosialnya. Oleh karena itu penanganan terhadap keluhan dan gejala penyakit fisik tidak hanya ditangani secara medik saja, tetapi juga diperlukan penanganan secara psikososial untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

*Consultation-Liason Psychiatry (CLP)* merupakan integrasi tim multidisiplin, meliputi spesialis, psikolog, perawat, pekerja sosial dan praktisi agama yang saling berkomunikasi dan bertukar informasi yang bertujuan untuk memberikan pelayanan secara holistik dan komprehensif yang meliputi kesehatan fisik dan mental serta kualitas hidup pasien (Elvira & Hadisukanto, 2010). Berdasarkan penjelasan tersebut maka pemberian psikoterapi di rumah sakit umum merupakan suatu kewajiban bagi tenaga kesehatan yang terkait. Oleh karena itu, setiap ruangan perawatan di rumah sakit umum harus memiliki tenaga kesehatan yang mempunyai wewenang dalam memberikan psikoterapi agar asuhan keperawatan komprehensif dapat diberikan secara profesional.

## **2.3. Depresi pada Klien DM**

Insiden gangguan depresi mayor merupakan masalah psikososial yang sering ditemui pada klien DM. Klien yang telah menjalani perawatan lama dan mengeluarkan biaya yang mahal terhadap perawatan serta kondisi fisik yang

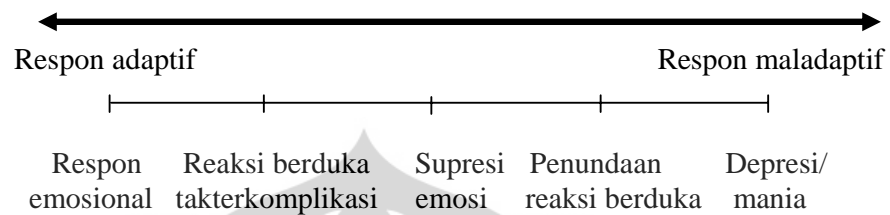
dialami merupakan beberapa faktor diantara faktor lain yang menyebabkan depresi pada klien DM. Untuk itu diperlukan pemahaman yang lebih mendalam tentang konsep depresi yang dialami oleh klien DM agar asuhan keperawatan secara komprehensif dapat diberikan secara efektif pada klien DM.

### 2.3.1 Pengertian

Depresi dalam buku *Synopsis of Psychiatri* dan dalam DSM-IV-TR ada dibawah gangguan alam perasaan (*mood*) (Elvira & Hadisukanto, 2010). Gangguan alam perasaan adalah perpanjangan keadaan emosional yang mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang. Alam perasaan ini meliputi emosi yang kuat dan menyebar dan mempunyai arti yang sama dengan afek, keadaan perasaan, dan emosi (Stuart, 2009).

Pasien dalam keadaan *mood* yang menurun memperlihatkan kehilangan energi dan minat, merasa bersalah, sulit berkonsentrasi, hilangnya nafsu makan, berfikir mati atau bunuh diri, perubahan dalam tingkat aktivitas, kemampuan kognitif, bicara dan fungsi vegetatif yang pada akhirnya menimbulkan hendaya interpersonal, sosial dan fungsi pekerjaan (Elvira & Hadisukanto, 2010). Depresi menurut Dalami, dkk (2009) adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih dan berduka yang berlebihan dan berkepanjangan.

Stuart (2009) menggambarkan beberapa parameter yang berhubungan dengan ekspresi emosi dalam suatu rentang sehat sakit yang dapat dilihat pada skema 2.1



**Skema 2.1**  
**Rentang Respon Emosional**

*Sumber: Stuart, 2009*

Skema 2.1 menjelaskan bahwa depresi sebagai suatu respon maladaptif yang ditandai dengan perasaan kesedihan dan rasa berduka yang berkepanjangan atau abnormal (Stuarth, 2009). Dari beberapa penjelasan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan keadaan emosional sedih yang mendalam yang mengakibatkan berkurangnya minat dalam beraktivitas, tidak mampu menetapkan keputusan dan tujuan dalam hidup, merasa tidak berharga, putus asa, tidak berdaya dan bahkan memiliki keinginan untuk mengakhiri hidup.

### **2.3.2 Jenis Depresi**

Menurut Videbeck (2008) gangguan *mood* dibagi menjadi dua kategori utama yaitu gangguan unipolar dan gangguan bipolar.

#### **2.3.2.1 Gangguan unipolar (gangguan depresi mayor dan gangguan distimik)**

Gangguan depresif mayor menurut Townsend (2009) ditandai dengan *mood* yang menurun atau kurangnya minat atau kesenangan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Gangguan fungsi sosial dan aktivitas yang terjadi selama 2 minggu tanpa ada riwayat perilaku manik dan gejala yang tidak sama dengan pengguna obat-obatan atau kondisi medis umum.

Gangguan ini terdiri dari beberapa klasifikasi antara lain: a) episode tunggal atau berulang; b) ringan, sedang, atau berat; c) dengan gejala psikotik; d) dengan gejala katatonik; e) dengan gejala melankolik; f) kronik; g) dengan pola musiman; dan h) dengan onset postpartum.

Menurut Videbeck (2008) gejala lain yang dapat menyertai gangguan depresi mayor antara lain seperti anhedoni dan perubahan berat badan dan nafsu makan, perubahan tidur, tidak ada energi, masalah dalam konsentrasi, pembuatan keputusan, harga diri dan tujuan. Episode depresi yang tidak ditangani dapat berlangsung selama 6-24 bulan sebelum berkurang dengan 50% – 60% dalam satu kali episode akan mengalami episode lain, dan setelah episode kedua sebanyak 70% individu kemungkinan untuk rekurensi. Derajat depresi dapat dirasakan dari ringan sampai berat dan dapat disamakan dengan perasaan tidak berdaya dan putus asa yang dialami individu.

Gangguan distimik memiliki gejala hampir sama dengan gangguan depresi mayor, hanya saja gejalanya bersifat lebih ringan. gangguan ini digambarkan dengan suasana hati yang sedih atau “terpuruk dalam tekanan perasaan”. Pada gangguan ini tidak ditemukan gejala psikotik, melainkan hanya *mood* menurun yang kronik sepanjang hari, atau lebih dari sehari yang berlangsung selama kurang lebih 2 tahun (1 tahun untuk anak-anak dan remaja). Gangguan ini diklasifikasikan atas 2 kategori yakni: a) kejadian dini, yang terjadi sebelum usia 21 tahun; b) kejadian lambat, yang terjadi setelah usia 21 tahun keatas.

### 2.3.2.2 Gangguan bipolar (dikenal dengan manik-depresif)

Gangguan ini terjadi ketika *mood* individu antara mania dan depresi yang ekstrim yang disertai dengan periode normal. Gangguan ini terdiri dari gangguan bipolar I, gangguan bipolar II, gangguan siklotimia, dan gangguan bipolar yang tidak tergolongkan. Gangguan ini biasanya hanya berlangsung lebih kurang 1 minggu dan episode depresif hanya bersiklus selama beberapa bulan dan berganti dengan perilaku normal atau perilaku normal dan manik (Videbeck, 2008).

### 2.3.3 Etiologi depresi

Ada beberapa teori yang dapat menyebabkan depresi yakni antara lain:

#### 2.3.3.1 Teori biologi

Teori genetik menjelaskan bahwa depresi unipolar dapat ditransmisikan pada kerabat tingkat pertama yang memiliki resiko dua kali lipat dari populasi umum. Kembar monozigot yang dibesarkan secara terpisah memiliki insiden kormobiditas 54% lebih besar, dan lembar dizigot memiliki insiden 24% lebih besar. Teori neurokimia menjelaskan neurokimia mempengaruhi fokus neurotransmitter pada serotonin dan norepinefrin sebagai dua amina biogenik utama yang terlibat dalam gangguan *mood*. Serotonin dan norepinefrin dapat berkurang pada kondisi depresi dan meningkat pada mania (Keltner et al., 1997; Videbeck, 2008), dan juga dapat terjadi defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekresi kortisol, disregulasi neurotransmitter (Stuart, 2009). Siklus biologi juga diyakini dapat menyebabkan depresi, seperti individu yang sedikit terpapar cahaya matahari, irama sirkadian dalam hubungannya dengan variasi *mood* diurnal (*mood* yang berbeda ketika malam dan siang hari). Menurut Varcarolis & Halter (2010) faktor biologis yang dapat menyebabkan depresi seperti obat-obatan atau berbagai penyakit

fisik (seperti infeksi, neoplasma, ketidakseimbangan metabolisme).

#### 2.3.3.2 Teori psikodinamik

Freud (1917; dalam Videbeck, 2008) menjelaskan bahwa depresi bermula dari kemarahan yang tidak terkendali akibat pengabaian masa bayi dimana ketika itu bayi masih pada tahap oral bergantung dan belum memahami konsep dari orangtua kemudian dihadapkan dengan peristiwa perpisahan seperti karena ibu meninggal, terpisah secara emosional, atau karena hal lain (teori kehilangan objek). Kehilangan objek ini menimbulkan rasa tidak aman, kehampaan, kesedihan, dan kemarahan terhadap diri sendiri setelah mereka dewasa (teori agresi yang ditujukan kepada diri sendiri). Menurut Varcarolis dan Halter (2010) faktor psikologis seperti kehilangan kasih sayang, termasuk kehilangan cinta seseorang dan kehilangan harga diri (teori organisasi kepribadian) dapat menyebabkan individu mengalami depresi.

#### 2.3.3.3 Teori kognitif

Aaron Beck menjelaskan penyebab depresi yang berkaitan dengan pikiran negatif individu secara komprehensif yang memandang diri sendiri, dunia, dan masa depan mereka sebagai bentuk kegagalan yang menyimpang, yang menginterpretasikan pengalaman secara berulang sebagai hal yang sulit dan membebani serta memandang diri mereka sendiri sebagai orang yang tidak berguna dan tidak kompeten (Videbeck, 2008; Stuart, 2009; & Varcarolis dan Halter, 2010).

#### 2.3.3.4 Teori sosial/lingkungan

Teori sosial/lingkungan menganggap bahwa lingkungan seperti hubungan keluarga yang ambivalen, abusive, penolakan atau ketergantungan yang tinggi, kehilangan hubungan atau peran hidup yang penting, penganiayaan fisik atau seksual, isolasi

sosial serta keterbatasan keuangan (Videbeck, 2008). Stuart (2009) menyatakan bahwa model perilaku berkembang dari teori sosial yang mengasumsi penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan. Menurut Varcarolis dan Halter (2010) faktor sosial budaya seperti kehilangan peran, perceraian, kehilangan pekerjaan juga dapat menyebabkan depresi. Menurut Jenkins et al (1998; dalam Bennet 2003) menjelaskan sosial ekonomi yang rendah juga dapat menyebabkan depresi. Rata-rata prevalensi depresi relatif tinggi pada sosial ekonomi rendah, etnis minoritas dan kurang dukungan marital.

#### 2.3.3.5 Teori belajar ketidakberdayaan

Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan depresi juga disebabkan oleh teori belajar ketidakberdayaan bahwa depresi dimulai dari kehilangan kendali diri, yang kemudian menjadi pasif dan tidak mampu menghadapi masalah kehidupan sehingga individu tersebut berupaya mengembangkan respon yang adaptif. Kurangnya pujian positif selama berinteraksi dengan lingkungan dan tipe kepribadian tertentu juga dapat menyebabkan seseorang mengalami depresi.

#### 2.3.3.6 Teori perilaku

Lewinsohn et al (1979; dalam Bennet, 2003) mengungkapkan depresi dapat disebabkan oleh kurangnya pemberian penghargaan dari lingkungan (*positive sosial reinforcement*). Hal ini sangat berperan terhadap penurunan *mood* dan mereduksi kedalam perilaku untuk mendapat penghargaan dari sosial. Individu yang tidak mendapat penghargaan dari lingkungan sosialnya mengalami pengunduran dan menjadi cepat marah dalam hubungan sosial daripada mereka yang mendapat simpati atau perhatian sebagai hasil dari perilaku mereka.

### **2.3.4 Faktor Resiko Depresi**

Faktor resiko depresi adalah jenis kelamin, belum menikah, sosial ekonomi rendah, trauma ketika masa kecil, kejadian-kejadian hidup yang penuh stres, riwayat anggota keluarga yang mengalami depresi, episode depresi sebelumnya, masa pascapartum, kormibiditas medis, kurang dukungan sosial, pengguna zat atau alkohol (Varcarolis & Halter 2010), Percobaan bunuh diri sebelumnya, usia saat awitan depresi dibawah 40 tahun, dan ada riwayat individu tentang penganiayaan seksual (Stuart, 2009).

### **2.3.5 Tanda dan Gejala Depresi**

Menurut Stuart (2009) tanda dan gejala depresi dapat dilihat dari respon efektif, kognitif, fisiologis dan perilaku dari individu, gambaran yang tampak dari perilaku yang berhubungan depresi sebagai berikut:

#### **2.3.5.1 Respon afektif**

Pada respon afektif individu memiliki perasaan yang penuh dengan kemarahan, ansietas, apatis, kepahitan, kekesalan, penyangkalan perasaan, kemurungan, rasa bersalah, ketidakberdayaan, keputusan, kesepian, harga diri rendah, kesedihan, dan rasa tidak berharga

#### **2.3.5.2 Respon kognitif**

Pada respon kognitif individu memiliki sifat ambivalensi, kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, tidak dapat mengambil keputusan, kehilangan minat dan motivasi, pesimis, menyalahkan diri sendiri, mencela diri sendiri, pikiran yang destruktif tentang diri sendiri, dan ketidakpastian

#### **2.3.5.3 Respon fisiologis**

Individu akan mengalami rasa nyeri abdomen, anoreksia, sakit punggung, nyeri dada, konstipasi, pusing, keletihan, sakit kepala, impotensi, gangguan pencernaan, insomnia, kelesuan,

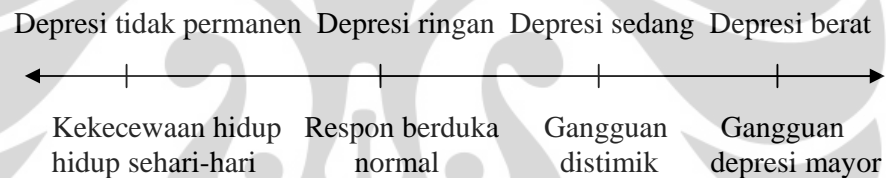


perubahan haid, mual, makan berlebihan, tidak responsif secara seksual, gangguan tidur, muntah, dan perubahan berat badan

#### 2.3.5.4 Respon perilaku

Individu akan mengalami agitasi, agresif, alkoholisme, perubahan tingkat aktivitas, kecanduan obat, intoleransi, mudah tersinggung, kurang spontanitas, sangat tergantung, kebersihan diri yang kurang, retardasi psikomotor, isolasi sosial, mudah menangis, kurang mampu mencapai hasil dan menarik diri.

Townsend (2009) menggambarkan tingkatan depresi berdasarkan kondisi gejala klinis yang ditemui tiap-tiap tingkatan yang diperlihatkan dalam bentuk rentang respon depresi pada skema 2.2



**Skema 2.2**  
**Rentang Respon Depresi**

*Skema : Townsend, 2009*

Skema 2.2 menjelaskan pengelompokkan depresi atas 4 tingkatan berdasarkan respon afektif, perilaku, kognitif dan fisiologis yang ditemukan yaitu:

##### 2.3.5.1 Depresi tidak permanen

Gejala depresi pada tingkat ini yaitu: a) respon afektif: ditandai dengan perasaan kesedihan, murung, merasa putus asa, dan mudah tersinggung; b) respon perilaku: kemungkinan pada beberapa individu bisa menangis; c) respon kognitif: beberapa individu mengalami kekecewaan; dan d) respon fisiologis: individu akan merasa lelah dan lemah

#### 2.3.5.2 Depresi ringan

Gejala pada tingkat ini dihubungkan dengan perasaan bersedih yang masih dikatakan normal, adapun gejala yang dirasakan yaitu: a) respon afektif: perasaan menolak, marah, ansietas, perasaan bersalah, ketidakberdayaan, keputusasaan, kesedihan dan perasaan hampa; b) perilaku: tampak menangis, penyesalan, kelelahan, agitasi, dan menarik diri; c) kognitif: lelah beraktivitas, menyalahkan diri sendiri, ambivalensi, dan menyalahkan orang lain; d) fisiologis: anoreksi atau banyak makan, insomnia atau hipersomnia, sakit kepala, sakit punggung, nyeri dada, atau gejala lain yang signifikan dihubungkan dengan kelelahan

#### 2.3.5.3 Depresi sedang

Pada tingkat ini gejala yang dirasakan dihubungkan dengan gangguan distimik, yaitu: a) afektif: perasaan kesedihan, murung, ketidakberdayaan, kelelahan, keputusasaan, penuh kegelapan dan pesimis, harga diri rendah, kesulitan dalam melakukan aktivitas; b) perilaku: pergerakan fisik yang lambat (seperti retardasi psikomotor), kemunduran bentuk tubuh, bicara lambat, verbal terbatas, kemungkinan terus menerus merenungkan tentang kegagalan atau penyesalan hidup, isolasi sosial dengan fokus pada diri sendiri, kemungkinan penggunaan zat meningkat, kemungkinan perilaku merusak diri sendiri, kurang ketertarikan dalam menjaga kebersihan diri dan terhadap pasangan; c) kognitif: proses pikir menurun, sulit berkonsentrasi dan perhatian langsung, obsesif dan pikiran berulang-ulang, menggambarkan secara umum sesuatu secara pesimis dan negatif, ungkapan dan perilaku yang mencerminkan ide bunuh diri; d) fisiologis: anoreksia atau banyak makan, insomnia atau hipersomnia, gangguan tidur, amenorea, penurunan libido, sakit kepala, sakit punggung, nyeri dada, nyeri abdomen, kekurangan

energi, kelelahan dan kelemahan, merasa baik pada pagi hari dan akan menurun dengan pergeseran waktu ke malam (dihubungkan variasi diurnal pada tingkat neurotransmitter tentang respon efektif dan tingkat aktivitas)

#### 2.3.5.4 Depresi berat

Pada tingkat ini memiliki karakteristik lebih berat dari depresi sedang, seperti pada gangguan depresi mayor dan depresi bipolar. Gejala yang dirasakan yakni: a) afektif: perasaan yang penuh dengan keputusasaan, ketidakberdayaan dan tidak berharga, rata-rata tanpa perubahan afek, tampak tidak ada nada emosional, prevalensi perasaan dengan ketiadaan dan kehampaan, apatis, kesepian, kesedihan, ketidakmampuan merasakan kesenangan; b) perilaku: retardasi psikomotor yang sangat berat dalam melakukan pergerakan fisik, atau perilaku psikomotor yang dimanifestasikan dengan cepat, agitasi, pergerakan yang tidak terarah, kemunduran bentuk tubuh, duduk dalam posisi bungkuk, berjalan lambat dan kaku, tidak ada komunikasi (ketika pembicaraan terjadi, mungkin karena khayalan dalam pikirannya), tidak kebersihan dan pasangan dalam hidupnya, kebiasaan isolasi sosial, kebingungan berinteraksi dengan orang lain; c) kognitif: rata-rata memiliki pikiran yang penuh dengan khayalan, dengan khayalan dari penyiksaan dan khayalan somatik yang lebih sering terjadi, kebingungan, kebingungan dan ketidakmampuan berkonsentrasi, halusinasi sebagai cerminan kesalahan interpretasi dari perkembangan, eksekusi mengutuk diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, dan pikiran untuk bunuh diri; d) fisiologis: seluruh tubuh mengalami kelambatan, pencernaan lambat, konstipasi, dan retensi urin, amenorea, impotensi, libido berkurang, anoreksia, berat badan menurun, sulit tidur dan terbangun lebih cepat, juga terjadi variasi diurnal seperti pada depresi sedang

### 2.3.6 Instrumen Depresi pada Klien Diabetes Melitus

Ada beberapa alat ukur untuk mengetahui kondisi depresi antara lain *Beck Depression Inventory* (BDI), *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D), *Zung Self Rating Depression Scale*, *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Prime-MD (Pfizer)* (Wheeler, 2008; Videbeck, 2008), dan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Pengukuran tanda dan gejala depresi pada penelitian ini lebih tepat menggunakan HADS dimana alat ukur ini telah terbukti akurat untuk mengukur kondisi depresi dan ansietas pada klien non psikiatri yang menjalani perawatan medis di rumah sakit umum dan juga mampu membedakan gejala depresi dan ansietas yang dialami klien. Alat ukur ini terdiri dari 14 item pernyataan, 7 item pernyataan tentang tanda dan gejala depresi dan 7 item pernyataan lagi tentang tanda dan gejala ansietas yang dirasakan klien yang menjalani perawatan fisik di rumah sakit. Konsistensi internal dari skala ini yang telah dilakukan pada klien kanker sangat kuat dengan nilai alpha cronbach's 0,9, artinya skor dari item-item pernyataan tersebut tidak berubah dari waktu ke waktu (Zigmond & Snaith, 1983). Skala pengukuran menggunakan skala *liekert* dengan rentang nilai 0 – 3 dengan jumlah skor total untuk depresi 0 – 21. Hasil pengukuran berupa jumlah hasil skor yang dihasilkan klien dimana klien yang dikatakan mengalami depresi apabila memiliki skor diatas 11.

### 2.3.7 Masalah Keperawatan yang Berhubungan dengan Depresi

Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan depresi menurut NANDA (2009; dalam Varcarolis & Halter, 2010) yaitu: 1) gangguan pola tidur; 2) kelelahan; 3) ketidakseimbangan nutrisi; 4) ansietas; 5) ansietas kematian; 6) ketakutan; 7) keputusasaan; 8) ketidakberdayaan; 9) harga diri rendah; 10) isolasi sosial; 11) Resiko perilaku kekerasan; 12) Resiko bunuh diri; 13) disfungsi seksual; 14) defisit perawatan diri;

15) koping individu tidak efektif; 16) kesepian; 17) resiko cedera; 18) kerusakan memori; 19) gangguan proses fikir; 20) distress spiritual; 21) konstipasi; 22) impotensi; dan 23) konflik pengambilan keputusan.

Stuart (2009) menyatakan bahwa konsep yang saling terkait dengan depresi adalah ansietas, konsep diri, dan rasa bermusuhan. Stuart dan Sundeen (1991; dalam Riyadi & Purwanto, 2009) menyatakan bahwa pada klien depresi sering ditemui harga diri rendah dengan hubungan interpersonal yang buruk. Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan pasien depresi sering mengalami ketidakberdayaan, keputusan dan perasaan tidak berguna.

Berdasarkan penjelasan diatas maka pada klien DM yang mengalami depresi dapat terjadi ansietas, keputusan, harga diri rendah dan ketidakberdayaan.

### **2.3.8 Penatalaksanaan Depresi**

#### **2.3.8.1 Terapi Farmakologi**

Menurut Videbeck (2008) antidepresan diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan aktivitas dan meningkatkan *mood* klien. Ada tiga kategori antidepresan utama yang dapat diberikan yaitu *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI), *Monoamine Oxidase Inhibitor* (MAOI), *Antidepressan Trisiklik* (ATS) dan beberapa antidepresan atipikal. Pemberian antidepresan didasarkan pada gejala klien, usia, kebutuhan kesehatan fisik, obat-obatan yang bekerja atau tidak bekerja dimasa lalu atau yang bekerja pada kerabat sedarah yang mengalami depresi, serta obat-obat lain yang diminum klien.

*Electroconvulsive therapy* (ECT) juga dapat diberikan untuk mengatasi depresi jika klien tidak dapat mentoleransi efek

samping dari antidepresan (Videbeck, 2008). *Light therapy* (terapi cahaya) juga sudah terbukti dapat mengatasi depresi khususnya pada gangguan afektif musiman (*Seasonal affective disorder*), St John's Wort yang merupakan terapi bunga dan latihan juga dapat mengatasi depresi (Varcarolis & Halter, 2010).

### **2.3.8.2 Terapi Non Farmakologi (Psikoterapi)**

Menurut Videbeck (2008) kombinasi psikoterapi dan terapi farmakologi dapat memberikan hasil yang memuaskan dalam mengatasi gangguan depresi. Menurut Stuart (2009) prioritas utama dalam memberikan psikoterapi adalah mengurangi dan menghilangkan semua respon emosional maladaptif klien, memulihkan fungsi psikososial dan okupasional klien, meningkatkan kualitas hidup klien, dan meminimalkan kemungkinan untuk kambuh kembali (*relaps*) dan rekurensi. Menurut Kaplan dan Sadock (2010) terapi yang diberikan harus menurunkan jumlah dan keparahan stressor didalam kehidupan klien.

Terapi dapat diberikan secara individu, kelompok atau keluarga. Psikoterapi yang dapat diberikan antara lain *cognitive-behavioral therapy* (CBT) (Laidlaw, dkk, 2003; Spek, dkk, 2006; Videbeck, 2008; & Nichols, 2011), *time-limited focused psychotherapy*, *interpersonal therapy* (ITP), *Behavioral therapy* (BT) (Videbeck, 2008; & Kaplan dan sadock, 2010), *group therapy* (Videbeck, 2008; Townsend, 2009; & Varcarolis & Halter, 2010), *cognitive therapy* (CT) (Laidlaw, dkk, 2003; Bennet, 2003; Rupke, Blecke & Renfrow, 2006; Videbeck, 2008; & Kaplan dan Saddock, 2010), terapi psikoanalitis, terapi keluarga (Videbeck, 2008; Townsend, 2009; & Kaplan dan

Sadock, 2010), terapi suportif, *self-help groups* (SHG) (Townsend, 2009), *interactional psychotherapy* (Wolman, 1994), *sosial skill training* (SST) (Alladin, 2009; & Stuart, 2009) dan logoterapi (Blair, 2004; Frankl, 2006; Hutzell, 2008; & Bastaman, 2007).

Beberapa penelitian terdahulu terkait efektifitas psikoterapi untuk mengatasi depresi antara lain; penelitian Kristyaningsih (2009) tentang pengaruh terapi kognitif terhadap kondisi depresi dan harga diri rendah pada klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa menunjukkan hasil penurunan yang signifikan pada kelompok responden yang mendapat terapi kognitif dibanding kelompok responden yang tidak mendapat terapi kognitif. Penelitian Nauli (2011) tentang pengaruh logoterapi lansia dan psikoedukasi keluarga terhadap depresi dan kemampuan lansia dalam memaknai hidup menunjukkan hasil penurunan kondisi depresi dan peningkatan kemampuan lansia dalam memaknai hidup pada responden kelompok yang mendapat logoterapi dan psikoedukasi keluarga dibanding kelompok yang hanya mendapat psikoedukasi keluarga. Berdasarkan hasil studi diatas maka terapi kognitif dan logoterapi dapat diberikan kepada klien yang mengalami kondisi depresi.

#### **2.4. Ansietas pada Klien DM**

Ansietas merupakan gangguan emosional yang paling sering terjadi dalam kehidupan. Ansietas menimbulkan perasaan tidak nyaman dan kegelisahan yang dapat memperparah kondisi fisik yang sedang dialami seperti serangan jantung, peningkatan gula darah pada klien DM. Untuk itu diperlukan pemahaman tentang konsep ansietas agar tindakan keperawatan komprehensif dapat diberikan secara profesional.

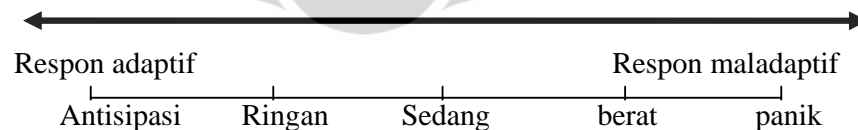
### 2.4.1 Pengertian Ansietas

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang menyebabkan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2007). Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Gangguan ansietas adalah sekelompok kondisi yang memberi gambaran penting tentang ansietas yang berlebihan, disertai respons perilaku, emosional dan fisiologis (Videbeck, 2008). Ansietas adalah perasaan keprihatinan, kekhawatiran, tidak menentu, atau ketakutan terhadap kenyataan atau ancaman yang dirasakan (Vancarolis & Halter, 2010). Ansietas cenderung menimbulkan kebingungan dan distorsi persepsi yang mengganggu proses pembelajaran dan konsentrasi, mengurangi daya ingat dan mengganggu kemampuan membuat asosiasi (Kaplan & Sadock, 2010).

Berdasarkan definisi diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ansietas adalah suatu perasaan khawatir terhadap sesuatu yang belum tentu terjadi yang diakibatkan oleh masalah potensial yang sedang dihadapi sehingga menimbulkan klien merasa tidak berdaya, kesulitan mengambil keputusan, dan sulit berkonsentrasi untuk melakukan sesuatu.

### 2.4.2 Rentang Respon Ansietas

Menurut Stuart (2009) rentang respon ansietas terdiri dari respon adaptif dan respon maladaptif yang dapat dilihat pada skema 2.3



**Skema 2.3**  
**Rentang Respon Ansietas**

*Sumber : Stuart, 2009*



Skema 2.3 menjelaskan bahwa respon ansietas dimulai dari antisipasi sampai panik. Jika individu memiliki pengontrolan diri dan mekanisme koping yang bagus maka respon ansietas tidak akan menimbulkan bahaya bagi individu tersebut.

### **2.4.3 Etiologi Ansietas**

Menurut Stuart (2009) ada beberapa teori yang menjelaskan tentang penyebab terjadinya ansietas, yaitu:

#### **2.4.3.1 Teori psikoanalitis**

Menjelaskan bahwa ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan super ego. Id mewakili dorongan insting, superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya, sedangkan ego berfungsi untuk menengahi kedua elemen yang saling bertentangan tersebut. Ansietas diperlukan untuk mengingatkan ego.

#### **2.4.3.2 Teori interpersonal**

Ansietas timbul karena perasaan takut terhadap penolakan interpersonal. Ansietas juga dihubungkan dengan perkembangan trauma, seperti kehilangan atau perpisahan.

#### **2.4.3.3 Teori perilaku**

Ansietas sebagai akibat dari frustrasi terhadap segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Ansietas juga dapat disebabkan oleh dorongan personal dalam menghindari suatu penderitaan atau musibah.

#### **2.4.3.4 Teori pembelajaran**

Meyakini bahwa individu yang terbiasa dengan rasa takut yang berlebihan ketika masa kecil maka akan cenderung mengalami ansietas setelah kehidupan berikutnya.

#### **2.4.3.5 Teori konflik**

Adanya hubungan timbal balik antara konflik dengan ansietas. Konflik menimbulkan ansietas, dan ansietas menimbulkan

perasaan tidak berdaya yang akan meningkatkan konflik yang dirasakan.

#### 2.4.3.6 Teori keluarga

Gangguan ansietas dipengaruhi oleh keluarga. Salah seorang anggota keluarga yang mengalami ansietas maka akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain.

#### 2.4.3.7 Teori biologi

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang berfungsi untuk meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologi yang berhubungan dengan ansietas. Riwayat kesehatan umum individu dan kesehatan keluarga juga dapat mempengaruhi terjadinya ansietas. Ansietas dapat disertai dengan gangguan fisik sehingga pada akhirnya akan menyebabkan individu kesulitan mengatasi stressor.

### **2.4.4 Tanda dan Gejala Ansietas**

Menurut Stuart (2009) tanda dan gejala ansietas dapat dilihat dari respon fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif sebagai berikut:

#### 2.4.4.1 Respon fisiologis

Pada kardiovaskuler dapat ditemui respon berupa palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa ingin pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun. Pada pernafasan dapat ditemui respon berupa nafas cepat, sesak nafas, dada seperti rasa tertekan, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, leher rasa tercekik, nafas terengah-engah. Pada neuromuskular dapat ditemui respon berupa refleks meningkat, reaksi terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigisitas, gelisah, modar-mandir, wajah tegang, kelemahan umum, tungkai lemah, melakukan gerakan yang janggal (diluar kontrol). Pada gastrointestinal dapat ditemui respon berupa

kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, dan diare. Pada saluran kemih dapat ditemui respon berupa tidak dapat menahan kencing, sering berkemih. Pada kulit dapat ditemui respon berupa wajah kemerahan, berkeringat setempat (misalnya pada telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, dan berkeringat pada seluruh tubuh.

#### 2.4.4.2 Respon perilaku

Pada perilaku dapat ditemui respon berupa gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindari, hiperventilasi, dan sangat waspada.

#### 2.4.4.3 Respon kognitif

Pada kognitif dapat ditemui respon berupa perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, lapang perespsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, kilas balik, dan mimpi buruk.

#### 2.4.4.4 Respon afektif

Pada afektif dapat ditemui respon berupa mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kengerian, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah, dan malu.

Menurut Beck & Emery (1985; Videbeck, 2008) ada empat tingkatan ansietas, dimana pada masing-masing tahap memperlihatkan perubahan perilaku, kognitif, dan respon emosional ketika berupaya mengatasi ansietas. Respon masing-masing tahap akan ditemui sebagai berikut:

#### 2.4.4.1 Ansietas ringan

Pada tahap ini respon fisik ditandai dengan ketegangan otot ringan, masih sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian dan rajin. Respon kognitif yang ditemui berupa lapang persepsi yang masih luas, terlihat tenang, percaya diri namun ada perasaan gagal, sedikit waspada dan hati-hati terhadap banyak hal dengan mempertimbangkan informasi, masih bisa diarahkan dan tingkat pembelajaran optimal. Respon emosional ditemui tanda perilaku otomatis, sedikit tidak sabar, mudah terstimulasi, dapat melakukan aktivitas dengan mandiri dan masih bersikap tenang.

#### 2.4.4.2 Ansietas sedang

Respon fisik ditandai dengan ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital mulai meningkat, pupil dilatasi, mulai berkeringat, sering mondar-mandir dan gerakan memukulkan tangan, suara berubah dan gemetar dengan nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah dan punggung terasa nyeri. Respon kognitif berupa lapang persepsi mulai menurun, perhatian sudah mulai selektif dan fokus terhadap stimulus, rentang perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun, masih bisa diarahkan dengan cara *focusing*. Respon emosional dengan tanda dan gejala tidak nyaman, mudah tersinggung, mudah goyah, tidak sabar dan masih bisa merasakan gembira.

#### 2.4.4.3 Ansietas berat

Respon fisik ditemukan ketegangan otot yang sudah berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, keringat meningkat, bicara cepat, nada suara tinggi, sering melakukan tindakan tanpa kontrol, rahang menegang, menggertakkan gigi, kebutuhan ruang gerak meningkat, mondar mandir, berteriak, meremas tangan dan badan gemetar. Pada respon kognitif ditemui lapang

persepsi sudah mulai terbatas, sulit berpikir dan proses berpikir terpecah-pecah, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi, hanya fokus pada ancaman, preokupasi pada pikiran sendiri dan egosentris. Pada respon emosional ditemui tanda dan gejala sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat, emnarik diri, menyangkal dan ingin bebas dari ancaman.

#### 2.4.4.4 Panik

Pada tahap ini respon fisik yang ditemui berupa *flight*, *fight* dan *freeze*, ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat dan kemudian menurun, tidak bisa tidur, hormon stress dan neurotransmitter berkurang, wajah menyeringai dan mulut ternganga. Respon kognitif ditemui tanda dan gejala persepsi menyempit, pikiran tidak logis, kepribadian kacau, tidak dapat menyelesaikan masalah, fokus pada pikiran dan diri sendiri, tidak rasional, sulit memahami stimulus eksternal, halusinasi, waham, dan mungkin juga disertai dengan ilusi. Respon emosional ditemui perasaan terbebani, perasaan tidak mampu, tidak berdaya, hilang kendali, mengamuk, putus asa, marah, sangat takut, mengharapkan suatu yang buruk, kaget, takut dan merasa kelelahan.

#### 2.4.5 Pengukuran Ansietas

Terdapat beberapa alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur ansietas yaitu *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Hamilto Rating Scale for Anxiety* (Wheeler, 2008; Videbeck, 2008), dan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith,1983). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan HADS untuk mengukur kondisi ansietas pada klien dengan alasan bahwa alat ukur ini telah terbukti akurat dalam pengukuran ansietas pada klien dengan gangguan fisik yang sedang menjalani perawatan medis dirumah sakit umum konsistensi internal

sangat kuat ( $\alpha$  cronbach's = 0,93) yang artinya alat ukur ini konsisten mengukur ansietas dari waktu ke waktu. Alat ukur ini terdiri dari 14 item pernyataan dengan skala *liekert* 0 - 3. Item pernyataan tentang ansietas terdiri 7 item dan tentang depresi 7 item dengan demikian instrumen ini juga dapat membedakan gejala ansietas dan depresi yang ditemui pada klien. Skor total masing-masing sub skala adalah 0 - 21, dengan batasan seorang klien dapat dikatakan ansietas atau depresi apabila menghasilkan skor lebih dari 11. Alat ukur ini juga dapat mengukur kormobiditas depresi dan ansietas yang dialami oleh klien.

#### **2.4.6 Masalah Keperawatan yang Berhubungan dengan Ansietas**

Menurut NANDA (2001; Stuart, 2009) diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan respon ansietas antara lain: 1) gangguan penyesuaian; 2) ansietas; 3) ketidakefektifan pola pernafasan; 4) hambatan komunikasi verbal; 5) isolasi sosial; 6) Konfusi akut; 7) koping tidak efektif; 8) ketidakefektifan koping komunitas; 9) diare; 10) ketakutan; 11) ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan; 12) resiko cedera; 13) kerusakan memori; 14) ketidakseimbangan nutrisi; 15) sindrom pascatrauma; 16) ketidakberdayaan; 17) resiko sindrom sterss akibat perpindahan; 18) harga diri rendah; 19) gangguan persepsi sensori; 20) gangguan pola tidur; 21) hambatan interaksi sosial; 22) gangguan proses pikir; dan 23) gangguan eliminasi urin.

Stuart (2009) menyatakan bahwa gejala yang dialami pada saat ansietas adalah perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Nevid, Rathus, dan Greene (2006) menyatakan reaksi ansietas sering menimbulkan ketakutan, ketidakberdayaan, keputusan akibat ancaman yang mengganggu pikirannya. Wolman dan Stricker (1994) menyatakan ansietas berhubungan dengan perasaan tidak bahagia, kecemasan dan pesimis akibat dari ada atau tidak adanya bahaya yang mengancam.

Videbeck (2008) menyatakan bahwa rasa takut yang dirasakan akibat reaksi ansietas dihubungkan dengan masalah harga diri rendah dan kekhawatiran tentang penilaian orang lain terhadap penampilan diri.

Beberapa penjelasan diatas maka terdapat beberapa masalah keperawatan yang sering muncul pada respon ansietas yaitu ketakutan, ansietas, ketidakberdayaan, keputusasaan dan harga diri rendah.

## **2.4.7 Penatalaksanaan Ansietas**

### **2.4.7.1 Terapi Farmakologi**

Menurut Videbeck (2008) terapi farmakologi yang dapat diberikan kepada klien ansietas terdiri dari empat kategori yakni SSRI, ATS, ansiolitik benzodiazepin, dan MAOI

### **2.4.7.2 Terapi Non Farmakologi (Psikoterapi)**

Psikoterapi yang dapat diberikan pada klien ansietas antara lain: terapi perilaku (Videbeck, 2008; & Varcarolis dan Halter, 2010), *positive reframing*, latihan asertif (Videbeck, 2008), *milieu therapy*, terapi kognitif, terapi kognitif-perilaku (Bennett, 2003; Varcarolis & Halter 2010; & Kyrios, dkk, 2011), *relaxation muscle therapy*, *thought stopping* (Varcarolis & Halter, 2010), terapi psikoanalitik (Bennett, 2003), logoterapi (Bastaman, 2007; & Hutzell, 2008).

Beberapa penelitian terkait dengan ansietas antara lain: penelitian Southwic, dkk (2006) menemukan bahwa logoterapi melalui pemaknaan hidup dapat menyembuhkan PTSD kronik akibat perang. Penelitian Sutejo (2009) tentang pengaruh logoterapi kelompok terhadap ansietas pada penduduk pasca gempa menemukan penurunan ansietas yang lebih bermakna pada kelompok yang diberi logoterapi. Nevid, Rathus, dan

Greene, (2006) menemukan efektivitas terapi kognitif untuk mengatasi klien ansietas dan depresi. Berdasarkan studi tersebut maka terapi kognitif dan logoterapi merupakan terapi pilihan dalam mengatasi ansietas.

## **2.5. Konsep Pikiran Negatif Pada Klien Depresi dan Ansietas**

Setiap manusia pasti memiliki pikiran otomatis negatif setiap waktu tetapi pikiran otomatis negatif tersebut masih bersifat normal. Pada klien depresi dan ansietas pikiran tersebut lebih bersifat merusak dimana pikiran negatif tersebut dimasukkan kedalam jiwa dengan cepat dan otomatis tersimpan dalam ingatannya tanpa mendefinisikannya secara rasional dan logika mereka (Kraus, 2012). Mereka mempunyai respon emosional yang banyak menimbulkan pikiran-pikiran negatif. Pikiran-pikiran negatif tersebut membelenggu hidup mereka yang dapat mengganggu kesehatan fisik klien bahkan dapat membahayakan nyawa klien karena melalui pikiran negatif tersebut terdapat keinginan untuk melakukan bunuh diri. Oleh karena itu untuk mewaspadai terjadinya hal buruk pada klien maka diperlukan suatu terapi yang dapat meningkatkan kemampuan klien untuk mengubah pikiran negatif klien menjadi pikiran positif sehingga klien dapat hidup lebih nyaman dan berkualitas tanpa ada tekanan dalam pikirannya sendiri

### **2.5.1 Pikiran Negatif**

Pikiran negatif pertama kali dikembangkan oleh Beck (1967), ia adalah seorang psikoterapis yang dikenal dengan *cognitive triad* tentang pikiran negatif yaitu terhadap diri sendiri, dunia dan masa depan. Pikiran negatif terhadap kemampuan diri sendiri dipandang sebagai harga diri rendah, pikiran negatif terhadap dunia dipandang sebagai ketidakterdayaan, dan pikiran negatif terhadap masa depan dipandang sebagai keputusasaan.

Pikiran otomatis adalah respon yang terjadi dengan cepat terhadap situasi dan tanpa analisis rasional. Pikiran otomatis tersebut biasanya



sering bersifat negatif dan berdasarkan logika yang keliru maka disebut dengan pikiran otomatis negatif (Beck, dkk 1987; Townsend, 2009). Respon yang cepat dan tidak dipikirkan berdasarkan skema yang diketahui disebut sebagai pikiran otomatis. Pikiran otomatis yang muncul tersebut sering tidak rasional dan membawa asumsi yang salah dan interpretasi yang salah maka disebut dengan distorsi kognitif (Varcarolis & Halter, 2010). Pikiran negatif terutama terjadi pada seseorang oleh karena situasinya sendiri, situasi yang membosankan atau gagal dalam melakukan sesuatu. Pikiran otomatis negatif sering terjadi pada individu yang tidak mengenal realita seperti pada klien depresi dan ansietas (Beckham & Beckham, 2004).

Pikiran negatif pada depresi didefinisikan sebagai pikiran otomatis, persepsi, dan keyakinan yang berpusat pada sikap negatif terhadap masa lalu, diri sendiri dan masa depan. Pikiran negatif pada ansietas didefinisikan sebagai kognisi otomatis yang berfokus terhadap adanya bahaya (Dekker, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan pikiran otomatis negatif adalah pikiran yang muncul seketika dan langsung digunakan atau dipakai tanpa dipikirkan terlebih dahulu secara rasional atau logika sehingga mempengaruhi persepsinya terhadap sekitar atau kejadian yang dipikirkan yang dapat menyebabkan hilangnya keyakinan terhadap kemampuan diri sendiri, kemampuan untuk menggapai masa depan dan kemampuan untuk merubah dunia serta ketakutan dalam memulai sesuatu.

## 2.5.2 Jenis-Jenis Pikiran Negatif

Jenis-jenis pikiran negatif atau distorsi kognitif yang sering ditemukan pada klien depresi dan ansietas menurut Varcarolis dan Halter (2010) ada sepuluh, yakni:

2.5.2.1 *All or nothing thinking*, yaitu seseorang memikirkan segala sesuatu seperti warna hitam dan putih, tidak berupaya untuk menggapai hal yang tinggi karena pada jenis distorsi ini seseorang cenderung menghindari hal yang rumit dalam kehidupannya.

2.5.2.2 *Overgeneralization*, memikirkan bahwa segala sesuatu yang dilakukan tidak akan menghasilkan yang baik, mereka cenderung menggunakan pemikiran sesuatu yang dihasilkan akan berakibat buruk atau kurang bagus

2.5.2.3 *Labeling*, bentuk *overgeneralization* dimana karakteristik atau kejadian dijadikan sebagai pedoman atau standar bagi diri sendiri atau orang lain. Sebagai contoh : “karena saya telah gagal dalam ujian statistik, saya akan mengalami kegagalan dalam hal lain, saya lebih baik mundur”

2.5.2.4 *Mental filter*, fokus pada kejadian negatif atau kejadian buruk dan membiarkan pikiran tersebut mencemari atau mempengaruhi hal yang lain.

2.5.2.5 *Disqualifying the positive*, mempertahankan pandangan negatif dengan mengulang informasi yang mendukung pandangan positif menjadi sesuatu yang tidak relevan, tidak akurat atau sesuatu yang tidak dipertimbangkan.

2.5.2.6 *Jumping to conclusions*, membuat interpretasi negatif tanpa adanya fakta yang mendukung. Jenis distorsi ini terbagi atas dua yaitu: a) *mind reading*, ditandai dengan menyimpulkan pikiran negatif, respon dan motif dari orang lain; b) *fortune-teeling terror*, mengasumsi hasil negatif sebagai sesuatu tidak dapat dielakkan lagi

2.5.2.7 *Magnification or minimization*, yaitu melebih-lebihkan sesuatu (seperti kegagalan atau kesuksesan orang lain), tapi tidak mengakui hal tersebut. terdiri dari *catastrophizing*, yang sebagai suatu bentuk yang ekstrim dari *magnification* dimana kesalahan sebagai diasumsikan sebagai sesuatu hasil yang akan terjadi

2.5.2.8 *Emotional reasoning*, menggambarkan kesimpulan berdasarkan atas pernyataan emosional

2.5.2.9 *Should and must statements*, memberanikan diri mengarahkan diri sendiri untuk memegang kontrol dari hal-hal yang tidak realistis dari kejadian eksternal

2.5.2.10 *Personalization*, yaitu merasa bertanggung jawab atas kejadian eksternal atau situasi yang terjadi diluar kontrol personal

### 2.5.3 Karakteristik Individu yang Memiliki Pikiran Negatif

Menurut Hollon dan Kendal (1980) individu yang memiliki pikiran negatif memiliki karakteristik sebagai berikut:

2.5.3.1 Merasa tidak mampu menyesuaikan diri dengan keinginan untuk melakukan perubahan hidup

2.5.3.2 Memiliki harapan negatif dan konsep diri negatif

2.5.3.3 Rendah diri

2.5.3.4 Mudah menyerah dan tidak berdaya

### 2.5.4 Pengukuran Pikiran Negatif

Ada beberapa instrument yang mengukur tentang pikiran otomatis negatif yaitu *Crandell Cognitive Inventory (CCI)*, *Automatic Thought Questionnaire (ATQ)*, dan *Cognitive Checklist (CCL)* (Dekker, 2011), *Attributional Style Questionnaire (ASQ)*, *Hopelessness Scale (HS)*, *Cognitive Style Questionnaire (CSQ)*, *Cognitive Bias Questionnaire (CBQ)* (Ingram, 2009). Pada penelitian ini peneliti menggunakan instrumen ATQ dengan alasan karena dapat mengukur 4 aspek dari

pikiran negatif yaitu keputusan, ansietas, harga diri rendah, dan ketidakberdayaan. ATQ dikembangkan oleh Hollon dan Kendal (1980) untuk mengukur pikiran negatif otomatis pada klien depresi. Instrumen ini terdiri dari 30 item pernyataan diri dimana 5 item untuk mengukur keputusan, 7 item untuk mengukur ansietas, 2 item untuk harga diri dan 2 item untuk mengukur ketidakberdayaan. Skor yang dihasilkan menunjukkan kemampuan mengubah pikiran negatif oleh klien depresi dan ansietas. Konsistensi internal dari item pernyataan instrumen ini sangat kuat dengan nilai alpha cronbach's 0,97 dan nilai  $r = 0,47 - 0,78$  (Kendall & Hollon, 2006).

## **2.6. Terapi kognitif**

### **2.6.1 Pengertian Terapi Kognitif**

Terapi kognitif telah berkembang sejak tahun 1960 yang dilakukan oleh Aaron Beck untuk mengatasi depresi. Terapi kognitif merupakan suatu psikoterapi yang didasarkan pada konsep dari proses patologi jiwa dimana fokus tindakannya berdasarkan modifikasi dari distorsi negatif dan perilaku maladaptif (Townsend, 2009). Terapi kognitif didasarkan pada rasional teoritis yang mendasari bahwa afek dan perilaku seseorang ditentukan dari cara seseorang tersebut menilai kehidupan dimana penilaian tersebut berdasarkan kognitif (baik gagasan verbal maupun non verbal yang disadari), yang berdasarkan dari anggapan yang dikembangkan dari pengalaman sebelumnya (Kaplan & Saddock, 2010)

Terapi kognitif berfokus dalam membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengoreksi keyakinan yang maladaptif, pikiran otomatis negatif dan perilaku yang salah yang dicetuskan atau dihasilkan dari gangguan emosional. Terapi kognitif dapat merubah pikiran negatif seperti pada ansietas dan depresi yang disebabkan oleh interpretasi yang salah terhadap masalah dari suatu kejadian (Nevid, Rathus, & Greene, 2005).

Jadi berdasarkan penjelasan konsep diatas dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif adalah psikoterapi individu yang membantu individu dalam merubah pikiran otomatis yang negatif yang disebabkan oleh gangguan emosional sehingga individu mampu mengoreksi kesalahannya dengan menginterpretasikan dengan baik setiap kejadian yang datang.

### **2.6.2 Indikasi Terapi Kognitif**

Terapi kognitif yang awalnya digunakan untuk mengatasi kondisi depresi, dan saat ini telah digunakan juga untuk mengatasi seluruh masalah gangguan emosional dan kondisi klinik lain seperti gangguan panik, gangguan ansietas menyeluruh, fobia sosial, *obsessive-compulsive disorder*, PTSD, gangguan makan, kecanduan obat, gangguan kepribadian, skizofrenia, masalah pasangan, gangguan bipolar, hipokondriasis, dan gangguan somatoform (Beck, 1995; Saddock & Saddock, 2007; Wright, Thase, & Beck, 2008; Townsend, 2009).

Klien DM yang dirawat di rumah sakit sering mengalami depresi dan ansietas. Kaplan dan Saddock (2010) menjelaskan bahwa ensefalopati metabolik mampu menimbulkan perubahan proses mental, perilaku, dan fungsi neurologis. Beberapa pasien menjadi agitasi, cemas, dan hiperaktif, yang lain dapat menjadi pendiam, menarik diri, dan tidak aktif lagi. Stuart (2009) menyatakan bahwa klien yang mengalami penyakit kronik sering mengalami depresi. Dengan demikian terapi kognitif juga diindikasi pada klien DM yang mengalami depresi dan ansietas

### 2.6.3. Tujuan Terapi Kognitif

Tujuan terapi kognitif adalah memonitor pikiran otomatis yang negatif, mengenali hubungan antara kognitif, afek dan perilaku, mengkoreksi penyebab dari pikiran otomatis yang negatif, mengganti interpretasi ke arah yang lebih realita akibat pemikiran yang salah, dan belajar untuk mengidentifikasi dan mengubah keyakinan yang salah akibat pengalamannya yang negatif (Beck, dkk, 1987; Townsend, 2009).

Terapi kognitif juga bertujuan untuk mengajarkan individu menjadi individu yang lebih objektif dalam mengevaluasi diri dan situasi kehidupan yang dialaminya dengan berbagai alternatif dan respon yang adaptif (Beck et al, 1979; Burn, 1980; Wolman & Stricker, 1994), mengajarkan individu keterampilan dalam menyelesaikan masalah secara aktif atau mandiri (Nezu, Nezu, & Perri, 1989; Wolman & Stricker, 1994), membangun harapan, menambah kepercayaan diri, meningkatkan kemandirian, membuat hidup yang bermakna, dan membantu individu menjadi lebih waspada hal yang dapat menyebabkan cedera serta mempersiapkan individu untuk membuat suatu cara dalam melawan faktor presipitasi yang menimbulkan pemikiran negatif (Wolman & Stricker, 1994).

Penanganan medik pada klien DM akan dilakukan klien DM sepanjang hidupnya. Tentu hal ini akan membuat klien merasa jenuh dan stress dengan perubahan kehidupan yang dialaminya. Kondisi fisik yang dialami akibat penyakit membuat klien merasa sedih, cemas, malu dan merasa putus asa serta tidak berdaya. Permasalahan finansial dalam hal biaya perawatan yang mahal yang akan ditanggung klien membuat klien menjadi cemas dan sempat berkeinginan untuk berhenti dalam pengobatan. Hal inilah yang menyebabkan klien DM memiliki fikiran-fikiran negatif tentang kemampuannya dalam melakukan pengobatan yang panjang dan tentang masa depan yang akan dihadapinya dengan

perubahan kondisi fisik yang dialami. Dengan pemberian terapi kognitif ini diharapkan dapat merubah pikiran-pikiran otomatis negatif klien menjadi pikiran-pikiran yang positif sehingga klien dapat menjalani sisa hidupnya dengan lebih produktif.

#### **2.6.4 Prinsip Terapi Kognitif**

Ada 10 prinsip terapi kognitif untuk semua jenis gangguan emosional (Beck, 1995; Townsend, 2009) yaitu:

2.6.4.1 Prinsip pertama, Terapi kognitif didasarkan pada kemampuan menyusun kembali pola klien yang terganggu. Terapi kognitif mengidentifikasi terlebih dahulu adanya kelainan bentuk fikir ‘distorsi kognitif’ pada klien. Terapis membuat beberapa kesimpulan tentang pentingnya perkembangan dari setiap kejadian-kejadian dan memberi contoh-contoh yang bisa mengatasi masalah spesifik emosional dan respon perilaku klien.

2.6.4.2 Prinsip kedua, terapi kognitif memerlukan hubungan terapeutik terapis dan klien. Diyakini hubungan antara terapis dan klien harus ada untuk kesuksesan terapi kognitif. Seorang terapis harus bisa bersikap hangat, empati, caring, dan menghormati harga diri klien. Perkembangan hubungan terapeutik antara terapis dan klien dipengaruhi oleh proses individu, dan klien dengan gangguan yang serius akan memerlukan usaha yang lebih untuk menciptakan hubungan yang terapeutik.

2.6.4.3 Prinsip ketiga, terapi kognitif menekankan kolaborasi dan partisipasi aktif kliennya. Kerjasama antara terapis dan klien sangat ditekankan. Mereka memutuskan secara bersama untuk tindakan yang akan dilakukan setiap sesi, seberapa sering mereka melakukan pertemuan, dan apa tujuan yang akan dicapai dari setiap sesi.

2.6.4.4 Prinsip keempat, Terapi kognitif berorientasi pada tujuan dan fokus masalah klien. Ketika memulai terapi, klien dianjurkan

untuk mengidentifikasi semua perasaan-perasaan atau masalah-masalah yang menjadi masalah baginya. Dengan bimbingan terapis, tujuan yang diharapkan akan tercapai sebagai hasil dari terapi. Terapis selalu membantu dalam menyelesaikan masalah yang diperlukan pasien untuk mengoreksi dan memahami penyimpangan dalam pikirannya.

2.6.4.5 Prinsip kelima, Terapi kognitif menekankan kondisi realita yang terjadi pada klien. Penyelesaian masalah yang dihadapi klien selalu mengacu pada kondisi yang nyata pada saat terapi dilakukan.

2.6.4.6 Prinsip keenam, Terapi kognitif bersifat edukasi, yang bertujuan untuk mengajarkan klien bersikap seperti diajarkan terapis dan ditekankan pada kemampuan mencegah kekambuhan. Langkah awal yang dapat dilakukan oleh terapis adalah mendiskusikan penyebab gangguan yang dialaminya, menjelaskan model kognitif (misalnya bagaimana pikiran-pikiran dapat mempengaruhi emosi dan perilaku), dan menjelaskan tentang proses terapi kognitif. Sehingga klien dapat berfikir sendiri untuk menentukan tujuan-tujuan yang ingin dicapai, merencanakan perubahan perilaku, dan melakukan intervensi sendiri.

2.6.4.7 Prinsip ketujuh, Terapi kognitif merupakan psikoterapi yang terprogram waktu dengan baik. Pertemuan dapat diberikan sekali seminggu atau sekali sebulan.

2.6.4.8 Prinsip kedelapan, Terapi kognitif diberikan secara terstruktur pada setiap sesi. Setiap sesi telah diatur secara terstruktur yang meliputi evaluasi klien setiap akhir pertemuan, review hasil pertemuan sebelumnya, mengevaluasi tugas yang diberikan pada pertemuan sebelumnya, mendiskusikan topik pertemuan saat ini, menyepakati tugas untuk minggu depan, dan menyimpulkan setiap sesi.



2.6.4.9 Prinsip kesembilan, Terapi kognitif mengajarkan klien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan merespon terhadap pikiran dan keyakinan yang menyimpang. Ini dilakukan dengan tujuan untuk membantu klien dalam memahami pentingnya mengenal pikiran-pikiran negatif dan merubahnya menjadi pikiran positif yang sesuai dengan kondisi nyata klien saat ini.

2.6.4.10 Prinsip kesepuluh, Terapi kognitif dapat digunakan dengan berbagai variasi teknik untuk mengubah pikiran, mood, dan perilaku klien. Fokus tindakan berpedoman pada gangguan pada klien dan langsung memodifikasi pikiran klien yang menyimpang yang berkontribusi menghubungkan perilaku maladaptif dengan gangguan yang dialaminya.

Konsep dasar dari terapi kognitif adalah respon-respon emosi yang ditimbulkan oleh adanya pemikiran-pemikiran terhadap situasi dan kondisi lingkungannya. Oleh karena itu, dasar keyakinan ini memasukkan pikiran otomatis dan skema atau keyakinan-keyakinan yang mendasari timbulnya pikiran otomatis tersebut (Wright, Thase, & Beck, 2008; Townsend, 2009).

Menurut Amril (2007, dalam Kristyaningsih, 2009), Ada 3 konsep fundamental dalam terapi kognitif yaitu 1) *Collaborative empirisme*, antara terapis dan pasien dapat menjadi meninjau dan menguji fakta-fakta yang menunjang dalam menolak pikiran yang keliru, 2) *Socratic dialogue*, menggunakan teknik bertanya untuk mengklarifikasi dan menyimpulkan suatu persoalan, membantu mengidentifikasi pikiran, images, dan asumsi dari pikiran maladaptif, 3) *Guide discovery*, terapis memandu pasien dalam merubah keyakinan dan asumsi yang maladaptif dengan mengikuti bersama setiap perkembangan yang terjadi.

## **2.6.5 Teknik Terapi Kognitif**

Ada tiga komponen utama teknik dalam pelaksanaan terapi kognitif yaitu (Sadock & Sadock, 2007; Wright, Thase, & Beck, 2008; Townsend, 2009).:

### **2.6.5.1 Didactic atau aspek edukasi**

Salah satu prinsip dasar terapi kognitif adalah mempersiapkan klien untuk dapat menjadi terapis bagi dirinya sendiri. Terapis memberikan informasi kepada klien tentang terapi kognitif, cara melakukannya, dan urutan dari proses kognitif. Menjelaskan tentang harapan yang akan dicapai terapis dan klien. Terapis dapat menggunakan sesi audiotape atau videotape untuk mengajarkan klien terapi kognitif. Penjelasan menyeluruh tentang hubungan antara depresi (atau ansietas, atau respon maladaptif klien terhadap pengalaman) dan pola pikiran yang keliru.

### **2.6.5.2 Teknik kognitif**

Strategi yang digunakan terapi kognitif dalam mengenali dan memodifikasi pikiran otomatis negatif (*cognitive error*) dan mengenali dan memodifikasi skema (*core beliefs*).

### **2.6.5.3 Intervensi perilaku**

Intervensi perilaku diyakini dalam terapi kognitif, ada hubungan interaktif antara kognisi dan perilaku, maka dari itu dikatakan bahwa kognisi mempengaruhi perilaku dan perilaku mempengaruhi kognisi. Berdasarkan konsep ini, pokok utama intervensi diberikan untuk membantu klien mengidentifikasi dan memodifikasi kognisi dan perilaku yang maladaptif. Prosedur Intervensi perilaku dalam membantu klien belajar strategi perilaku adaptif dapat berupa membuat daftar aktivitas, membuat tingkatan tugas kewajiban-kewajiban, latihan perilaku, distraksi dan gabungan dari beberapa teknik (Basco, et al, 2004;

Sadock & Sadock, 2007; Wright, Thase, & Beck, 2008; Townsend, 2009)

### **2.6.6 Pedoman Pelaksanaan Terapi Kognitif**

Penelitian ini menggunakan acuan penelitian terdahulu. Kristyaningsih (2009) memberikan terapi kognitif dalam 4 sesi yang pada awalnya terdiri dari 9 sesi tanpa mengubah isi dari terapi. Dalam penelitian ini terapi kognitif dilakukan sebanyak 5 sesi tanpa merubah isi dari masing-masing sesi. Setiap sesi dilakukan satu kali pertemuan. Paparan dari setiap sesi adalah sebagai berikut:

2.6.6.1 Sesi pertama: mengidentifikasi pikiran otomatis, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis yang negatif, mendiskusikan satu pikiran otomatis yang dipilih, memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan harian

2.6.6.2 Sesi kedua dan ketiga: Menggunakan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif. Meliputi kegiatan mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi satu (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif satu), mendiskusikan cara dan kesulitan klien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama dengan sesi pertama

2.6.6.3 Sesi keempat: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua dirumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1-2 , mendiskusikan cara dan kesulitan klien dalam menggunakan catatan harian, dan

mendiskusikan manfaat dan perasaan setelah klien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi)

2.6.6.4 Sesi kelima: *Support system*, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu klien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

## **2.7. Konsep Makna Hidup**

### **2.7.1. Pengertian Makna Hidup**

Definisi makna hidup bervariasi, mulai dari koherensi dari kehidupan seseorang dalam hal mencapai tujuan hidup yang didasarkan dari sudut pandang mengenai nilai, tujuan, keberhasilan dan harga diri individu tersebut (Steger & Frazier, 2006). Makna hidup menurut Frankl merupakan suatu yang dirasakan sangat penting, benar, dan berharga serta didambakan oleh setiap orang yang menentukan kualitas hidup seseorang yang terkait dengan alasan dan tujuan hidup seseorang yang dapat dicari melalui nilai kreatif, nilai penghayatan dan nilai bersikap (Bastaman, 2007).

Lightsey dan Boyraz (2011) menyatakan bahwa afek dan makna hidup yang positif merupakan mediasi yang menghubungkan antara pikiran positif dengan kepuasan hidup, dan begitu juga dengan pikiran positif dan makna hidup yang positif dapat menjadi penghubung antara afek dengan kepuasan hidup.

Individu yang kurang memiliki makna hidup membutuhkan terapi (Battista & Almond, 1973; Steger & Frazier, 2006) seperti pada klien depresi dan ansietas (Debats, Lubbe, & Wezeman, 1993; Steger & Frazier, 2006), yang diharapkan dapat menjadi lebih bermakna sebagai hasil yang dicapai dari terapi yang diberikan seperti dengan menemukan pekerjaan yang menyenangkan (Bonebright, Clay, & Ankenmann, 2000; Steger & Frazier, 2006), kepuasan hidup

(Chamberlain & Zika, 1988; Steger & Frazier, 2006), dan kebahagiaan Debats et al., 1993; Steger & Frazier, 2006).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa makna hidup adalah hakikat hidup dari seseorang yang mempunyai tujuan dan harapan untuk menjadi pribadi yang berkualitas melalui pencapaian-pencapaian yang ingin diraih oleh individu tersebut sehingga menghasilkan kepuasan dalam diri individu sebagai seorang pribadi.

### **2.7.2. Sumber-sumber Makna Hidup**

Makna hidup dapat ditemukan dalam berbagai hal kehidupan baik dalam keadaan-keadaan yang menyenangkan maupun dalam keadaan yang menyakitkan, Sumber makna hidup menurut Frankl (dalam Bastaman, 2007) dapat ditemukan dalam tiga bidang kegiatan, yakni:

2.7.2.1 Nilai-nilai kreatif (*creative values*), makna hidup dapat dicapai dari kegiatan berkarya, bekerja, menghasilkan suatu karya serta melaksanakan tugas dan kewajiban yang dilakukan dengan penuh tanggung jawab

2.7.2.2 Nilai-nilai penghayatan (*experiential values*), makna hidup yang dapat ditemui melalui keyakinan atau penghayatan akan nilai-nilai kebenaran, kebajikan, keindahan, keimanan, keagamaan serta cinta kasih. Dengan menghayati dan meyakini suatu nilai dapat memberikan arti dalam hidup seseorang

2.7.2.3 Nilai-nilai bersikap (*attitudinal values*), makna hidup yang ditemui dengan menerima segala sesuatu dengan penuh ketabahan, kesabaran, dan keberanian dalam menghadapi segala bentuk penderitaan yang tidak mungkin dihindari lagi seperti pada kematian, kesakitan dan kehilangan.

### **2.7.3. Karakteristik Makna Hidup**

Karakteristik makna hidup dapat dipahami dari beberapa sifat khusus dari makna hidup (Bastaman, 2007), yaitu:

#### **2.7.3.1 Unik, pribadi dan temporer**

Makna hidup yang dianggap penting dan berharga oleh seseorang belum tentu penting dan berharga bagi orang lain, atau mungkin dianggap berarti oleh seseorang pada saat ini tapi menjadi tidak berarti lagi pada saat lain

#### **2.7.3.2 Spesifik dan nyata**

Makna hidup ditemukan dalam pengalaman hidup sehari-hari, dan tidak dapat selalu dikaitkan dengan hal yang abstrak-filosofis. Makna hidup tidak dapat diberikan oleh siapapun melainkan harus dicari, dilalui dan ditemukan sendiri.

#### **2.7.3.3 Memberi pedoman dan arah**

Makna hidup itu menantang seseorang dalam memenuhi tujuan dan harapan hidupnya dengan berupaya untuk melakukan apa yang menjadi tujuan dalam hidupnya tersebut.

### **2.7.4. Karakteristik Individu yang Menemukan Makna Hidup**

Menurut Frazier dan Steger (2006) individu yang menemukan makna hidup memiliki karakteristik sebagai berikut:

#### **2.7.4.1 Mengerti arti hidup sendiri dan bebas memiliki langkah tindakan sendiri**

#### **2.7.4.2 Mampu mencari sesuatu yang dapat membuat hidup lebih berarti dan bertanggung jawab terhadap diri sendiri**

#### **2.7.4.3 Selalu berusaha menemukan tujuan hidup sendiri dan tidak ditentukan oleh kekuatan-kekuatan diluar dirinya**

#### **2.7.4.4 Memiliki tujuan hidup yang jelas**

#### **2.7.4.5 Memiliki perasaan dan keyakinan yang positif untuk menemukan makna hidup yang berarti**

2.7.4.6 Telah menemukan tujuan hidup dan merasa puas terhadap pencapaian tujuan hidup tersebut

2.7.4.7 Selalu berkeinginan untuk mencari sesuatu untuk membuat hidup menjadi lebih baik lagi

2.7.4.8 Memiliki tujuan hidup dan misi yang jelas

2.7.4.9 Memiliki alasan untuk meneruskan hidup

2.7.4.10 Secara sadar dalam mengontrol tindakannya dalam mencari makna hidup

### **2.7.5. Akibat Kegagalan Pencapaian Makna Hidup**

Menurut Frankl (2004) ada dua tahapan sindroma ketikbermaknaian yaitu frustasi eksistensial (*existential frustration*) dan neurosis noogenik (*noogenic neurosis*). Frustrasi eksistensial berkaitan dengan fenomena ketrhambatan atau kegagalan individu dalam memenuhi keinginan akan makna, sindroma ini ditandai dengan hilangnya minat, kurang inisiatif serta perasaan hampa karena tidak lagi memiliki kepastian mengenai apa yang harus diperbuat dan apa saja yang seharusnya diperbuatnya. Neurosis noogenik berkaitan dengan inti spiritual kepribadian dan bukan menurut peran serta agama melainkan suatu dimensi manusia yang khususnya menunjukkan konflik-konflik moral.

### **2.7.6. Pengukuran Makna Hidup Klien Depresi dan Ansietas**

Ada beberapa instrument untuk mengukur makna hidup antara lain the *Purpose in Life Test* (PIL) (Crumbaugh & Maholick, 1964; Steger & Frazier, 2006), the *Life Regard Index* (LRI) (Battista & Almond, 1973; Steger & Frazier, 2006), the *Sense of Coherence Scale* (Antonovsky, 1987; Steger & Frazier, 2006), the *Life Attitude Profile* (Reker & Peacock, 1981; Steger & Frazier, 2006) dan the *Life Attitude Profile-Revised* (Reker, 1992; Steger & Frazier, 2006), *Purpose in Life Subscale* (Ryff's, 1989; Steger & Frazier, 2006) dan *Meaning in Life*

(MLQ) (Frazier, Steger, Oishi & Kaler, 2006). Instrumen yang digunakan untuk mengukur makna hidup dalam penelitian ini menggunakan *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ). Alasan peneliti menggunakan instrumen ini karena telah terbukti akurat mengukur makna hidup pada klien depresi dan ansietas yang juga menggunakan instrument HADS untuk *screening* klien depresi dan ansietas (Steger, Mann, Michels, & Cooper, 2009). Instrumen ini terdiri dari dua sub skala yaitu pernyataan tentang makna hidup saat ini yang telah dicapai (*presence of meaning/ POM*) dan pernyataan tentang proses pencarian makna hidup (*search for meaning/ SFM*) (Frazier, Steger, Oishi & Kaler, 2006). Konsistensi internal MLQ sangat kuat dengan nilai alpha cronbach's untuk POM 0,88, dan untuk SFM sebesar 0,93. Skala dalam instrumen ini menggunakan skala likert dengan nilai 0 – 2 yang terdiri dari 10 item pernyataan dengan 5 item pernyataan tentang makna hidup yang telah dicapai saat ini dan 5 item pernyataan makna hidup yang ingin dicari.

## **2.8. Logoterapi**

### **2.8.1 Pengertian Logoterapi**

Logoterapi adalah suatu jenis psikoterapi yang dikembangkan oleh Fiktor Emille Frankl (1905 – 1997), seorang neuropsikiater keturunan yang berasal dari Wina Austria yang pada tahun 1942 pernah ditahan oleh tentara Nazi kedalam 4 kamp kosentrasi yang pada waktu itu dikenal sebagai kamp-kamp yang sangat berbahaya bagi nyawa seorang tahanan. Sehingga dari penderitaan yang dialami selama berada dalam kamp kosentrasi Frankl menghasilkan sebuah karya psikoterapi yang pada saat ini menjadi salah satu pilar psikologi dan banyak diamalkan dalam dunia kesehatan maupun pendidikan yaitu *Logoterapi*.

Logoterapi berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari 2 kata yaitu kata '*Logos*' yang berarti makna (*meaning*) dan kerohanian (*Spirituality*),



dan kata '*terapi*' yang berarti penyembuhan atau pengobatan. Jadi, Logoterapi adalah suatu psikoterapi yang mengakui adanya dimensi kerohanian pada manusia disamping dimensi ragawi dan kejiwaan, serta beranggapan bahwa makna hidup (*the meaning of life*) dan hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) merupakan motivasi utama manusia guna meraih taraf kehidupan bermakna (*the meaningful life*) yang diinginkan (Bastaman, 2007). Logoterapi adalah psikoterapi pencarian makna hidup (*logos*) dalam kondisi apapun agar dapat bertahan dalam hidup (Videbeck, 2008).

Berdasarkan definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa logoterapi merupakan salah satu psikoterapi yang bertujuan untuk meraih hidup bermakna dengan cara memahami kondisinya baik secara fisik maupun rohani dari manusia dengan motivasi bahwa setiap manusia itu memiliki potensi untuk hidup bermakna sehingga dapat meningkatkan gairah atau kualitas hidup kembali.

### **2.8.2 Prinsip Logoterapi**

Logoterapi memiliki 3 prinsip dasar yang telah terbukti oleh penemunya sendiri ketika mengalami penderitaan didalam kamp kosentrasi (Bastaman, 2007), yaitu:

#### **2.8.2.1 Hidup itu memiliki makna dalam setiap situasi.**

Makna adalah suatu yang dirasakan penting, benar, berharga, dan didambakan yang dijadikan tujuan hidup bagi seseorang. Apabila manusia berhasil menemukan makna hidup berarti mereka berhasil menemukan kebahagiaan.

#### **2.8.2.2 Setiap manusia memiliki kebebasan yang tak terbatas dalam menemukan sendiri makna hidupnya**

Makna hidup dapat ditemukan dalam kehidupan itu sendiri, dan pada dasarnya semua manusia memilikinya walaupun hanya sebatas perasaan, pikiran, cita-cita atau impian semata.

2.8.2.3 Manusia memiliki kemampuan dalam cara bersikap terhadap suatu penderitaan dan peristiwa tragis yang tidak dapat ditolak lagi

Manusia tidak mungkin dapat mengubah suatu keadaan yang menimpa kita, melainkan kita hanya bisa merubah sikap dalam menghadapi keadaan itu dengan cara bersikap yang baik dan tepat agar kita tidak terhanyut dalam keadaan yang menimpa kita.

Jadi pada hakikatnya manusia memiliki kebebasan dalam bersikap, apakah ditanggapi dengan positif atau negatif dan setiap keadaan baik dalam susah maupun senang selalu memiliki makna. Jika manusia ingin hidupnya terasa bermakna walaupun sedang dalam keadaan yang tidak baik, maka dengan perjuangan untuk merubah sendiri sikap dan perilaku, menghayati dan kreatif dalam menemukan solusi untuk menghadapi keadaan susah tersebut maka dapat membuat hidup akan tetap terasa bermakna.

### **2.8.3 Tujuan Logoterapi**

Menurut Bastaman (2007) logoterapi bertujuan untuk:

2.8.3.1 Memahami adanya potensi dan sumber daya rohaniah yang secara umum ada pada setiap manusia

2.8.3.2 Menyadari bahwa potensi-potensi yang dimiliki itu sering tidak digunakan, tersembunyi, terhambat, ditekan, atau terlupakan.

2.8.3.3 Memanfaatkan potensi dan sumber daya tersebut untuk membangkitkan kembali gairah hidup dan secara sadar meningkatkan kualitas hidup yang lebih bermakna.

### **2.8.4 Landasan Filsafat Logoterapi**

Landasan filsafat logoterapi yakni *the freedom of will* (kebebasan untuk berkehendak), *the will to meaning* (keinginan untuk hidup bermakna),

dan *the meaning of life* (makna hidup) (Bastaman, 2007). Paparan ketiga landasan filsafat logoterapi tersebut adalah:

#### 2.8.4.1 *The freedom of will* (Kebebasan untuk berkehendak)

Dalam konsep ini logoterapi menekankan bahwa setiap manusia walaupun sebagai makhluk yang terbatas dalam aspek ragawi, sosial budaya maupun kerohanian tapi memiliki kebebasan dalam menentukan keinginan atau sikap sendiri yang ingin dicapai terhadap kondisi-kondisi yang dialaminya. Tetapi kebebasan yang dimiliki ini harus disertai rasa tanggung jawab (*responsibility*) agar tidak berkembang menjadi kesewenang-wenangan.

#### 2.8.4.2 *The will to meaning* (keinginan untuk hidup bermakna)

Setiap manusia pasti ingin memiliki cita-cita dan tujuan hidup yang jelas yang menjadi motivator bagi individu tersebut untuk berjuang dalam kehidupan sehingga menjadikan diri individu tersebut terasa bermakna dan berarti (*being some body*)

#### 2.8.4.3 *The meaning of life* (makna hidup)

Makna hidup adalah hal yang sangat berharga yang memberikan nilai khusus bagi seseorang, bila berhasil dipenuhi akan menyebabkan kehidupan seseorang lebih berarti, berharga, berguna dan akhirnya akan menimbulkan perasaan bahagia (*happiness*). Sebaliknya jika tidak dapat dipenuhi maka akan menyebabkan kehidupan dirasakan tidak bermakna (*meaningless*)

### 2.8.5 Jenis Logoterapi

Logoterapi merupakan suatu metode konseling dengan tujuan mencari makna hidup yang dapat dilakukan melalui *logoanalysis*. *Logoanalysis* yang dikembangkan oleh James C. Crumbaugh (1979) menjelaskan sebagai proses menganalisis berbagai pengalaman hidup yang selama

ini sering diabaikan dengan tujuan untuk memperoleh makna dan tujuan hidup yang baru.

Metode yang dilakukan dalam proses logoterapi dikemukakan oleh Bastaman (2007) merupakan modifikasi *logoanalysis*, yang terdiri dari lima penemuan makna, yaitu:

#### 2.8.5.1 Pemahaman diri

Metode ini dalam rangka mengenali, memahami dan menyadari atas kekuatan dan kelemahan diri sendiri.

#### 2.8.5.2 Berlaku positif

Merupakan metode yang menerapkan hal-hal yang baik dan bermanfaat dalam perilaku dan tindakan nyata sehari-hari

#### 2.8.5.3 Menghangatkan hubungan

Meyakini bahwa hubungan yang hangat atau akrab antara individu dapat membuat perasaan dekat, saling percaya, nyaman, saling memahami sehingga menimbulkan makna bagi masing-masing individu

#### 2.8.5.4 Memahami catur nilai

Merupakan suatu metode dengan cara memahami empat nilai yaitu nilai kreatif, penghayatan, bersikap dan pengharapan sebagai sumber dari makna hidup

#### 2.8.5.5 Ibadah

Metode yang berusaha menjalani segala perintah tuhan dan meninggalkan segala laranganNya, sehingga memberikan makna bagi kehidupan seseorang

Jenis logoterapi berdasarkan metode dan teknik-teknik yang dilakukan kepada klien (Bastaman, 2007), yaitu:

#### 2.8.5.1 *Paradoxical Intention*

Jenis logoterapi ini menekankan manfaat terhadap kemampuan individu mengambil dalam jarak (*self-detachment*) dan

kemampuan mengambil sikap terhadap kondisi diri sendiri dan lingkungan serta juga memanfaatkan salah satu kualitas humor personal (*sense of humor*).

Dengan adanya rasa humor yang dimiliki oleh individu diharapkan dapat dimanfaatkan untuk membantu pasien tidak memandang lagi masalah-masalah yang dialami sebagai suatu yang dianggap mengganggu, melainkan dirubah menjadi sesuatu yang lucu atau sesuatu yang ringan. Teknik ini sulit dilakukan pada individu yang tidak atau kurang memiliki rasa humor, dan dikontraindikasikan pada pasien yang mengalami depresi yang memiliki kecenderungan melakukan bunuh diri. Teknik ini cocok digunakan pada individu yang mengalami gangguan yang bersumber dari hambatan-hambatan emosional, seperti pada pasien fobia.

#### 2.8.5.2 *Dereflection*

Teknik ini memanfaatkan kemampuan transendensi diri (*self-transcendence*) yang dimiliki pada setiap individu dewasa. Transendensi diri ini dimaksudkan sebagai kemampuan individu untuk membebaskan diri dan mengabaikan kondisi yang tidak nyaman dengan mengalihkan perhatian pada hal-hal yang ringan dan bermanfaat sehingga gejala *hyper intention* dan *hyper reflection* akan hilang.

Dengan menggunakan teknik ini dapat merubah sikap klien yang dari semula terlalu fokus pada diri sendiri (*Self-concerned*) menjadi komitmen terhadap sesuatu yang penting dan bermanfaat bagi dirinya (*self-commitment*). Teknik ini juga lebih cocok digunakan pada pasien yang mengalami gangguan

psikogenik yang bersumber dari hambatan-hambatan emosional seperti pada pasien frigiditas, insomnia.

#### 2.8.5.3 *Medical Ministry*

Jenis logoterapi ini menggunakan teknik yang lebih menekankan klien untuk berusaha mengembangkan sikap (*attitude*) yang tetap dan positif dalam menghadapi situasi tragis. Pendekatan ini memanfaatkan kemampuan dalam mengambil sikap (*to take a stand*) terhadap kondisi diri dan lingkungan yang tidak dapat diubah lagi. Teknik ini merupakan realisasi dari nilai-nilai bersikap (*attitudinal values*) yang merupakan salah satu sumber dari makna hidup.

Jenis logoterapi ini biasanya diterapkan dalam kalangan medis dengan pasien yang mengalami masalah psikogenik akibat hambatan fisik (ragawi), misalnya depresi setelah dilakukan tindakan amputasi. Namun teknik ini juga bisa dilakukan pada kasus tragis yang bersumber dari masalah nonmedis, seperti pada individu yang mengalami PHK, perceraian.

#### 2.8.5.4 *Existential Analysis*

Pada teknik individu yang mengalami kehampaan menemukan sendiri makna hidupnya dan menetapkan tujuan hidup secara lebih jelas dengan arahan terapis. Makna hidup tidak bisa ditentukan oleh orang lain termasuk terapis melainkan harus ditemukan sendiri oleh individu yang bersangkutan. Fungsi logoterapis menyadarkan individu terhadap tanggung jawab pribadi untuk keluar dari kondisi kehampaan dan logoterapis hanya membuka pikiran dan pandangan individu terhadap berbagai nilai sebagai sumber makna hidup yaitu nilai kreatif, nilai penghayatan dan nilai bersikap. Sehingga pada teknik ini

terapis lebih berperan sebagai rekan yang turut berperan serta yang mengambil kesempatan yang sedikit dalam keterlibatannya bila pasien sudah mulai menyadari dan menemukan makna hidupnya. Jenis logoterapi ini bisa digunakan pada individu yang mengalami gangguan psikogenik yang disebabkan karena tidak adanya hasrat atau keinginan untuk hidup bermakna.

### **2.8.6 Pedoman Pelaksanaan Logoterapi**

Pelaksanaan logoterapi dalam penelitian ini mengacu pada modul pedoman pelaksanaan logoterapi yang dikembangkan oleh Kanine (2011) dimana pelaksanaannya terdiri dari 4 sesi. Uraian masing-masing sesi akan dijelaskan sebagai berikut :

#### **2.8.6.1 Sesi 1 : Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami klien**

Sesi ini diawali dengan membina hubungan yang baik dan nyaman antara terapis dan klien DM yang mengalami depresi dan ansietas. Pada tahap ini terapis memperkenalkan diri, menanyakan perasaan klien, menjelaskan tujuan serta manfaat dari logoterapi. Sesi ini bertujuan untuk mengidentifikasi perubahan yang terjadi selama menderita DM, masalah yang muncul akibat perubahan yang terjadi. Terapis mengidentifikasi perubahan dan masalah yang muncul selama menderita DM.

#### **2.8.6.2 Sesi 2 : Mengidentifikasi reaksi dan cara mengatasi masalah**

Pada sesi ini klien diminta untuk mengungkapkan reaksi atau respon terhadap masalah yang dialami oleh klien. Adapun respon tersebut meliputi respon fisiologi, prilaku, afektif, dan kognitif. Partisipasi dalam kegiatan sehari-hari dan tanggung jawab klien dalam keterlibatan perawatan penyakit DM. Terapis menanyakan kepada klien cara yang dilakukan untuk mengatasi

masalah tersebut, bagaimana hasilnya serta mengidentifikasi masalah yang belum teratasi.

#### 2.8.6.3 Sesi 3 : Teknik *medical ministry*

Pada sesi ketiga ini terapis membantu masalah klien dan mendiskusikannya melalui teknik *medical ministry*. Pada sesi ini terapis membantu merealisasikan nilai-nilai bersikap (*the attitude values*) sebagai salah satu sumber dalam menemukan makna hidupnya. Teknik pendalaman nilai-nilai bersikap (*the attitude values*) yaitu merenungkan penderitaan yang pernah dialami oleh klien DM dengan : mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaan waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini. Selain itu klien DM juga diminta untuk menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu selanjutnya membandingkan dengan keadaan sekarang

#### 2.8.6.4 Sesi 4 : Evaluasi

Evaluasi ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi melalui teknik *medical ministry*, menemukan makna hidup yang klien dapatkan dan mampu menerima perpisahan (kenyataan). Terapis mendiskusikan bersama klien yang sudah dan belum teratasi. Pada akhir sesi ini, terapis mendiskusikan rencana tindak lanjut dari masalah yang belum diatasi.



## **BAB 3**

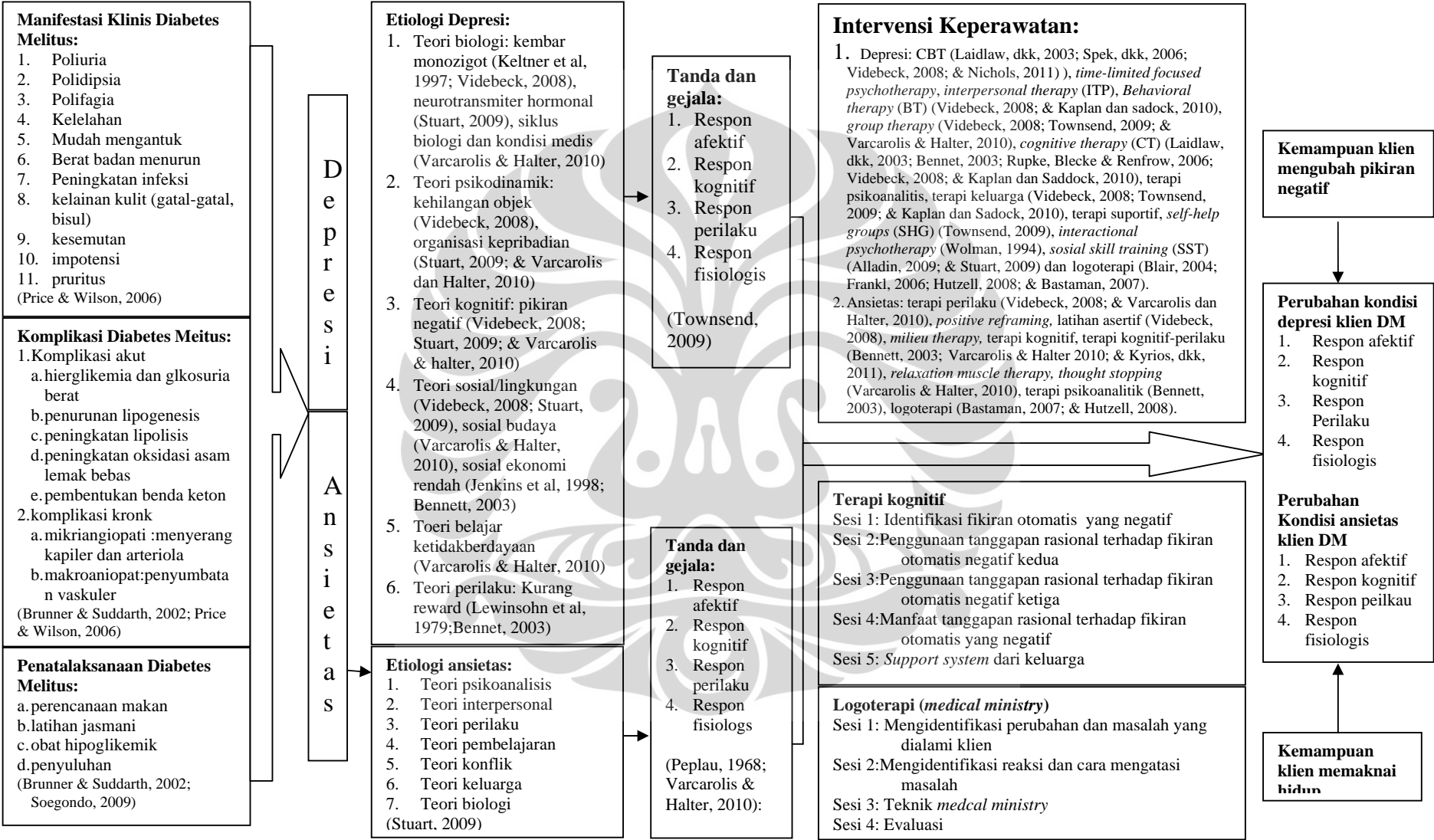
### **KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Dalam BAB 3 ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

#### **3.1. Kerangka Teori Penelitian**

Kerangka teori merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian yang disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB 2. Kerangka teori penelitian digambarkan secara skematis pada skema 3.1.

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kronik yang akan diderita seumur hidup bagi individu yang telah terdiagnosa DM. Menurut *American Diabetes Association* (ADA) (2010) DM adalah penyakit kelainan metabolik akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya yang mengakibatkan peningkatan kadar glukosa dalam darah (PERKENI, 2011). Manifestasi klinis yang ditimbulkan dikenal dengan trias poli yaitu poliuri, polidipsi dan poliphagi. Jika tidak mendapatkan pengobatan secara tepat dapat menimbulkan komplikasi akut seperti hipoglikemia, ketoasidosis metabolik, dan sindrom HHNK (hiperglikemik hiperosmolar nonketotik) atau HONK (hiperosmolar nonketotik) dan komplikasi kronik berupa retinopati diabetik, neuropati diabetik, nefropati diabetik serta lesi kapiler dan arteriola, otot-otot dan kulit (Brunner & Sudarth, 2001). Menurut Soegondo, dkk (2009) penatalaksanaan DM harus dilakukan secara disiplin oleh penderita DM yaitu pengaturan diet, latihan, obat hipoglikemik, dan penyuluhan. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam hidup klien yang akan mempengaruhi psikososial klien DM.



**Skema 3.1**  
**Kerangka Teori Penelitian**

Masalah psikososial yang sering muncul pada klien DM yaitu depresi dan ansietas. Menurut Kaplan dan Sadock (2010) penderita DM dapat menyebabkan disfungsi otak organik yang menimbulkan hendaya memori, hendaya orientasi, agitasi, cemas, hiperaktif, pendiam, menarik diri dan berdiam diri, perubahan perilaku, cara berfikir, menimbulkan kebingungan dan responsivitas dan akhirnya kematian.

Depresi merupakan suatu keadaan emosional yang berada dibawah naungan gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan gejala klinis diantaranya perasaan sedih dan lelah yang berkepanjangan, tidak berharga dan dicampakkan oleh keluarga (Kaplan & Sadock, 2010). Gangguan ini dapat diakibatkan dari pengalaman hidup yang negatif yang tidak direspon individu dengan baik (Videbeck, 2008). Diagnosa keperawatan yang sering ditemui pada kondisi depresi adalah ansietas, HDR, ketidakberdayaan, dan keputusasaan (NANDA, 2009; Varcarolis & Halter, 2010).

Ansietas juga sering ditemui pada klien DM dan klien yang mengalami depresi. Ansietas adalah suatu perasaan khawatir yang tidak jelas dan menyebar yang menyebabkan perasaan tidak berdaya (Stuart, 2009). Ansietas merupakan gangguan emosional yang sering terjadi yang dapat timbul tanpa peristiwa pencetus atau peristiwa akut yang menimbulkan stress atau peristiwa kronis seperti masalah kesehatan, medikasi, nutrisi, pekerjaan, dan keluarga yang dapat menimbulkan stressor kronis (Videbeck, 2008). Masalah keperawatan ansietas, harga diri rendah, keputusasaan dan ketidakberdayaan juga sering dihubungkan dengan respon ansietas (NANDA, 2001; Stuart, 2009).

Klien DM yang mengalami depresi dan ansietas harus mendapatkan penanganan komprehensif karena bila hal ini dibiarkan dapat memperparah keadaan fisik klien. Kaplan dan Sadock (2010) menyatakan bahwa ketika klien DM mengalami stress dan depresi maka klien akan cenderung tidak

mematuhi diet dan pengobatan sehingga kadar glukosa susah dikontrol. Psikoterapi yang dapat diberikan pada klien DM untuk mengatasi kondisi depresi dan ansietas yaitu terapi kognitif dan logoterapi.

Berbagai penelitian telah banyak meneliti tentang pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kondisi depresi dan ansietas. Penelitian Kristyaningsih (2009), menemukan kondisi depresi menurun lebih bermakna pada kelompok pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan terapi kognitif dibanding kelompok pasien gagal ginjal kronik yang tidak mendapatkan terapi kognitif. Penelitian Nauli (2011) yang menemukan penurunan lebih bermakna kondisi depresi lansia pada kelompok yang diberi logoterapi dan psikoedukasi keluarga dibanding kelompok yang hanya mendapatkan psikoedukasi keluarga. Penelitian Sutejo (2009) tentang pengaruh logoterapi kelompok terhadap ansietas pada penduduk pasca gempa menemukan penurunan ansietas yang bermakna pada kelompok yang diberi logoterapi. Wahyuni (2007) yang menemukan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku yang bermakna pada lansia yang mendapat logoterapi.

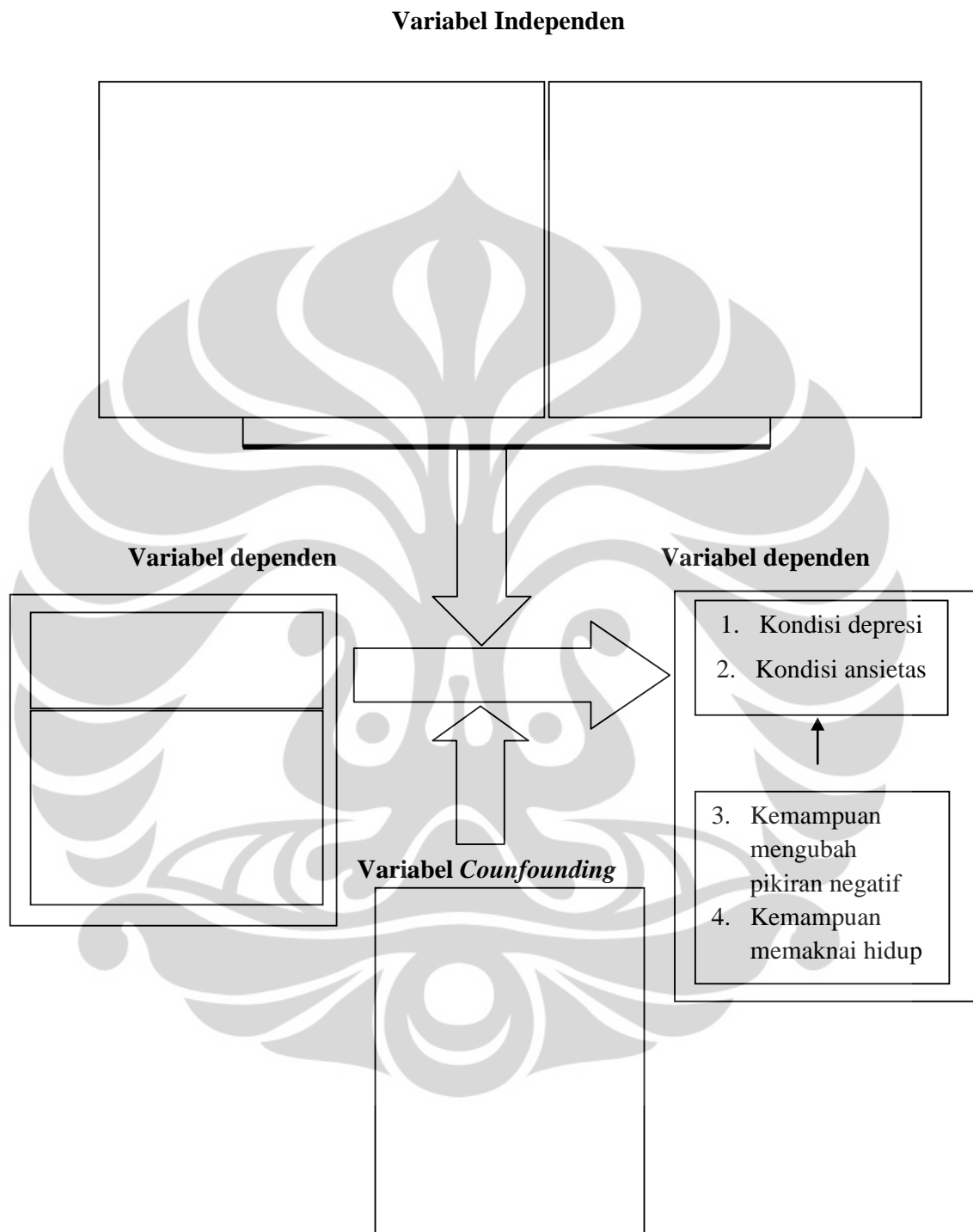
Terapi kognitif menurut Aaron Beck merupakan suatu psikoterapi yang menggunakan dasar rasional teoritis melalui kognisi dan cara beranggapan untuk menginterpretasikan pengalaman dunia yang dapat dilihat pada afek dan perilaku seseorang (Kaplan & Sadock, 2010). Rentang respon kognitif maladaptif mencakup ketidakmampuan seseorang dalam membuat keputusan, penilaian, disorientasi, salah persepsi, dan kesulitan dalam berfikir logis (Stuart, 2009). Terapi kognitif ini diberikan pada klien yang mengalami masalah depresi, panik, perilaku kekerasan, pengguna obat, HDR, resiko bunuh diri, ketidakberdayaan yang bertujuan untuk membantu klien dalam mengembangkan pola pemikiran yang rasional, mengenal realita, dan membentuk kembali perilaku yang normal dengan mengubah anggapan tidak logis, dan pernyataan negatif (Wright and Beck, 2000; Stuart & Laraia, 2005; Kristyaningsih, 2011).

Logoterapi merupakan suatu psikoterapi yang membantu individu dalam menemukan makna hidup dari suatu kejadian yang menyebabkan hilangnya gairah hidup (Frankl, 1984; Kircbbach, 2002; Nauli 2011). Logoterapi mengakui adanya dimensi kerohanian (*spirituality*) pada manusia disamping dimensi ragawi (*somatic*) dan kejiwaan (*psyche*), serta beranggapan bahwa setiap manusia memiliki motivasi dan keinginan untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) guna meraih hidup bermakna (*the meaningful life*) dengan cara mengembangkan makna hidup (*the meaning of life*) (Frankl ; Bastaman, 2007). Logoterapi diindikasikan untuk klien yang mengalami masalah psikososial (seperti ansietas, insomnia, rasa kehilangan karena penyakit dan kematian, disorientasi), masalah psikotik (seperti OCD, *multiple personality disorder*), dan pada lansia yang mengalami krisis makna hidup (Buku saku terapi spesialis keperawatan jiwa, 2011).

### 3.2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini merupakan bagian dari kerangka teori penelitian yang menjelaskan proses pelaksanaan penelitian. Pada kerangka penelitian akan diuraikan tentang variabel dependen, variabel indenpenden dan dan variabel *counfounding*. Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada skema 3.2

3.1.1. Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Dharma, 2011). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup klien DM yang di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Variabel dependen ini dalam bentuk skor sebelum mendapat terapi dan sesudah mendapat terapi, untuk mengetahui apakah terapi yang diberikan dapat menurunkan kondisi depresi dan ansietas serta meningkatkan kemampuan responden dalam mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup



Skema 3.2

**Kerangka Konsep Penelitian**

3.1.2. Variabel independen merupakan variabel yang menjadi penyebab munculnya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Dharma, 2011). Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi spesialis kognitif dan logoterapi yang digunakan sebagai intervensi kepada klien DM dengan depresi dan ansietas. Terapi kognitif dan logoterapi diberikan setelah responden dilakukan pengukuran pertama (*pre test*).

3.1.3. Variabel *confounding* yang merupakan karakteristik klien yang telah diteliti sebelumnya yang dapat mempengaruhi kondisi depresi dan ansietas pada seseorang. Variabel tersebut adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, status perkawinan, lama menderita DM (Sasmita, 2007; Murdiono, 2011) dan penghasilan. Peneliti mencoba mengendalikan faktor *confounding* dalam penelitian ini dengan cara menetapkan kriteria inklusi pemilihan sampel yang cukup ketat sehingga diharapkan dapat menghasilkan sampel yang homogen dan diketahui pengaruh intervensi yang diberikan pada klien DM.

### 3.3. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Rumusan hipotesis dalam penelitian sebagai berikut:

3.3.1 Ada perbedaan kondisi depresi dan ansietas pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi

3.3.2 Ada perbedaan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi individu, kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi

3.3.3 Ada hubungan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup dengan kondisi depresi dan ansietas

3.3.4 Ada faktor lain yang berkontribusi terhadap kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM

#### 3.4. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian batasan yang dimaksud atau tentang apa yang diukur dari variabel yang akan diukur dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Definisi operasional dalam penelitian ini memberikan uraian dari masing-masing variabel yang akan diukur berdasarkan parameter yang telah ditetapkan. Definisi operasional penelitian ini disajikan pada tabel 3.1

**Tabel 3.1. Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A. Karakteristik Klien					
1.	Umur	Umur klien DM sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Rasio
2.	Jenis Kelamin	Merupakan pembedaan dari gender klien DM	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	0. Laki-laki 1. Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang ditempuh berdasarkan ijazah terakhir klien DM	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir responden	0. Rendah (Tidak sekolah - SMP) 1. Tinggi (SMU - Perguruan Tinggi)	Ordinal
4.	Pekerjaan	Kegiatan klien DM yang dapat menghasilkan uang (pendapatan) bagi dirinya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	0. Bekerja (swasta, wiraswasta) 1. Tidak Bekerja	Ordinal



No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
5.	Penghasilan	Pendapatan tetap yang diperoleh selama satu bulan dalam nilai rupiah	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang penghasilan responden	0. Dibawah UMR (<Rp.1.150.000) 1. Diatas UMR (>Rp.1.150.000)	Ordinal
6.	Status perkawinan	Keadaan klien DM terkait dengan kehidupan pribadinya yaitu pernikahannya dalam keluarga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan responden	0. Kawin 1. Tidak kawin	Nominal
7.	Lama menderita DM	Lama klien DM mengalami sejak diagnosis pertama kali oleh tenaga medis sampai dilakukannya penelitian	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama klien menderita DM	Dinyatakan dalam bulan	Interval
<b>B. Variabel Dependen</b>					
1.	Kondisi depresi	Gangguan alam perasaan dan emosional klien DM yang menyebabkan klien merasa cemas, tidak berharga, tidak berdaya dan putus asa	Kuesioner B (HADS) yang terdiri dari 7 item dengan skala likert 0-3: 0 = tidak pernah 1 = jarang 2 = kadang-kadang 3 = sering	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 21. Mendapatkan nilai <i>mean</i> , median, modus dan nilai minimal-maksimal pada CI 95 %	Interval
2.	Kondisi ansietas	Perasaan khawatir yang dirasakan klien DM yang menyebabkan tidak berdaya dan perasaan tidak pasti	Kuesioner B (HADS) terdiri dari 7 item dengan skala likert 0-3: 0 = tidak pernah 1 = jarang 2 = kadang-kadang 3 = sering	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil akhir berkisar antara nilai 0 – 21. Mendapatkan nilai <i>mean</i> , median, modus dan nilai minimal-maksimal pada CI 95 %	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
3.	Kemampuan mengubah pikiran negatif	Suatu teknik yang dimiliki oleh klien untuk menghilangkan pikiran negatif	Mengisi kuesioner C yang terdiri dari 30 pernyataan dengan skala likert 0-4, yaitu: 0= tidak pernah 1= jarang 2= kadang-kadang 3= sering 4= selalu	Dinyatakan dalam bentuk rentang skor dengan rentang 0-120	Interval
4.	Kemampuan memaknai hidup	Suatu teknik untuk mencari tujuan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup	Mengisi kuesioner D yang terdiri dari 10 pernyataan dengan skala liekert 0-2, yaitu: 0= ya 1= kadang-kadang 2=tidak	Dinyatakan dalam bentuk rentang skor dengan rentang 0-20	Interval

#### C. Variabel Independen

1.	Terapi kognitif	Kegiatan terapi individu yang dilakukan pada klien DM untuk mengubah pikiran negatif klien terhadap penyakit yang dialami sehingga diharapkan dapat menurunkan kondisi depresi dan ansietas. Terapi ini terdiri dari empat sesi yaitu: 1.Sesi pertama: identifikasi pikiran negatif otomatis 2.Sesi dua: penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua 3.Sesi tiga: penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga 4.Sesi empat: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 5.Sesi lima: <i>Support system</i>	<i>Checklist</i> , buku kerja	0.Tidak dilakukan 1.Dilakukan Terapi kognitif Terapi kognitif	Nominal
----	-----------------	--	----------------------------------	--	---------

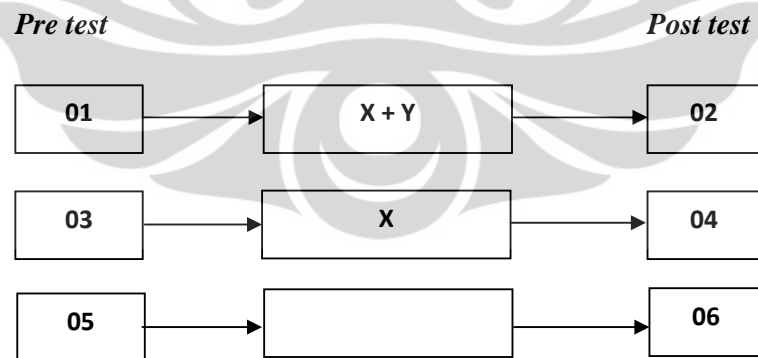
No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Logoterapi individu	<p>Kegiatan terapi individu yang dilakukan pada klien DM untuk mengembalikan makna hidup yang hilang</p> <p>Yang diakibatkan oleh kondisi depresi dan ansietas sehingga diharapkan hidup klien dapat bergairah kembali.</p> <p>Terapi ini terdiri dari empat sesi yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sesi pertama: mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami klien</li> <li>2. Sesi kedua: mengidentifikasi reaksi dan respon terhadap masalah</li> <li>3. Sesi ketiga: teknik <i>medical ministry</i></li> <li>4. Sesi keempat : evaluasi</li> </ol>	<i>Checklist</i> , buku kerja	0. Tidak dilakukan Logoterapi 1. Dilakukan Logoterapi	Nominal

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan riset kuantitatif dengan desain "quasi experimental" dengan rancangan penelitian "nonequivalent control group design". Penelitian *quasi eksperimen* berfungsi untuk mengungkapkan pengaruh dari intervensi/perlakuan pada responden dan mengukur hasil (efek) intervensi (Sastroasmoro & Ismail 2008). Rancangan *nonequivalent control group design* merupakan teknik mengelompokkan kelompok kontrol dan eksperimen yang dilakukan secara non random (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif dan logoterapi individu terhadap penurunan kondisi depresi, ansietas dan peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM yang sedang dirawat di RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Penelitian ini juga membandingkan perbedaan perubahan penurunan kondisi depresi, ansietas, dan peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif serta peningkatan kemampuan memaknai hidup antara kelompok intervensi yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok intervensi yang hanya mendapat terapi kognitif, dan kelompok kontrol. Secara skematis desain penelitian ini tergambar dalam skema 4.1



Skema 4.1. Desain Penelitian *Nonequivalent Control Group Design*

**Keterangan :**

- 01 : Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok intervensi sebelum dilakukan tindakan terapi kognitif dan logoterapi individu
- 02 : Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok intervensi sesudah dilakukan tindakan terapi kognitif dan logoterapi individu
- 03 : Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok intervensi sebelum dilakukan tindakan terapi kognitif
- 04 : Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok intervensi sesudah dilakukan tindakan terapi kognitif
- 05 : Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok kontrol sebelum intervensi dilakukan pada kelompok intervensi
- 06 : Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok kontrol setelah intervensi dilakukan pada kelompok intervensi
- 01-02 : Perbedaan kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan terapi kognitif dan logoterapi individu
- 03-04 : Perbedaan kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan terapi kognitif
- 05-06 : Perbedaan kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi dilakukan pada kelompok intervensi
- 01-03-05 : Perbandingan kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai klien DM sebelum

- dilakukan perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- 02-04-06 : Perbandingan kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup klien DM sesudah dilakukan perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- X : Perlakuan terapi kognitif pada klien DM
- Y : Perlakuan logoterapi individu pada klien DM

#### 4.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan Februari sampai Juli 2012, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, pelaksanaan kegiatan terapi, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Waktu yang diperlukan untuk melakukan perlakuan dan pengambilan data selama enam minggu mulai dari tanggal 8 Mei sampai 16 Juni.

Lokasi penelitian adalah di Bagian Penyakit Dalam RSUP Dr. M Djamil Padang. Alasan pemilihan rumah sakit tersebut adalah karena rumah sakit tersebut memiliki rata-rata jumlah klien DM yang dirawat paling banyak dari rumah sakit yang ada di Sumatera Barat dan terletak di Ibu kota Provinsi Sumatera Barat serta merupakan salah satu rumah sakit pemerintah yang menjadi rujukan klien DM. Faktor lain adalah belum adanya pemberian asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial bagi klien DM di RSUP Dr. M. Djamil Padang dan sikap terbuka dari lahan penelitian untuk menerima perubahan guna perbaikan kualitas pelayanan keperawatan di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

RSUP Dr. M. Djamil Padang memiliki 4 bangsal yang bisa digunakan untuk merawat klien DM yaitu bangsal HCU, Flamboyan, IW (Interne Wanita) dan IP (Interne Pria). Bangsal IW dan IP dijadikan sebagai tempat peneliti mengambil sampel penelitian untuk ketiga kelompok penelitian (kelompok intervensi 1, kelompok intervensi 2, dan kelompok kontrol). Peneliti tidak memakai bangsal HCU dan Flamboyan karena HCU merupakan bangsal VIP dan Flamboyan merupakan kelas I. Pemilihan tersebut dikarenakan untuk menghindari bias

penelitian yang dapat disebabkan karena adanya perbedaan pelayanan pada ruangan tersebut.

### **4.3. Populasi Dan Sampel**

#### **4.3.1. Populasi**

Populasi adalah wilayah secara keseluruhan yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian dapat ditarik suatu kesimpulan dari objek/subjek tersebut (Sugiyono, 2011). Populasi dapat berupa manusia, hewan coba, data laboratorium dan lain-lain, sedangkan karakteristik populasi ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi target adalah suatu kelompok dimana suatu hasil penelitian akan diterapkan (Dharma, 2011). Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh klien DM tipe 2 yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang dimana rata-rata klien DM tipe 2 yang dirawat sebanyak 106 klien tiap bulannya dengan nilai AVLOS selama 10, 14 hari.

#### **4.3.2. Sampel**

Sampel adalah bagian (*subset*) dari populasi yang dipilih atau diseleksi dengan cara tertentu sehingga dapat dianggap mewakili populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Sampel pada penelitian ini adalah klien DM yang menjalani rawat inap dibagian Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan Kriteria inklusi sebagai berikut:

- 4.3.2.1. Klien yang sedang menjalani rawat inap di RSUP Dr. M. Djamil Padang dan didiagnosis menderita DM tipe 2.
- 4.3.2.2. Usia dalam rentang 20 – 65 tahun.
- 4.3.2.3. Mengalami depresi dan atau ansietas (menggunakan kuesioner HADS dengan masing-masing skor 11 keatas)
- 4.3.2.4. Bisa membaca dan menulis.
- 4.3.2.5. Klien komunikatif, kooperatif, tidak mengalami penurunan kesadaran saat berlangsungnya penelitian.
- 4.3.2.6. Bersedia menjadi responden.

Alasan pemilihan kriteria inklusi tersebut adalah agar peneliti mendapatkan sampel yang memiliki kondisi depresi dan ansietas akibat dari kondisi sakitnya dan bukan dari karakteristik responden. Klien dengan DM tipe 2 lebih banyak jumlahnya daripada DM tipe 1 dan DM tipe I memiliki resiko depresi lebih tinggi karena kondisi keterbatasan insulin dalam tubuhnya (Price & Wilson, 2010). Usia 20 sampai 65 tahun merupakan usia dewasa, dimana menurut Stuart (2009) individu pada usia tersebut memiliki kemantapan diri yang relatif stabil dibandingkan dengan usia remaja dan lansia. Kriteria bisa membaca, menulis, komunikatif, kooperatif, tidak mengalami penurunan kesadaran saat berlangsungnya penelitian merupakan syarat dari individu menjadi responden terapi spesialis kognitif dan logoterapi individu.

#### 4.3.2.7. Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji beda 2 mean kelompok berpasangan, dengan rumus (Dharma, 2011):

$$n = \left[ \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})\sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

#### Keterangan:

- N** : Besar sampel
- Z<sub>1- $\alpha$ /2</sub>** : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan oleh peneliti pada CI 95 % ( $\alpha = 0,05$ ), maka standar normal deviasi  $\alpha = 1,96$
- Z<sub>1- $\beta$</sub>**  : *Power of the test* sebesar = 90% ( $\beta = 1-0,9 = 0,1$ ), maka standar normal deviasi  $\beta = 1,282$
- $\sigma$**  : Estimasi standar deviasi dari beda mean kedua kelompok (menggunakan penelitian Kristyaningsih, 2009)= 5
- $\mu_1 - \mu_2$**  : Selisih rerata yang dianggap bermakna secara klinik



oleh peneliti (*clinical judgement*) (menggunakan penelitian Kristyaningsih, 2009) = 3

Dengan menggunakan rumus diatas maka didapatkan hasil perhitungan jumlah sampel:

$$n = \left[ \frac{(1,96+1,282)5}{3} \right]^2$$

$n = 29,2$  dibulatkan menjadi 29

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 29 responden untuk setiap kelompok.

Untuk mengantisipasi adanya kemungkinan sampel yang *drop out* dalam proses penelitian quasi eksperimen ini, maka jumlah sampel dapat dikoreksi atau ditambahkan berdasarkan perkiraan sampel yang *drop out* dari penelitian agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus yang digunakan untuk mengantisipasi berkurangnya responden penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2008) ini adalah:

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

**Keterangan:**

$n'$  : Ukuran sampel setelah revisi

$N$  : Ukuran sampel asli

$1-f$  : Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 10 %  
( $f = 0,1$ )

maka:

$$n' = \frac{29}{1-0,1}$$

$n = 32,2$  dibulatkan menjadi 32

Berdasarkan rumus tersebut, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 32 responden untuk setiap

kelompok (32 responden untuk kelompok intervensi terapi kognitif dan logoterapi, 32 responden untuk kelompok intervensi terapi kognitif, dan 32 responden untuk kelompok kontrol), sehingga jumlah total sampel menurut perhitungan adalah 96 responden. Jumlah sampel pada penelitian ini sudah memenuhi syarat sampel dalam penelitian, dimana menurut Roscoe (1982; Sugiyono, 2007) bahwa untuk penelitian quasi eksperimen yang menggunakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol jumlah sampel minimal masing-masing kelompok antara 10 sampai 20 responden.

Selama penelitian berlangsung, peneliti mendapatkan jumlah responden sebanyak 29 orang untuk kelompok intervensi terapi kognitif dan logoterapi, 31 orang untuk kelompok intervensi terapi kognitif, dan 30 orang untuk kelompok kontrol. Hal ini disebabkan karena jumlah responden *drop out* dikelompok intervensi 1 sebanyak 3 orang, pada kelompok intervensi 2 sebanyak 1 orang, dan pada kelompok kontrol sebanyak 2 orang. Responden *drop out* tersebut dikarenakan sudah diperbolehkan pulang oleh dokter pada saat proses intervensi berlangsung. Jumlah ini sudah sesuai dengan jumlah minimal sampel berdasarkan penghitungan besar sampel menggunakan rumus beda *mean* 2 kelompok berpasangan yaitu sebesar 29 orang tiap kelompok.

#### 4.3.2.8. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah suatu cara yang ditetapkan peneliti untuk menentukan atau memilih sejumlah sampel dari populasinya (Dharma, 2011). Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan metode *consecutive sampling* dimana setiap sampel yang ditemui dan memenuhi kriteria inklusi penelitian akan diambil sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (Dharma, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah klien DM tipe 2 yang tercatat oleh rekam medis sebagai klien

yang dirawat diruang rawat inap interne wanita dan interne pria RSUP Dr. M. Djamil Padang yang memenuhi persyaratan kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel secara skematis tergambar dalam tabel 4.1.

**Tabel 4.1 Teknik Pengambilan Sampel**

Bangsal	Ruangan	$\Sigma$ Klien DM	$\Sigma$ Sampel di Intervensi	$\Sigma$ DO
Interne Pria	09	2	1	4
	10	4	2	
	11	12	10	
	12	5	4	
	16	6	6	
	17	7	5	
	20	4	3	
	24	11	9	
	25	7	5	
	<b>Total</b>		<b>59</b>	
Interne wanita	01	5	4	2
	02	4	2	
	03	5	3	
	11	10	9	
	12	9	8	
	15	7	6	
	16	4	4	
	17	8	7	
	21	10	8	
	<b>Total</b>		<b>62</b>	
<b>Total</b>	<b>IP + IW</b>	<b>121</b>	<b>96</b>	<b>90</b>

Pengelompokan sampel dalam penelitian ini diambil berdasarkan waktu (*consecutive sampling time*) dimana pengambilan sampel

dilakukan dengan cara menetapkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi untuk dijadikan kedalam suatu kelompok hingga jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi dalam kelompok tersebut, kemudian dilanjutkan dengan pengambilan sampel untuk kelompok berikutnya. Pengelompokan sampel dalam penelitian ini dimulai dengan pengambilan sampel untuk kelompok intervensi 1 (kelompok yang diberi terapi kognitif dan logoterapi), setelah jumlah sampel untuk kelompok intervensi 1 terpenuhi maka dilanjutkan dengan pengambilan sampel untuk kelompok intervensi 2 (kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif) dan selanjutnya diteruskan untuk pengambilan sampel kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel ini dipilih karena penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap interne pria dan wanita RSUP Dr. M. Djamil Padang dimana peneliti tidak dapat mengetahui secara pasti berapa jumlah klien DM yang akan dirawat di rumah sakit tersebut. Selain itu, juga dikarenakan untuk menghindari bias penelitian yang diakibatkan oleh jenis kelamin dari responden, karena bangsal IW merupakan bangsal khusus untuk perempuan dan bangsal IP merupakan bangsal khusus pria.

#### **4.4. Penerapan Prinsip Etik Dalam Penelitian**

Persetujuan etik menunjukkan bahwa suatu penelitian telah melalui telaah komite etik dan dinyatakan bebas dari permasalahan etik yang dapat merugikan manusia sebagai subjek penelitian (Dharma, 2011). Penelitian ini memegang prinsip dasar etik penelitian dengan melalui semua tahapan konsep dasar etik penelitian. Proses yang dilalui peneliti untuk mendapatkan persetujuan etik adalah:

- 4.4.1. Mengajukan kajian etik untuk mendapatkan kelayakan penelitian pada komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk melindungi hak azasi responden (lampiran 8).
- 4.4.2. Mengikuti uji *expert validity* untuk menguji standarisasi Modul Terapi Kognitif dan Logoterapi Individu oleh tim keperawatan kesehatan jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang dilakukan oleh Prof.

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.,Sc sehingga memenuhi standar prosedur intervensi keperawatan spesialis (lampiran 9).

- 4.4.3. Melakukan uji kompetensi pada laboratorium keperawatan jiwa terkait dengan kemampuan peneliti sebagai terapis untuk terapi kognitif dan logoterapi individu. Uji kompetensi ini dilakukan oleh Ns. Ice Yulia Wardani S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J yang *expert* dalam bidang keperawatan spesialis jiwa. Hal ini bertujuan agar peneliti dapat memberikan jaminan kepada responden tentang intervensi yang diberikan telah sesuai standar (lampiran 10).
- 4.4.4. Mengajukan izin penelitian pada direktur rumah sakit RSUP Dr. M.Djamil Padang sebagai tempat peneliti melakukan penelitian (lampiran 11 dan 12).
- 4.4.5. Mengkoordinasikan pelaksanaan penelitian dengan bidang pendidikan dan pelatihan (Diklat), bidang perawatan, kepala instalasi rawat inap penyakit dalam dan kepala ruang rawat inap penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- 4.4.6. Melakukan kegiatan penelitian kepada responden dengan menggunakan prinsip dasar etika penelitian yaitu:
  - 4.4.6.1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*informed consent*). Cara peneliti menerapkan prinsip ini yaitu dengan memulai kegiatan memberikan penjelasan (*informed consent*) pada klien DM yang menjadi responden penelitian yang berupa penjelasan tentang penelitian. Penjelasan yang diberikan meliputi tujuan penelitian, manfaat penelitian, prosedur penelitian dan konsekuensi menjadi responden penelitian serta jaminan kerahasiaan penelitian (lampiran 2). Setelah responden memahami penjelasan yang diberikan oleh peneliti, responden diminta untuk membubuhkan tanda tangan atau cap jempol ibu jari tangan pada lembar persetujuan menjadi responden (lampiran 3).
  - 4.4.6.2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*confidentiality*). Prinsip ini dilakukan oleh peneliti bertujuan untuk menjunjung tinggi privasi klien, cara yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini dengan meniadakan identitas responden (hanya menulis kode

responden saja pada kuesioner) dan menjaga kerahasiaan seluruh data klien

**4.4.6.3.** Menghormati keadilan (*justice*) dan inklusivitas. Peneliti memberikan keadilan bagi semua responden untuk mendapatkan manfaat dari intervensi yang dilakukan, yaitu berupa booklet setelah *post test* dilakukan

**4.4.6.4.** Prinsip *beneficence*, Peneliti memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan dimana peneliti memberikan penjelasan tentang manfaat intervensi yang akan dilakukan kepada responden sebelum peneliti melakukan penelitian. Selanjutnya peneliti mulai melakukan kegiatan penelitian sesuai dengan kesepakatan bersama responden.

#### 4.5. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner (sebagai instrumen penelitian). Instrumen ini diklasifikasikan sebagai berikut:

**Instrumen A:** merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, penghasilan, dan lama menderita DM (Lampiran 4).

**Instrumen B:** merupakan instrumen untuk mengetahui tingkat depresi dan ansietas klien DM. Instrumen yang dipakai adalah HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Kuesioner ini terdiri dari 14 pertanyaan (lampiran 5), diukur dengan skala Likert (0-3). Untuk pengukuran depresi terdiri dari 7 item pertanyaan (item no 2, 4, 6, 8, 10, 12 dan 14), sedangkan untuk pengukuran ansietas juga terdiri dari 7 item pertanyaan (item no 1, 3, 5, 7, 9, 11 dan 13). Nilai pertanyaan yang *favourable* sebanyak 6 butir dan *unfavourable* 8 butir. Untuk nilai pertanyaan yang *unfavourable* : 3 = tidak pernah, 2 = jarang, 1 = kadang-kadang, dan 0 = sering. Untuk pernyataan yang *favourable* dengan nilai skala 3 = sering, 2 = Kadang-kadang, 1 = jarang, dan 0 = tidak pernah. Untuk mengetahui kondisi depresi dan

ansietas pada klien DM akan diperoleh dengan menjumlahkan seluruh jawaban responden dari item pertanyaan yang mengukur tentang depresi dan ansietas. Rentang skor yang dapat dihasilkan 0-21 (  $11 \geq$  = depresi atau ansietas, 8-10 = resiko,  $7 \leq$  = sehat /tidak mengalami depresi atau ansietas).

**Instrumen C:** merupakan instrumen untuk mengetahui kemampuan responden mengubah pikiran negatif dengan menggunakan alat ukur *Automatic Thought Questionnaire* (ATQ). Kuesioner ini terdiri dari 30 item pernyataan dengan skala likert 0-4 dengan total skor dari 0 – 120. Untuk nilai pernyataan yang *favourable* ; 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = jarang, 0= tidak pernah. Sedangkan, untuk nilai pernyataan yang *unfavourable* ; 0= selalu, 1 = jarang, 2= kadang-kadang, 3= sering, dan 4= selalu. Skor yang dihasilkan menggambarkan kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM, semakin tinggi skor yang dihasilkan menggambarkan semakin tinggi pula kemampuan klien mengubah pikiran negatif (lampiran 6).

**Instrumen D:** merupakan instrumen untuk mengukur makna hidup responden dengan menggunakan alat ukur *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ). Kuesioner terdiri dari 10 item pernyataan yang terdiri dari dua subskala yaitu kondisi makna hidup saat ini (*Presence of Meaning/POM*) dan pencarian makna hidup (*Search for Meaning/SFM*) (Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006). Instrumen ini memiliki skala likert yang dimulai dari nilai 0 – 2 dengan total nilai yang akan dihasilkan berkisar dari 0-20 (0= ya, 1= Kadang-kadang, 3= Tidak). Skor yang dihasilkan menggambarkan kemampuan klien dalam memaknai hidupnya, semakin tinggi skor yang dihasilkan klien berarti semakin tinggi kemampuan klien memaknai hidup (lampiran 7).

#### 4.6. Uji coba instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Instrumen penelitian merupakan alat yang dipakai untuk mengukur variabel dependen akibat pengaruh variabel dependen. Instrumen ini meliputi kuesioner A yang berisi data demografi

responden, kuesioner B, C dan D yang berisi pertanyaan-pertanyaan tentang kondisi saat ini, yang bertujuan untuk mengetahui kondisi depresi, ansietas dan kemampuan responden mengubah pikiran negatif. Uji coba instrumen akan dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas kuesioner. Uji coba ini dilakukan pada 30 orang responden di poliklinik penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Validitas berarti sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *pearson product moment* dengan hasil valid apabila nilai  $r$  hasil (kolom *corrected item – total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari  $r$  tabel (Dharma, 2011).

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila nilai *cronbach's coefficient-alpha* besar dari nilai koefisien alpha tabel (Dharma, 2011).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan seminggu sebelum penelitian dimulai yaitu pada tanggal 7 Mei 2012. Pengambilan responden dilakukan di poliklinik Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan Jumlah responden yang diambil sebanyak 30 orang. Masing-masing responden diberikan 3 macam kuesioner yaitu kuesioner HADS untuk mengukur kondisi depresi dan atau ansietas, ATQ untuk mengukur kemampuan mngubah pikiran, dan MLQ untuk mengukur kemampuan memanknai hidup Hasil analisis didapatkan nilai alpha cronbach's untuk kuesioner HADS sebesar 0,763, nilai alpha cronbach's kuesioner ATQ sebesar 0,797, dan nilai alpha cronbach 's kuesioner MLQ 0,782



## 4.7. Prosedur Pengumpulan Data

### 4.7.1. Tahap Persiapan

Kegiatan dimulai dengan melakukan uji kelayakan proposal untuk dilakukan penelitian, kemudian dilanjutkan dengan mengajukan uji etik ke Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, *expert validity* terapi spesialis yang akan diteliti dan uji kompetensi untuk melihat kelayakan peneliti dalam memberikan terapi kepada responden. Kemudian dilanjutkan dengan mengurus surat izin penelitian di bagian akademik FIK UI dan surat izin penelitian di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

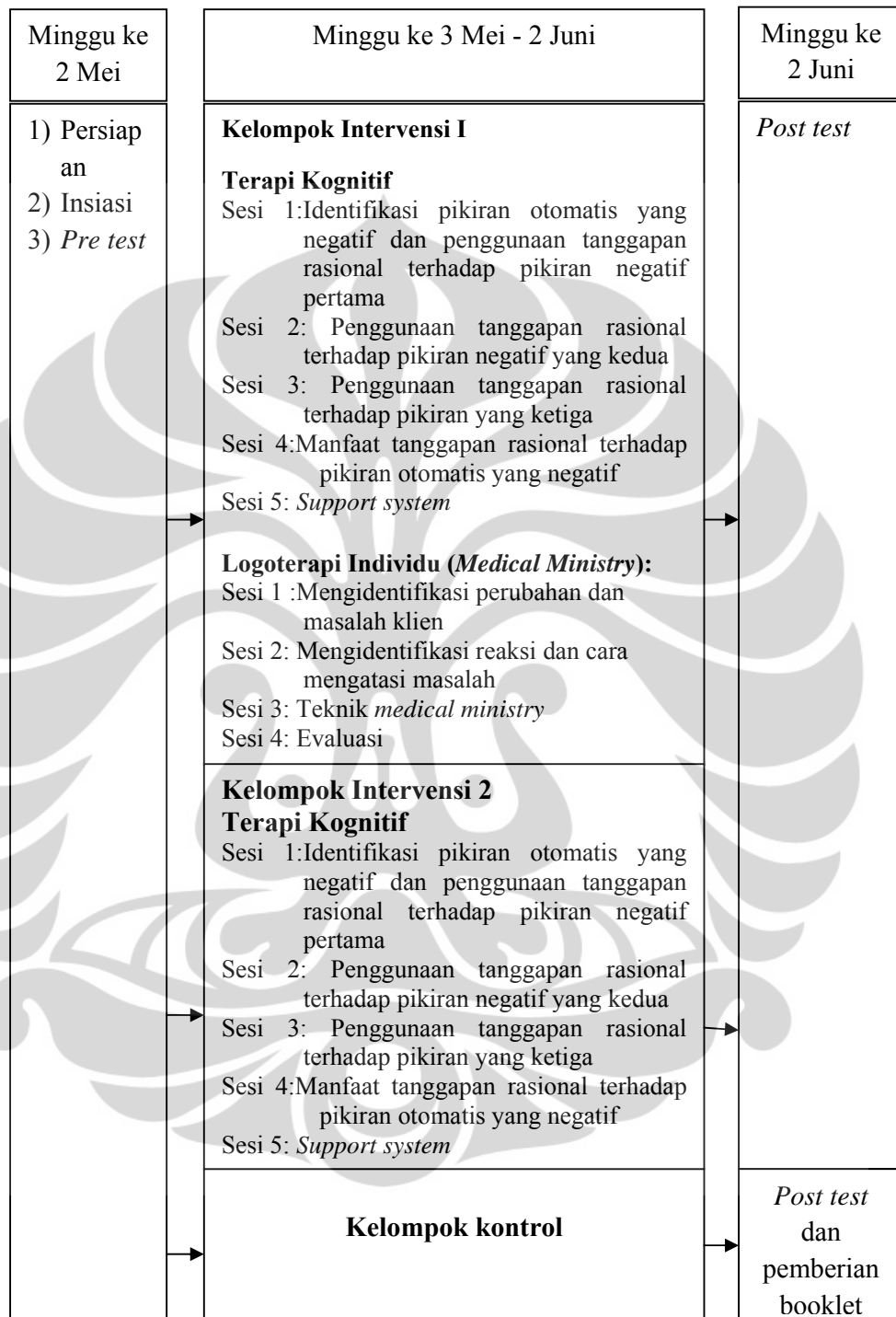
### 4.7.2. Tahap Pelaksanaan

Masing-masing kelompok dilakukan melalui tiga tahap yaitu tahap *pre test*, *intervensi* dan *post test*. Kerangka kerja penelitian dapat dilihat pada skema 4.2. Uraian masing-masing pelaksanaan sebagai berikut:

#### 4.7.2.1 Tahap *Pre Test*

Pada tahap ini peneliti mengawalinya dengan meminta persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam bentuk mengisi format lembar persetujuan menjadi responden dengan terlebih dahulu menjelaskan tujuan dan manfaat yang akan dirasakan dari terapi yang akan dilakukan dalam penelitian. Klien yang telah bersedia untuk menjadi responden kemudian diminta untuk mengisi lembar kuesioner B untuk mengetahui kondisi depresi dan ansietas yang dialami klien DM. Klien yang mengalami depresi dan ansietas atau salah satunya akan dijadikan responden dan selanjutnya akan diukur pikiran negatif dan makna hidup klien dengan menggunakan kuesioner C dan D.

Pada tahap *pre test* ini peneliti dibantu oleh asisten untuk memberikan seluruh lembar kuesioner kepada responden. Sebelumnya asisten telah diberi penjelasan tentang kuesioner yang akan diberikan kepada responden sehingga bila responden mengalami kesulitan dalam memahami pertanyaan-pertanyaan dalam



**Skema 4.2**  
**Kerangka Kerja Penelitian**

kuesioner, maka asisten dapat membantu responden memahami pernyataan dalam kuesioner. Penjelasan yang diberikan yaitu tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan dan persiapan kepada asisten dalam melakukan *screening* awal, *pretest* dan *posttest* serta pemberian booklet yang berisi manajemen stress yang diberikan setelah *posttest* dilakukan pada kelompok intervensi 1, kelompok intervensi 2, dan kelompok kontrol.

Pada tahap ini peneliti dan asisten juga berkesempatan membina hubungan saling percaya dengan responden. Pengambilan sampel terhadap klien DM tipe 2 yang dirawat dibangsal IW dan IP yang memenuhi kriteria inklusi dimulai dengan kelompok intervensi 1 yaitu kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi, pengambilan responden untuk kelompok intervensi ini akan berhenti sampai jumlah sampel untuk kelompok ini terpenuhi. Setelah pengambilan kelompok intervensi 1 selesai selanjutnya melakukan pengambilan sampel lagi untuk kelompok intervensi yang kedua yaitu kelompok yang hanya diberikan terapi kognitif sampai jumlah responden pada kelompok ini terpenuhi, dan berikutnya akan dilanjutkan dengan pengambilan sampel pada kelompok kontrol.

#### **4.7.2.2 Tahap Intervensi**

##### **1) Kelompok intervensi terapi kognitif dan logoterapi individu**

Pada tahap ini, peneliti melakukan terapi kognitif dan logoterapi individu kepada responden kelompok intervensi 1 sesuai dengan kesepakatan dengan responden. Kegiatan terapi dilakukan setiap hari dengan jadwal sesuai dengan kesepakatan bersama. Kegiatan terapi yang dilakukan terlebih dahulu adalah terapi kognitif kemudian dilanjutkan dengan logoterapi individu. Terapi kognitif terdiri dari lima sesi dimana masing-masing sesi dilakukan satu kali pertemuan, sedangkan logoterapi terdiri dari empat sesi yang dilakukan dalam lima kali pertemuan (masing-

masing sesi dilakukan satu kali pertemuan kecuali sesi tiga). Lama kegiatan dilakukan 30 menit. Uraian kegiatan masing-masing sesi sebagai berikut:

### **Uraian kegiatan terapi kognitif**

**Sesi pertama**, mengidentifikasi pikiran otomatis yang negatif dan menggunakan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif pertama yang meliputi kegiatan membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi pikiran otomatis, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional, berdiskusi kemampuan pasien dalam menghadapi masalah (*problem solving*) dan membuat catatan harian.

Pada sesi pertama ditemui rata-rata klien DM memiliki pikiran-pikiran seperti merepotkan keluarga, mengganggu kenyamanan orang lain, penyebab masalah dalam keluarga, menjadi beban keluarga, bentuk tubuh tidak bagus lagi, tidak ada harapan lagi dan tidak disayang oleh pasangan lagi.

**Sesi kedua**, penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua yang meliputi kegiatan mengevaluasi sesi 1, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1.

Dalam sesi ini rata-rata klien sudah bisa mengenal pikiran negatifnya dan mencoba merubahnya menjadi pikiran positif. Rata-rata tanggapan rasional yang digunakan adalah keluarga masih berkunjung kerumah sakit dan selalu bergantian merawat klien dirumah sakit, orang-orang sekitar masih ramah dan mau

berinteraksi dengan klien, klien menggunakan askes dan keluarga tidak keberatan dengan pembiayaan perawatan klien dirumah sakit.

**Sesi ketiga**, penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua yang meliputi kegiatan mengevaluasi sesi 1, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 dan dua.

Dalam sesi ini rata-rata klien sudah bisa melakukan sendiri cara menggunakan tanggapan rasional. Klien sudah mengenal pikiran-pikiran negatifnya.

**Sesi keempat**, memanfaatkan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif) yang meliputi kegiatan mengevaluasi sesi 2 (evaluasi catatan harian, evaluasi pikiran otomatis kedua, dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis kedua yang dilakukan pasien secara mandiri), mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi).

Rata-rata klien merasa terbantu dan senang setelah melakukan terapi, menjadi terbuka dan punya motivasi yang tinggi untuk melakukan pengobatan dan mematuhi aturan diet yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan dirumah sakit.

**Sesi kelima**, memanfaatkan *support system* dengan melibatkan keluarga untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

Pada tahapan ini keluarga memahami kondisi klien dan berusaha memotivasi klien untuk merubah pikiran negatifnya dan memberikan *reinforcement* positif setiap kali klien merubah pikiran negatifnya.

**Uraian kegiatan logoterapi;**

**Sesi pertama**, Mengidentifikasi kejadian dan masalah klien yang meliputi memperkenalkan diri, mengidentifikasi kejadian yang menimbulkan masalah, mengidentifikasi masalah, dan mengungkapkan pendapat terhadap masalah.

Rata-rata ditemukan perubahan yang dialami klien seperti merasa lapar, merasa haus dan sering buang air kecil, gatal-gatal disekitar daerah kemaluan, bisul, kesemutan pada tungkai, luka yang tidak sembuh, mata kabur, ginjal, tukak pada kaki, dan penyakit jantung. Masalah yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi seperti mudah marah dan tersinggung, merasa takut, mudah lupa dan sulit berkonsentrasi, merasa cemas dan khawatir, merasa sedih, tidak bersemangat, kehilangan minat melakukan pekerjaan, merasa putus asa dan mudah pasrah. Akibat yang ditimbulkan dari masalah ini klien menjadi pendiam, menarik diri, malu, sedih, merasa tidak berguna dan tidak berharga serta perasaan hampa.

**Sesi kedua**, mengidentifikasi reaksi dan cara mengatasi masalah yang meliputi kegiatan mengungkapkan masalah yang paling mengganggu, mengungkapkan respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi yang dirasakan dari masalah yang paling

mengganggu, mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan dan mengungkapkan hasil yang didapat dari cara mengatasi masalah yang telah dilakukan.

Rata-rata reaksi perilaku yang ditemukan berupa menghindari atau ingin menyendiri, lari dari masalah. Reaksi fisiologis berupa rasa panas, nafsu makan menurun, mual dan nyeri ulu hati, tungkai lemah, jantung berdebar-debar. Reaksi kognitif yang ditemui berupa kreatifitas menurun, penurunan produktifitas, memikirkan hal-hal yang buruk, pikiran takut mati dan mudah bingung. Reaksi afektif yang ditemui berupa mudah terganggu, merasa takut, rasa bersalah, merasa cemas, merasa khawatir, rendah diri, kesepian, merasa sedih, merasa tidak berharga, tidak berdaya dan perasaan menolak. Pada tahap ini terapis menyepakati cara yang dilakukan klien untuk mengatasi masalah yang dialaminya, rata memilih cara dengan berzikir, dan melakukan teknik relaksasi (nafas dalam).

**Sesi ketiga,** teknik *medical ministry* yang meliputi mengingatkan kembali penderitaan yang pernah dialami pada waktu yang lalu, bagaimana perasaan waktu lalu, bagaimana cara mengatasinya, bagaimana perasaan sekarang atas pengalaman yang lalu, pelajaran apa yang diperoleh dan hikmah apa yang didapat dari penderitaan saat ini, menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu selanjutnya membandingkan dengan keadaan sekarang. Pada sesi ini klien diberikan kebebasan untuk memilih cara yang ingin digunakan dalam mengatasi masalahnya. Rata-rata klien menggunakan kedua cara untuk mengatasi masalahnya.

**Sesi keempat**, evaluasi yang meliputi mendiskusikan bersama pasien yang sudah dan belum teratasi dan mendiskusikan rencana tindak lanjut dari masalah yang belum diatasi. Rata-rata klien menunjukkan peningkatan motivasi, dan menjadi lebih mandiri dalam melakukan ADL dirumah sakit.

Setiap akhir terapi responden diminta untuk mengisi lembar evaluasi pada buku kerja yang sudah diberikan sebelum terapi dilakukan dan responden juga diminta untuk mengisi catatan harian pada buku kerja terkait terapi yang telah dilakukan sepeninggal peneliti.

### **2) Kelompok intervensi terapi kognitif**

Pada kelompok ini prosedur yang dilakukan sama dengan kelompok intervensi satu tetapi pada kelompok ini hanya mendapatkan intervensi terapi kognitif.

### **3) Kelompok kontrol**

Pada kelompok ini tidak diberikan terapi baik terapi kognitif maupun logoterapi individu.

#### **4.7.2.3 Tahap *Post Test***

Setelah intervensi terapi spesialis kognitif dan logoterapi individu diberikan pada responden, kegiatan selanjutnya adalah melakukan *post test* dengan memberikan kembali kuesioner B, C, dan D, yaitu kuesioner yang sama diberikan pada saat *pre test* yang akan diberikan setelah kelompok intervensi 1 mendapatkan CT dan logoterapi, kelompok intervensi 2 mendapatkan CT, dan 5 hari setelah *pre test* dilakukan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi. Kegiatan *post test* dilakukan pada hari keenam. Kegiatan *post test* ini bertujuan untuk mengevaluasi adanya perubahan kondisi depresi, ansietas, pikiran negatif dan makna hidup setelah



diberikan terapi spesialis. Setelah *post test* dilakukan kelompok kontrol (kelompok yang tidak mendapatkan terapi) diberi booklet yang berisi manajemen stress untuk mengatasi depresi dan ansietas.

## 4.8. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

### 4.8.1. Pengolahan

Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka dilakukan pengolahan data dengan empat tahapan sebagai berikut (Hastono, 2007) :

#### 4.8.1.1. *Editing*

Kegiatan ini dilakukan untuk menilai kelengkapan data yang diperoleh dari responden. Setelah responden mengisi kuesioner dilakukan pengecekan pada ketiga kuesioner apakah jawaban yang diisi oleh responden sudah terisi semua, jelas, relevan dan konsisten.

Pada tahapan ini peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan jawaban yang diisi responden, dan memeriksa konsistensi jawaban yang diisi responden.

#### 4.8.1.2. *Coding*

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan ini dilakukan setelah pengeditan data selesai kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Seluruh variabel yang ada diberi kode sesuai dengan jenis data yang diharapkan peneliti.

Pengkodingan dilakukan untuk data berjenis kategorik yaitu yang terdiri dari variabel jenis kelamin diberi kode 0 (laki-laki), dan 1 (perempuan). Pekerjaan (0 = bekerja, 1 = tidak bekerja), penghasilan (0= dibawah UMR, 1 = Diatas UMR), Status perkawinan (0= kawin, 1= tidak kawin), pendidikan (0= rendah, 1= tinggi).

#### 4.8.1.3. *Entry*

Peneliti memproses data agar data dapat dianalisis. Kegiatan ini dilakukan dengan memasukkan data yang sudah dalam bentuk kode ke program komputer. Kemudian data yang sudah ada diproses dengan paket program komputer dalam hal ini peneliti akan menggunakan perangkat lunak komputer.

#### 4.8.1.4. *Cleaning data*

Peneliti melakukan kegiatan pengecekan kembali seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, dapat juga terjadi pada saat kita memasukkan data kekomputer. Jika ada pengelompokan data yang salah harus diperbaiki hingga tidak ditemukan lagi data yang tidak sesuai, sehingga data benar-benar siap dianalisis.

### 4.8.2. Analisis Data

#### 4.8.2.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diukur dalam penelitian. Analisis univariat bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi untuk data numerik dan proporsi untuk data kategorik. Analisis data numerik untuk mengetahui nilai *mean*, median, modus, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *confident interval* (CI 95%) (Hastono, 2007).

Analisis data numerik mengenai karakteristik responden pada penelitian ini yaitu usia responden dan lama menderita DM dilakukan sentral tendensi untuk mendapatkan nilai *mean*, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *confident interval* (CI 95%). Analisis untuk data katagorik yaitu jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan status perkawinan dianalisis dengan menggunakan

proporsi. Analisis univariat juga dilakukan untuk mengetahui kondisi depresi, ansietas, pikiran negatif dan makna hidup untuk mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dengan *confident interval* (CI 95%).

#### 4.8.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian hubungan antara dua variabel dan bisa juga untuk mengetahui perbedaan antara dua variabel (Hastono, 2007). Analisis ini dilakukan untuk melihat perbedaan, perbandingan, dan hubungan antara dua variabel dimana sebelumnya peneliti melakukan uji kesetaraan untuk melihat homogenitas ketiga kelompok.

Untuk mengukur kesetaraan karakteristik responden meliputi usia dan lama menderita DM antara kelompok intervensi 1, kelompok intervensi 2 dan kelompok kontrol menggunakan *uji Anova*, sedangkan kesetaraan karakteristik responden meliputi jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan pada kelompok intervensi 1, kelompok intervensi 2 dan kelompok kontrol diukur dengan menggunakan uji *Chi-Square*.

Analisis kesetaraan tingkat depresi, ansietas, pikiran negatif dan makna hidup antara ketiga kelompok sebelum dan sesudah intervensi menggunakan uji *Anova*. Untuk menganalisa perbedaan kondisi depresi, ansietas, pikiran negatif dan makna hidup sebelum dan sesudah intervensi antara ketiga kelompok menggunakan uji *Anova*. Untuk menganalisa perbandingan kondisi depresi, ansietas, pikiran negatif, dan makna hidup sesudah intervensi menggunakan uji *Bonferroni*. Untuk menganalisa hubungan depresi dan ansietas dengan pikiran negatif dan makna hidup menggunakan analisis *Korelasi*. Analisis bivariat yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Analisis Kesetaraan dan Analisis Bivariat Variabel Penelitian

<b>A. Analisis kesetaraan</b>				
No	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi 1	Kelompok Intervensi 2	Cara Analisis
1.	Usia klien (skala numerik)	Usia Klien (skala numerik)	Usia klien (skala numerik)	ANOVA
2.	Jenis kelamin (skala kategorik)	Jenis kelamin (skala kategorik)	Jenis kelamin (skala kategorik)	Chi-Square
3.	Pendidikan (skala kategorik)	Pendidikan (skala kategorik)	Pendidikan (skala kategorik)	Chi-Square
4.	Pekerjaan (skala kategorik)	Pekerjaan (skala kategorik)	Pekerjaan (skala kategorik)	Chi-Square
5.	Penghasilan (skala kategorik)	Penghasilan (skala kategorik)	Penghasilan (skala kategorik)	Chi-Square
6.	Status perkawinan (skala kategorik)	Status perkawinan (skala kategorik)	Status perkawinan (skala kategorik)	Chi-Square
7.	Lama menderita DM (skala numerik)	Lama menderita DM (skala numerik)	Lama menderita DM (skala numerik)	ANOVA
8.	Kondisi depresi sebelum intervensi (skala numerik)	Kondisi depresi sebelum intervensi (skala numerik)	Kondisi depresi sebelum intervensi (skala numerik)	ANOVA
9.	Kondisi ansietas sebelum intervensi (skala numerik)	Kondisi ansietas sebelum intervensi (skala numerik)	Kondisi ansietas sebelum intervensi (skala numerik)	ANOVA
10.	Pikiran negatif sebelum intervensi (skala numerik)	Pikiran negatif sebelum intervensi (skala numerik)	Pikiran negatif sebelum intervensi (skala numerik)	ANOVA
11.	Makna hidup sebelum intervensi (skala numerik)	Makna hidup sebelum intervensi (skala numerik)	Makna hidup sebelum intervensi (skala numerik)	ANOVA
<b>B. Analisis bivariat untuk melihat perbedaan</b>				
No	Pre test	Post test	Cara Analisis	
1.	Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok intervensi 1 (skala numerik)	Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok intervensi 1 (skala numerik)	Paired-sample t-test	
2.	Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok intervensi 2 (skala numerik)	Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok intervensi 2 (skala numerik)	Paired-sample t-test	
3.	Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok kontrol (skala numerik)	Kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok kontrol (skala numerik)	Paired-sample t-test	

<b>C. Analisa perbandingan variabel dependent setelah intervensi</b>				
No	Kelompok intervensi 1	Kelompok intervensi 2	Kelompok kontrol	Cara analisa
1.	Kondisi depresi klien DM sesudah diberikan terapi kognitif dan logoterapi	Kondisi depresi klien DM sesudah diberikan terapi kognitif	Kondisi depresi klien DM sesudah intervensi	<i>Bonferroni</i>
2.	Kondisi ansietas klien DM sesudah diberikan terapi kognitif dan logoterapi	Kondisi ansietas klien DM sesudah diberikan terapi kognitif	Kondisi ansietas klien DM sesudah intervensi	<i>Bonferroni</i>
3.	Kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM sesudah diberikan terapi kognitif dan logoterapi	Kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM sesudah diberikan terapi kognitif	Kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM sesudah intervensi	<i>Bonferroni</i>
<b>D. Analisa bivariat untuk melihat hubungan variabel dependen</b>				
No	Variabel	Variabel		Cara analisa
1.	Kondisi depresi	Kemampuan mengubah pikiran negatif		<i>Korelasi</i>
2.	Kondisi depresi	Kemampuan memaknai hidup		<i>Korelasi</i>
3.	Kondisi ansietas	Kemampuan mengubah pikiran negatif		<i>Korelasi</i>
4.	Kondisi ansietas	Kemampuan memaknai hidup		<i>Korelasi</i>

#### 4.8.2.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2007). Pada penelitian ini analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara karakteristik responden DM yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, lama menderita DM, terapi kognitif dan logoterapi responden. Hipotesa ini dianalisis dengan menggunakan uji *regresi linear berganda*. Analisis multivariat yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Analisis multivariat variabel penelitian

<b>Analisis Multivariat variabel</b>			
<b>No</b>	<b>Karakteristik responden</b>	<b>Variabel dependen</b>	<b>Cara Analisis</b>
1	1.1 Usia 2.2 Jenis kelamin 2.3 Pekerjaan 2.4 Penghasilan 2.5 Pendidikan 2.6 Status perkawinan 2.7. Lama menderita DM	Kondisi depresi dan ansietas	<i>Regresi linear berganda</i>
2	1.1 Usia 2.2 Jenis kelamin 2.3 Pekerjaan 2.4 Penghasilan 2.5 Pendidikan 2.6 Status perkawinan 2.7. Lama menderita DM	Kemampuan mengubah pikiran negatif	<i>Regresi linear berganda</i>
3	1.1 Usia 2.2 Jenis kelamin 2.3 Pekerjaan 2.4 Penghasilan 2.5 Pendidikan 2.6 Status perkawinan 2.7. Lama menderita DM	Kemampuan memaknai hidup	<i>Regresi linear berganda</i>

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi kognitif dan logoterapi individu terhadap perubahan kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM yang dirawat di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah dilakukan selama enam minggu yaitu dimulai dari tanggal 8 Mei sampai 16 Juni 2012. Jumlah total responden sebanyak 90 orang klien DM yang terdiri dari 29 orang kelompok intervensi yang diberikan terapi kognitif dan logoterapi, 31 orang kelompok intervensi yang hanya diberikan terapi kognitif, dan 30 orang kelompok kontrol. Uraian hasil penelitian ini terdiri dari: karakteristik klien DM, pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kondisi depresi, pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kondisi ansietas, pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kemampuan mengubah pikiran negatif, pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kemampuan memaknai hidup, hubungan kemampuan mengubah pikiran negatif dengan depresi dan ansietas, hubungan kemampuan memaknai hidup dengan depresi dan ansietas, faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kondisi depresi, faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kondisi ansietas, faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengubah pikiran negatif, dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan memaknai hidup.

#### **5.1. Karakteristik Klien Diabetes Melitus**

Karakteristik klien DM pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, dan lama menderita DM. Pada bagian ini akan dijelaskan analisa karakteristik klien DM yang dibagi menurut jenis datanya, yaitu data numerik dan data katagorik. Data numerik terdiri dari umur dan lama menderita DM, sedangkan data katagorik terdiri dari jenis kelamin, pekerjaan, penghasilan, pendidikan, dan status perkawinan. Peringkasan data numerik ditampilkan dalam bentuk *central tendency* (mean, median, standar deviasi, dan nilai minimal-maksimal), sedangkan untuk data katagorik menggunakan tampilan distribusi atau proporsi.

### 5.1.1 Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, dan Status Perkawinan Klien Diabetes Melitus

Karakteristik klien DM yang berupa jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan status perkawinan klien DM dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan analisis kesetaraan antara ketiga kelompok menggunakan uji *chi square* (tabel 5.1)

Tabel 5.1.  
Distribusi dan Analisis Kesetaraan Klien Diabetes Melitus Menurut Jenis Kelamin, Pekerjaan, Penghasilan Pendidikan, dan Status Perkawinan di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Karakteristik	Kelompok Intervensi 1 (n = 29)		Kelompok Intervensi 2 (n=31)		Kelompok Kontrol (n = 30)		Total (N = 90)		P value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Jenis Kelamin									
a. Laki-laki	8	27,6	17	54,8	16	53,3	41	45,6	<b>0,061</b>
b. Perempuan	21	72,4	14	45,2	14	46,7	49	54,4	
2. Pekerjaan									
a. Bekerja	18	62,1	23	74,2	22	73,3	63	70,0	<b>0,525</b>
b. Tidak bekerja	11	37,9	8	25,8	8	26,7	27	30,0	
3. Penghasilan									
a. Dibawah UMR	15	51,7	13	41,9	12	40,0	40	44,4	<b>0,625</b>
b. Diatas UMR	14	48,3	18	58,1	18	60,0	50	55,6	
4. Pendidikan									
a. Pendidikan rendah (SD dan SMP)	17	58,6	10	32,3	10	33,3	37	41,1	<b>0,066</b>
b. Pendidikan tinggi (SMA dan PT)	12	41,4	21	67,7	20	66,7	53	58,9	
5. Status Perkawinan									
a. Kawin	16	55,2	23	74,2	22	73,3	61	67,8	<b>0,210</b>
b. Tidak Kawin	13	44,8	8	25,8	8	26,7	29	32,2	

Tabel 5.1. menunjukkan 49 orang responden (54,4%) berjenis kelamin perempuan, 63 orang (70,0%) bekerja dengan 50 orang (55,6%) berpenghasilan diatas UMR, 52 orang (57,8%) berpendidikan tinggi, dan 61 orang (67,8%) berstatus kawin. Pada alpha 0,05 karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, penghasilan, pendidikan, dan status perkawinan antara kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi adalah setara.



### 5.1.2 Usia dan Jenis Kelamin Klien Diabetes Melitus

Karakteristik klien DM yang berupa usia dan lama menderita klien DM dianalisis menggunakan *central tendency* guna mendapatkan nilai *mean*, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *confident interval* (CI 95%) dan analisis kesetaraannya menggunakan uji *Anova*. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2.  
Distribusi dan Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien Diabetes Melitus Menurut Usia dan Lama Menderita Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Mei - Juni 2012 (n = 90)

Karakteristik	Jenis Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Maks	95% CI	F	Pv
Usia	Intervensi 1	29	56,03	5,91	1,10	46-65	53,79-58,28	0,024	<b>0,976</b>
	Intervensi 2	31	52,10	6,44	1,16	40-65	49,73-54,46		
	Kontrol	30	52,70	6,40	1,17	42-65	50,31-55,09		
	<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>53,57</b>	<b>6,43</b>		<b>40-65</b>	<b>52,22-54,91</b>		
Lama Menderita DM	Intervensi 1	29	64,14	35,90	6,67	12-132	50,48-79,79	2,474	<b>0,090</b>
	Intervensi 2	31	49,10	25,33	4,59	10-120	39,73-58,46		
	Kontrol	30	51,20	25,59	4,67	12-120	41,64-60,76		
	<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>54,64</b>	<b>29,71</b>		<b>10-132</b>	<b>48,42-60,83</b>		

Ket: Lama menderita DM dinyatakan dalam hitungan bulan

Berdasarkan tabel 5.2. diketahui rata-rata usia klien DM 53,57 tahun dengan usia termuda 40 tahun dan tertua 65 tahun dan rata-rata lama menderita DM selama 54,64 bulan dengan lama menderita DM terbaru 10 bulan dan lama menderita DM terlama 132 bulan. Pada alpha 0,05 tidak ada perbedaan yang bermakna karakteristik usia dan lama menderita DM antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi (*P value* > 0,05).

## 5.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kondisi Depresi Klien Diabetes Melitus

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang kondisi depresi klien DM sebelum diberikan intervensi, perubahan kondisi depresi sebelum dan sesudah intervensi, perbedaan selisih kondisi depresi sebelum dan sesudah intervensi, dan perbandingan kondisi depresi setelah intervensi.

### 5.2.1 Kondisi Depresi Klien Diabetes Melitus Sebelum Intervensi

Kondisi depresi klien DM sebelum diberikan intervensi dilaporkan dalam bentuk sentral tendensi dan analisis kesetaraannya menggunakan uji *Anova* yang disajikan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3.  
Analisis Kondisi dan Kesetaraan Depresi Klien Diabetes Melitus Sebelum Intervensi di RSUP Dr M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (N = 90)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max	F	Pv
Kondisi Depresi (pre test)	1. Intervensi 1	29	14,55	2,25	0,42	11-19	0,371	<b>0,691</b>
	2. Intervensi 2	31	13,81	2,33	0,42	11-19		
	3. Kontrol	30	13,67	1,99	0,36	11-18		
	<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>14,00</b>	<b>2,20</b>	<b>0,23</b>	<b>11-19</b>		

Tabel 5.3. menjelaskan bahwa rata-rata kondisi depresi klien DM sebelum dilakukan intervensi sebesar 14,00. Berdasarkan standar nilai yang telah ditetapkan oleh HADS bahwa klien dikatakan mengalami depresi jika memiliki skor 11 keatas, maka dapat disimpulkan bahwa ketiga kelompok responden mengalami kondisi depresi sebelum dilakukan intervensi. Pada alpha 0,05 kondisi depresi klien DM antara kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi adalah setara ( $Pv > 0,05$ ).

### 5.2.2 Perubahan Kondisi Depresi Klien Diabetes Melitus Sebelum dan Sesudah Intervensi

Perubahan kondisi depresi klien DM sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan

logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi dianalisis menggunakan *paired t-test* dengan  $\alpha$  0,05 (tabel 5.4.)

Tabel 5.4.  
Analisis Perubahan Kondisi Depresi Klien Diabetes Melitus Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Mei – Juni 2012  
(n = 90)

Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	SE	t	P value
<b>Intervensi 1</b>	Kondisi Depresi						
	a. Sebelum	29	14,55	2,25	0,42	<b>52,59</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	29	3,00	1,79	0,33		
<b>Selisih</b>		<b>11,55</b>	<b>1,18</b>	<b>0,22</b>			
<b>Intervensi 2</b>	Kondisi Depresi						
	a. Sebelum	31	13,81	2,33	0,42	<b>42,07</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	31	3,87	2,28	0,41		
<b>Selisih</b>		<b>9,94</b>	<b>1,32</b>	<b>0,24</b>			
<b>Kontrol</b>	Kondisi Depresi						
	a. Sebelum	30	13,67	1,99	0,36	<b>17,90</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	30	9,93	1,17	0,21		
<b>Selisih</b>		<b>3,73</b>	<b>1,14</b>	<b>0,21</b>			

Pada tabel 5.4. terlihat bahwa pada  $\alpha$  0,05 ada perubahan yang bermakna kondisi depresi pada ketiga kelompok sebelum dan sesudah intervensi, dimana kondisi depresi klien DM sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat terai kognitif dan logoterapi dari skor 14,55 (kondisi depresi) menjadi 3,00 (*non case* depresi), pada kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif dari skor 13,81 (depresi) menjadi 3,87 (*non case* depresi), dan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi dari skor 13,67 (depresi) menjadi 9,93 (resiko depresi) ( $P_v < 0,05$ ).

### 5.2.3. Perbandingan Kondisi Depresi Klien Diabetes Melitus Sesudah Intervensi

Kondisi Depresi klien diabetes melitus setelah dilakukan intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *Anova*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.5.

Tabel 5.5.  
Analisis Perbandingan Kondisi Depresi Klien Diabetes Melitus Sesudah Intervensi di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max	Pv
Kondisi Depresi (Post Test)	1. Intervensi 1	29	3,00	1,79	0,33	0-8	<b>.0005</b>
	2. Intervensi 2	31	3,87	2,28	0,41	1-8	
	3. Kontrol	30	9,93	1,17	0,21	8-12	

Tabel 5.5. menjelaskan klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi kondisi depresinya sesudah intervensi menurun lebih besar secara bermakna dibanding klien DM yang hanya mendapat terapi kognitif saja, dan klien yang tidak mendapatkan terapi ( $P_v < 0,05$ ).

Untuk melihat letak perbedaan penurunan kondisi depresi antara klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi, klien DM yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan klien DM yang tidak mendapatkan terapi dianalisis menggunakan uji statistik *Post Hoc Bonferroni* (tabel 5.6.)

Tabel 5.6.  
Analisis Perbedaan Kondisi Depresi Klien Diabetes Melitus Sesudah Intervensi di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok I	Kelompok J	Mean Diff	SE	Pv
Kondisi Depresi (Post Test)	Intervensi 1	Intervensi 2	-0,87	0,47	<b>.198</b>
	Intervensi 1	Kontrol	-6,93*	0,47	<b>.0005</b>
	Intervensi 2	Kontrol	-6,06*	0,46	<b>.0005</b>

\* nilai mean differens signifikan pada nilai alpha 0,05

Pada tabel 5.6. terlihat pada alpha 0,05 tidak ada perbedaan penurunan kondisi depresi sesudah intervensi secara bermakna antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dengan kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif ( $P_{value} 0,198 > 0,05$ ). Perbedaan penurunan kondisi depresi sesudah intervensi secara bermakna hanya terjadi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dengan kelompok yang tidak mendapat terapi, dan kelompok yang mendapat terapi kognitif dengan kelompok yang tidak mendapat terapi ( $P_v < 0,05$ ).

### 5.3 Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kondisi Ansietas Klien Diabetes Melitus

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang kondisi ansietas klien DM sebelum mendapatkan intervensi, perubahan kondisi ansietas sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi, perbedaan rerata selisih kondisi ansietas sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi, perbandingan kondisi ansietas setelah mendapatkan intervensi.

#### 5.3.1 Kondisi Ansietas Klien Diabetes Melitus Sebelum Intervensi

Kondisi ansietas berjenis data numerik sehingga ringkasan datanya dilaporkan dalam bentuk sentral tendensi dan analisis kesetaraannya menggunakan uji *Anova*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.  
Analisis Kondisi dan Kesetaraan Ansietas Klien Diabetes Melitus Sebelum Intervensi di RSUP Dr M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max	F	Pv
Kondisi Ansietas (pre test)	1. Intervensi 1	29	17,31	1,40	0,26	15-19	0,371	<b>0,691</b>
	2. Intervensi 2	31	16,06	2,00	0,36	13-19		
	3. Kontrol	30	15,83	1,64	0,30	13-19		
	<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>16,39</b>	<b>1,80</b>	<b>0,19</b>	<b>13-19</b>		

Tabel 5.7. menunjukkan rata-rata kondisi klien DM sebelum dilakukan intervensi sebesar 16,39. Berdasarkan standar nilai HADS bahwa klien dikatakan mengalami ansietas jika memiliki skor 11 keatas, maka dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 ketiga kelompok responden mengalami kondisi ansietas sebelum dilakukan intervensi. Pada alpha 0,05 kondisi ansietas klien DM sebelum dilakukan intervensi pada ketiga kelompok adalah setara ( $P \text{ value} > \alpha 0,05$ ).

#### 5.3.2. Perubahan Kondisi Ansietas Klien DM Sebelum dan Sesudah Intervensi

Perubahan kondisi ansietas klien DM sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang

hanya mendapat terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi menggunakan analisis *paired t-test* dengan alpha 0,05 ( tabel 5.8)

Tabel 5.8.

Analisis Perubahan Kondisi Ansietas Klien Diabetes Melitus Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	SE	T	Pv
Intervensi 1	Kondisi Ansietas						
	a. Sebelum	29	17,31	1,39	0,26	<b>52,59</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	29	5,45	1,55	0,29		
	<b>Selisih</b>		<b>11,86</b>	<b>1,18</b>	<b>0,22</b>		
Intervensi 2	Kondisi Ansietas						
	a. Sebelum	31	16,6	2,00	0,36	<b>28,43</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	31	7,13	1,88	0,34		
	<b>Selisih</b>		<b>8,94</b>	<b>1,75</b>	<b>0,31</b>		
Kontrol	Kondisi Ansietas						
	a. Sebelum	30	15,83	1,64	0,30	<b>18,37</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	30	11,37	2,56	0,29		
	<b>Selisih</b>		<b>4,47</b>	<b>1,33</b>	<b>0,24</b>		

Tabel 5.8. menunjukkan pada alpha 0,05 ada perubahan secara bermakna kondisi ansietas sebelum dan sesudah intervensi pada ketiga kelompok. Rata-rata perubahan kondisi ansietas klien DM sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi sebesar 11,86 yaitu dari 17,31 (ansietas) menjadi 5,45 (*non case* ansietas), pada kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif sebesar 8,94 yaitu dari 16,6 (ansietas) menjadi 7,13 (*non case* ansietas) dan pada kelompok yang tidak mendapat terapi sebesar 4,47 yaitu dari 15,38 (ansietas) menjadi 11,37 (ansietas).

### 5.3.3. Perbandingan Kondisi Ansietas Klien Diabetes Melitus Setelah Dilakukan Intervensi

Kondisi Ansietas klien DM setelah dilakukan intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *Anova*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9.  
Analisis Perbandingan Kondisi Ansietas Klien Diabetes Melitus Sesudah  
Intervensi di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max	Pv
Kondisi Ansietas ( <i>Post Test</i> )	1. Intervensi 1	29	5,45	1,55	0,29	2-8	<b>.0005</b>
	2. Intervensi 2	31	7,13	1,88	0,34	3-11	
	3. Kontrol	30	11,37	1,56	0,29	7-15	

Tabel 5.9. memperlihatkan pada alpha 0,05 klien DM yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi kondisi ansietasnya sesudah intervensi menurun lebih besar secara bermakna dibanding klien DM yang hanya mendapat terapi kognitif dan klien DM yang tidak mendapatkan terapi.

Untuk melihat letak perbedaaan kondisi ansietas klien DM antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi dilakukan dengan menggunakan uji *Post Hoc Bonferroni* (tabel 5.10.).

Tabel 5.10.  
Analisis Perbedaan Kondisi Ansietas Klien Diabetes Melitus Sesudah Intervensi di  
RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok I	Kelompok J	Mean Diff	SE	Pv
Kondisi Ansietas ( <i>Post Test</i> )	Intervensi 1	Intervensi 2	-1,68*	0,43	<b>.001</b>
	Intervensi 1	Kontrol	-5,92*	0,44	<b>.0005</b>
	Intervensi 2	Kontrol	-4,24*	0,43	<b>.0005</b>

\* nilai mean differens signifikan pada alpha < 0,05

Pada tabel 5.10. terlihat bahwa pada alpha 0,05 perbedaan penurunan kondisi ansietas klien sesudah intervensi secara bermakna terjadi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dengan kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif, pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dengan kelompok yang tidak mendapat terapi, dan kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif dengan kelompok yang tidak mendapat terapi.

#### 5.4. Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Klien Diabetes Melitus

Pada bagian ini membahas tentang pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap kemampuan klien DM mengubah pikiran negatif yang terdiri dari kemampuan klien DM mengubah pikiran negatif sebelum dilakukan intervensi, perubahan kemampuan klien DM mengubah pikiran negatif sebelum dan sesudah intervensi, perbandingan kemampuan klien DM mengubah pikiran negatif sesudah intervensi.

##### 5.4.1 Kemampuan Klien Diabetes Melitus Mengubah Pikiran Negatif Sebelum Intervensi

Analisis kemampuan mengubah pikiran negatif menggunakan sentral tendensi dan kesetaraannya menggunakan uji *Anova* (tabel 5.11).

Tabel 5.11.

Analisis Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif dan Kesetaraan Sebelum Intervensi Pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max	F	Pv
Kemampuan mengubah pikiran negatif ( <i>pre test</i> )	1. Intervensi 1	29	36,90	6,28	1,17	28-55	2,845	0,064
	2. Intervensi 2	31	39,97	8,42	1,51	28-55		
	3. Kontrol	30	43,73	8,09	1,48	30-56		
	<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>40,23</b>	<b>8,09</b>	<b>0,85</b>	28-56		

Tabel 5.11 menunjukkan rerata kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM sebelum intervensi adalah sebesar 40,23 dengan kemampuan terendah 28 dan tertinggi 56 (skor ATQ 0-120), artinya rata-rata kemampuan mengubah pikiran negatif yang dimiliki klien DM sebelum intervensi hanya 33,5%. Pada alpha 0,05 kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM pada ketiga kelompok tersebut memiliki varian yang sama ( $Pv > 0,05$ ).

##### 5.4.2 Perubahan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Klien Diabetes Melitus Sebelum dan Sesudah Intervensi

Perubahan kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif



dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif dan kelompok yang tidak mendapat terapi dianalisis menggunakan *paired t-test* dengan alpha 0,05 (tabel 5.12.)

Tabel 5.12.  
Analisis Perubahan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Klien Diabetes Melitus Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Mei- Juni 2012 (n = 90)

Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	SE	t	Pv
<b>Intervensi 1</b>	Pikiran Negatif						
	a. Sebelum	29	36,90	6,28	1,17	<b>-78,53</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	29	95,79	5,88	1,09		
<b>Selisih</b>		<b>-58,90</b>	<b>4,04</b>	<b>0,75</b>			
<b>Intervensi 2</b>	Pikiran Negatif						
	a. Sebelum	31	39,97	8,42	1,51	<b>-55,87</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	31	91,52	8,29	1,49		
<b>Selisih</b>		<b>-51,55</b>	<b>5,14</b>	<b>0,92</b>			
<b>Kontrol</b>	Kondisi Depresi						
	a. Sebelum	30	43,73	8,09	1,48	<b>-9,95</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	30	51,00	7,36	1,34		
<b>Selisih</b>		<b>-7,27</b>	<b>4,00</b>	<b>0,73</b>			

Tabel 5.12. menunjukkan pada alpha 0,05 rata-rata perubahan kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi sebesar 58,90 yaitu dari 36,90 (30,8%) menjadi 95,79 (79,8%), pada kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif sebesar 51,55 yaitu dari 39,97 (33,3%) menjadi 91,52 (76,3%) dan pada kelompok kontrol sebesar 7,27 yaitu dari 43,73 (36,4%) menjadi 51,00 (42,5%).

#### 5.4.3. Perbandingan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Klien Diabetes Melitus Setelah Intervensi

Kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM setelah dilakukan intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *Anova*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.13.

Tabel 5.13.  
Analisis Perbandingan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Klien Diabetes  
Melitus Sesudah Intervensi di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012  
(n = 90)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max	Pv
Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif (Post Test)	1. Intervensi 1	29	95,79	5,88	1,09	82-106	<b>.0005</b>
	2. Intervensi 2	31	91,52	8,29	1,49	74-100	
	3. Kontrol	30	51,00	7,36	1,34	37-66	

Tabel 5.13. memperlihatkan pada alpha 0,05 klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi kemampuannya dalam mengubah pikiran negatif sesudah intervensi lebih tinggi secara bermakna dibanding klien DM yang hanya mendapatkan terapi kognitif dan klien yang tidak mendapatkan terapi ( $P_v < 0,05$ ).

Untuk melihat letak perbedaan peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM dianalisis dengan uji *Bonferroni* (tabel 5.14.).

Tabel 5.14.  
Analisis Perbedaan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Klien DM Sesudah  
Intervensi di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok I	Kelompok J	Mean Diff	SE	Pv
Kemampuan mengubah pikiran negatif (Post Test)	Intervensi 1	Intervensi 2	4,277	1,88	<b>0,76</b>
	Intervensi 1	Kontrol	44,793*	1,90	<b>.0005</b>
	Intervensi 2	Kontrol	40,516*	1,86	<b>.0005</b>

\* nilai mean different signifikan pada alpha 0,05

Tabel 5.14. menunjukkan pada alpha 0,05 tidak ada perbedaan secara bermakna peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif sesudah intervensi antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dengan kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif ( $P_v > 0,05$ ). Perbedaan peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif secara bermakna hanya terjadi antara kelompok yang mendapat terapi

kognitif dan logoterapi dengan kelompok yang tidak mendapat terapi kognitif, dan antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dengan kelompok yang tidak mendapat terapi.

## 5.5. Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus

Pada bagian ini membahas tentang pengaruh intervensi terhadap kemampuan memaknai hidup klien DM yang terdiri dari gambaran kemampuan memaknai hidup sebelum dilakukan intervensi, perubahan kemampuan memaknai hidup sebelum dan sesudah intervensi, perbandingan kemampuan klien DM dalam memaknai hidup setelah intervensi.

### 5.5.1 Kemampuan Klien Diabetes Melitus Memaknai Hidup Sebelum Intervensi

Analisis kemampuan klien DM memaknai hidup ditampilkan dengan menggunakan sentral tendensi dan analisis kesetaraannya menggunakan uji *Anova* (tabel 5.15)

Tabel 5.15.

Analisis Kemampuan Memaknai Hidup dan Kesetaraan Sebelum Intervensi Pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min – Max	F	Pv
Kemampuan memaknai hidup (pre test)	1. Intervensi 1	29	4,38	2,61	0,49	1-9	0,584	0,560
	2. Intervensi 2	31	5,42	3,09	0,54	1-10		
	3. Kontrol	30	7,07	3,22	0,59	1-13		
	<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>5,63</b>	<b>3,13</b>	<b>0,33</b>	1-13		

Tabel 5.15. menunjukkan bahwa rerata kemampuan memaknai hidup klien DM sebelum intervensi adalah sebesar 5,63 (28,2%) dengan kemampuan terendah 1 dan kemampuan tertinggi 13 (skor MLQ 0-20). Pada alpha 0,05 kemampuan memaknai hidup klien DM antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi adalah setara ( $Pv > 0,05$ ).

### 5.5.2. Perubahan Kemampuan Memaknai Hidup Pada Klien Diabetes Melitus Sebelum dan Sesudah Intervensi

Perubahan kemampuan memaknai hidup klien DM sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapat terapi dianalisis menggunakan *paired t-test* dengan alpha 0,05 (tabel 5.16.).

Tabel 5.16.  
Analisis Perubahan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	SE	T	Pv
Intervensi 1	Makna Hidup						
	a. Sebelum	29	4,34	2,61	0,49	<b>-28,720</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	29	12,72	2,5	0,48		
	<b>Selisih</b>		<b>-8,35</b>	<b>1,57</b>	<b>0,29</b>		
Intervensi 2	Makna Hidup						
	a. Sebelum	31	5,42	3,01	0,54	<b>-32,597</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	31	10,77	2,67	0,45		
	<b>Selisih</b>		<b>-5,36</b>	<b>0,92</b>	<b>0,16</b>		
Kontrol	Makna Hidup						
	a. Sebelum	30	7,07	3,22	0,5	<b>-9,175</b>	<b>.0005</b>
	b. Sesudah	30	8,63	2,58	0,47		
	<b>Selisih</b>		<b>-1,57</b>	<b>0,94</b>	<b>0,17</b>		

Tabel 5.16. menunjukkan pada alpha 0,05 rata-rata perubahan kemampuan memaknai hidup klien DM sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi sebesar 8,35 yaitu dari 4,34 (21,7%) menjadi 12,72 (63,6%), kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif sebesar 5,36 yaitu dari 5,42 (27,1%) menjadi 10,77 (53,9%), dan kelompok yang tidak mendapat terapi sebesar 1,57 yaitu dari 7,07 (35,4%) menjadi 8,63 (43,2%).

### 5.5.3. Perbandingan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus Sesudah Intervensi

Kemampuan memaknai hidup klien DM setelah dilakukan intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *Anova* (tabel 5.17.). Untuk melihat letak perbedaannya menggunakan uji statistik *Bonferroni* (tabel 5.18.).

Tabel 5.17.  
Analisis Perbandingan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus  
Setelah Intervensi di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min – Max	Pv
Kemampuan Memaknai Hidup (Post Test)	1. Intervensi 1	29	12,72	2,59	0,48	9-17	<b>.0005</b>
	2. Intervensi 2	31	10,77	2,67	0,48	6-16	
	3. Kontrol	30	8,63	2,58	0,47	3-13	

Tabel 5.17. memperlihatkan pada alpha 0,05 klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi kemampuannya dalam memaknai hidup sesudah intervensi lebih tinggi secara bermakna dibanding klien DM yang hanya mendapatkan terapi kognitif dan klien DM yang tidak mendapatkan terapi.

Tabel 5.18.  
Analisis Perbedaan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus  
Setelah Intervensi di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (N = 90)

Variabel	Kelompok I	Kelompok J	Mean Diff	SE	Pv
Kemampuan memaknai hidup (Post Test)	Intervensi 1	Intervensi 2	1,950*	0,68	<b>.015</b>
	Intervensi 1	Kontrol	4,091*	0,68	<b>.0005</b>
	Intervensi 2	Kontrol	2,141*	0,67	<b>.006</b>

\* nilai mean different signifikan pada alpha 0,05

Tabel 5.18. menunjukkan pada alpha 0,05 perbedaan secara bermakna kemampuan memaknai hidup klien DM sesudah intervensi terjadi pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi dengan kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif, pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi, dan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dengan kelompok yang tidak mendapat terapi.

### 5.6. Hubungan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas

Analisis hubungan kemampuan mengubah pikiran negatif dengan kondisi depresi dan ansietas pada klien DM menggunakan uji *correlation* (tabel 5.19.).

Tabel 5.19.  
Analisis Hubungan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 60)

Variabel	n	R	Pv
Kemampuan mengubah pikiran negatif* terhadap kondisi depresi	60	-0,729**	<b>0,0005</b>
Kemampuan mengubah pikiran negatif* terhadap kondisi ansietas	60	-0,707**	<b>0,0005</b>

\* korelasi signifikan pada alpha 0,01 (2-tailed)

Pada tabel 5.19 terlihat nilai r kemampuan mengubah pikiran negatif terhadap kondisi depresi adalah -0,729 (berpola negatif) dengan nilai P 0,0005, artinya secara statistik terdapat hubungan yang kuat antara kemampuan mengubah pikiran negatif dengan kondisi depresi, semakin tinggi kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM maka semakin ringan kondisi depresi pada klien DM tersebut. Hubungan kemampuan mengubah pikiran negatif dengan ansietas memiliki nilai r sebesar -0,707 (berpola negatif) dengan nilai P 0,0005, hal ini dapat disimpulkan terdapat hubungan kuat antara kemampuan mengubah pikiran negatif dengan kondisi ansietas, semakin tinggi kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM maka semakin ringan kondisi ansietas klien DM.

### 5.7. Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas

Pada bagian ini membahas tentang analisis hubungan kemampuan memaknai hidup klien DM terhadap kondisi depresi dan ansietas yang dianalisis dengan menggunakan uji *correlation*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.20.

Tabel 5.20.  
Analisis Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup Terhadap Kondisi Depresi dan  
Ansietas Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012  
(n = 30)

Variabel	n	r	Pv
Kemampuan memaknai hidup* kondisi depresi	30	-0,677**	0,0005
Kemampuan memaknai hidup* kondisi ansietas	30	-0,600**	0,0005

\*\* korelasi signifikan pada alpha 0,01

Tabel 5.20. menunjukkan hubungan kemampuan memaknai hidup terhadap kondisi depresi memiliki nilai r sebesar -0,707 (berpola negatif) dengan nilai P 0,0005, artinya terdapat hubungan yang kuat antara kemampuan memaknai hidup dengan kondisi depresi, semakin tinggi kemampuan memaknai hidup maka semakin ringan kondisi depresi klien DM. Hubungan kemampuan memaknai hidup terhadap kondisi ansietas adalah -0,600 (berpola negatif) dengan nilai P 0,0005, artinya terdapat hubungan yang kuat antara kemampuan memaknai hidup dengan kondisi ansietas, semakin tinggi kemampuan memaknai hidup maka semakin ringan kondisi ansietas klien DM.

### 5.8. Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas Klien Diabetes Melitus

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kondisi depresi dan ansietas setelah intervensi pada kelompok yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang mendapatkan terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi dianalisis menggunakan *Regresi Linear Ganda* (tabel 5.21.).

Tabel 5.21. menunjukkan nilai r 0,302, maka dapat disimpulkan karakteristik jenis kelamin, lama menderita DM, usia, status perkawinan, pendidikan, penghasilan, dan pekerjaan berhubungan sedang terhadap perubahan kondisi depresi dan ansietas. Ketujuh karakteristik ini hanya mampu menjelaskan kondisi depresi dan ansietas sebesar 9,1 %, sedangkan 80,9% dijelaskan oleh

variabel lain. Nilai  $P=0,328$  menunjukkan bahwa pada alpha 0,05 pemodelan ini tidak cocok digunakan untuk menjelaskan perubahan kondisi depresi dan ansietas ( $P_v > 0,05$ ).

Tabel 5.21.

Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Karakteristik Responden	Coef. B	SE	Beta	Pv	r	R <sup>2</sup>	P
(Constant)	13,31	1,82		0,0005			
Jenis kelamin	1,48	1,42	0,12	0,299			
Lama menderitaDM	0,23	1,54	0,12	0,884			
Usia	-0,51	1,53	-0,04	0,740	0,302	0,091	0,328
Status perkawinan	-1,16	1,63	-0,09	0,479			
Pendidikan	3,03	1,82	0,24	0,100			
Penghasilan	-4,20	2,21	-0,33	0,061			
Pekerjaan	1,57	1,94	0,11	0,421			

### 5.9. Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Pada Klien Diabetes Melitus

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan mengubah pikiran negatif setelah diberikan intervensi pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapat terapi kognitif dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi dianalisis menggunakan *Regresi Linear Ganda* (tabel 5.22).

Tabel 5.22.

Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Karakteristik Responden	Coef. B	SE	Beta	Pv	R	R <sup>2</sup>	P
(Constant)	85,86	6,31		0,0005			
Jenis kelamin	-4,39	4,93	-0,10	0,376			
Lama menderitaDM	-2,72	5,36	-0,63	0,614			
Usia	0,21	5,31	0,01	0,969	0,200	0,040	0,842
Status perkawinan	3,92	5,66	0,09	0,490			
Pendidikan	-7,73	6,32	-0,18	0,225			
Penghasilan	5,56	7,68	0,13	0,471			
Pekerjaan	-1,84	6,72	-0,03	0,785			



Tabel 5.22. menunjukkan nilai  $r$  sebesar 0,200, maka dapat disimpulkan karakteristik jenis kelamin, lama menderita DM, usia, status perkawinan, pendidikan, penghasilan, dan pekerjaan tidak berhubungan terhadap kemampuan mengubah pikiran negatif. Ketujuh variabel ini hanya mampu menjelaskan kemampuan mengubah pikiran negatif sebesar 4 %, sedangkan 96% dijelaskan oleh variabel lain. Nilai  $P=0,842$ , artinya pada alpha 0,05 pemodelan ini tidak cocok digunakan untuk menjelaskan kemampuan mengubah pikiran negatif ( $P_v > 0,05$ ).

### 5.10. Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Pada Klien Diabetes Melitus

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan memaknai hidup setelah intervensi dianalisis dengan menggunakan *Regresi Linear Ganda* (tabel 5.23.).

Tabel 5.23.  
Analisis Faktor-faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M Djamil Padang, Mei – Juni 2012 (n = 90)

Karakteristik Responden	Coef. B	SE	Beta	$P_v$	$r$	$R^2$	P
(Constant)	9,68	0,63		0,0005			
Pendidikan	-1,65	0,80	-0,27	0,041	0,368	0,135	0,006
Status perkawinan	1,44	0,69	0,22	0,039			
Penghasilan	1,81	0,82	0,29	0,030			

Tabel 5.23. menunjukkan nilai  $r$  sebesar 0,368, maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan tinggi, status perkawinan kawin, dan penghasilan tinggi berhubungan sedang terhadap kemampuan memaknai hidup klien DM. Ketiga karakteristik ini mampu menjelaskan kemampuan memaknai hidup klien DM sebesar 13,5 %, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Nilai  $P=0,006$ , artinya pada alpha 0,05 pemodelan ini cocok digunakan untuk menjelaskan perubahan kemampuan memaknai hidup klien DM ( $P_v < 0,05$ ).

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya dan keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian berlangsung. Selain itu, dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi kognitif dan logoterapi individu terhadap kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup klien DM yang menjalani rawat inap di RSUP Dr M Djamil Padang. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui perbedaan antara kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada kelompok intervensi yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi, kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif, dan kelompok yang tidak mendapatkan terapi.

Kemampuan mengubah pikiran negatif yang dimiliki klien DM mempengaruhi kondisi depresi dan ansietas yang dialaminya, dimana depresi dan ansietas terjadi karena ketidakmampuan klien DM dalam mengidentifikasi pikiran negatif dan menginterpretasikannya menjadi pikiran positif. Demikian juga terhadap kemampuan dalam memaknai hidup. Klien DM yang tidak mampu memaknai hidup maka akan mempengaruhi kualitas hidup klien yang ditandai dengan timbulnya tanda dan gejala depresi dan ansietas.

#### **6.1. Pengaruh Terapi Kognitif Dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif**

Hasil penelitian menunjukkan kemampuan mengubah pikiran negatif pada klien DM sebelum mendapat terapi kognitif dan logoterapi 30,8%, pada klien DM sebelum mendapat terapi kognitif 33,3%, dan pada klien DM yang tidak mendapatkan terapi 36,4%. Kemampuan yang dimiliki oleh klien DM pada

masing-masing kelompok responden ini belum cukup untuk mengatasi depresi dan ansietas, sehingga diperlukan terapi untuk meningkatkan kemampuan klien DM tersebut dalam mengubah pikiran negatif pada depresi dan ansietas yang dialaminya.

Hasil penelitian menunjukkan pemberian terapi kognitif dan logoterapi mampu meningkatkan kemampuan klien DM mengubah pikiran negatif dari 30,8% menjadi 79,8%, pemberian terapi kognitif saja meningkatkan kemampuan klien DM mengubah pikiran negatif dari 33,3% menjadi 76,3%, dan tanpa terapi kemampuan klien DM mengubah pikiran negatif dari 36,4% menjadi 42,5%. Walaupun ketiga kelompok responden tersebut mengalami peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif tetapi peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif pada klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi lebih tinggi secara bermakna dibanding dengan klien DM yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja dan klien DM yang tidak mendapatkan terapi. Perbedaan peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif tidak signifikan antara klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi dengan klien DM yang mendapatkan terapi kognitif saja. Perbedaan peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif yang signifikan hanya terjadi antara klien DM yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dengan klien DM yang tidak mendapat terapi dan antara klien DM yang hanya mendapat terapi kognitif saja dengan klien DM yang tidak mendapat terapi. Hal ini berarti terapi kognitif sebagai terapi dasar dan sangat besar pengaruhnya dalam meningkatkan kemampuan klien DM dalam mengubah pikiran negatifnya, sedangkan logoterapi sebagai terapi pelengkap untuk menambah kekuatan terapi kognitif dalam meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM.

Nevid, dkk (2005) menjelaskan bahwa terapi kognitif merupakan suatu psikoterapi yang berfokus dalam membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengoreksi keyakinan yang maladaptif, pikiran otomatis negatif dan perilaku yang salah. pernyataan ini diperkuat oleh Dyck (1987) bahwa terapi

kognitif dapat menghilangkan respon emosional yang maladaptif terhadap pengalaman atau situasi buruk yang dihadapi yang menimbulkan pikiran negatif pada klien. Beck, dkk (1987) dalam Towensend (2009) juga menjelaskan bahwa terapi kognitif bertujuan untuk memonitor pikiran otomatis negatif yang dialami klien dengan cara mengenali dan mengkoreksi pikiran, afek, dan perilaku yang salah, dan mengganti interpretasi kearah yang lebih realita, dan belajar mengidentifikasi dan mengubah keyakinan yang salah akibat pengalaman atau situasi buruk yang dialami.

Keberhasilan terapi kognitif ini dalam mengubah pikiran negatif klien DM menurut peneliti dikarenakan tujuan dalam setiap sesinya yang menekankan pada masalah yang dialami klien dengan cara meng'counter' pikiran yang salah terhadap situasi yang dihadapinya sehingga klien mampu menyadari dan memahami realita yang sebenarnya dengan lebih baik. Selain itu pada terapi kognitif ini ada sesi tertentu yang melibatkan keluarga dalam membantu klien mengubah pikiran negatif sehingga dengan adanya dukungan dan motivasi dari keluarga menimbulkan perubahan yang lebih baik dan cepat pada kemampuan klien dalam merubah pikiran negatifnya.

Untuk mencapai peningkatan kemampuan mengubah pikiran negatif yang lebih maksimal sebaiknya setiap sesi dilakukan dengan interval pertemuan yang agak panjang (3 hari sekali) karena mengingat klien DM adalah klien yang mengalami penurunan kondisi fisik akibat penyakit yang diderita lama dan rata-rata banyak yang sudah mengalami komplikasi seperti mata kabur, kelemahan, ginjal dan jadwal terapi di rumah sakit yang dijalani klien DM membuat klien DM merasa kesulitan menyediakan waktu setiap hari dalam mengikuti terapi, hal ini juga dapat memberikan kesempatan pada klien untuk melatih dirinya secara mandiri karena mempunyai rentang waktu yang cukup panjang untuk mengerjakan jurnal dalam buku kerja. Selain itu, sebaiknya dalam setiap sesi dilakukan dalam waktu selama 60 menit. Hal ini mengingat buku kerja terapi yang terdiri dari banyak uraian yang harus diisi oleh klien, sementara kondisi fisik klien yang terpasang alat medis seperti infus, kateter,

dan sebagainya serta kondisi fisik klien yang lemah dan mata kabur tidak memungkinkan untuk menulis banyak dan membaca buku sehingga terapis harus membantu menulis buku kerja klien sambil membimbing klien dalam melakukan terapi.

Terapi kognitif dengan kombinasi logoterapi mampu meningkatkan kemampuan klien DM mengubah pikiran negatif lebih tinggi dibanding dengan hanya terapi kognitif saja. Menurut peneliti hal ini disebabkan karena pikiran negatif klien yang sudah di *counter* dengan menggunakan terapi kognitif diperkuat oleh logoterapi, ketika pikiran klien sudah berubah menjadi positif maka dengan sendirinya perilaku klien akan berubah menjadi adaptif sehingga pada saat inilah peran logoterapi dalam mempertahankan dan membudayakan pikiran, sikap dan perilaku adaptif yang dimilikinya. Bastaman (2007) menjelaskan bahwa logoterapi bertujuan untuk memahami dan memanfaatkan potensi dan sumber daya rohaniyah yang dimiliki klien yang selama ini tidak digunakan, tersembunyi atau terhambat dapat dimunculkan kembali yang pada akhirnya klien menjadi merasa lebih percaya diri dalam menjalani kehidupan dan dapat membangkitkan kembali gairah hidup yang hilang akibat dibelenggu oleh pikiran-pikiran negatif. Sehingga pemberian kedua terapi ini sangat efektif meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif. Ini sesuai dengan penemuan Lingstey dan Boyraz (2011) bahwa afek dan makna hidup yang positif merupakan mediasi yang menghubungkan antara pikiran positif dengan kepuasan hidup, dan begitu juga dengan pikiran positif dan makna hidup yang positif dapat menjadi penghubung antara afek dengan kepuasan hidup.

Tidak ada perbedaan yang bermakna antara pemberian terapi kognitif dan logoterapi dengan pemberian terapi kognitif saja dalam meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM disebabkan karena fokus terapi kognitif dalam setiap sesi memang ditujukan untuk membantu klien merubah pikiran negatifnya, sehingga dengan sendirinya meningkatkan

kemandirian klien dalam mengenal, mengkoreksi, dan merubah pikiran yang salah tersebut menjadi pikiran positif.

## **6.2. Pengaruh Terapi Kognitif Dan Logoterapi Terhadap Kemampuan Memaknai Hidup**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan memakna hidup pada klien DM sebelum mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi hanya 21,7 %, pada klien DM yang hanya mendapatkan terapi kognitif 27,1%, dan pada klien yang tidak mendapat terapi 35,4%. Hal ini berarti kemampuan memaknai hidup klien DM belum cukup untuk mengatasi kondisi depresi dan ansietasnya, sehingga diperlukan terapi yang dapat meningkatkan kemampuan klien DM memaknai hidup hingga 100% agar dapat mengatasi depresi dan ansietasnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian terapi kognitif dan logoterapi dapat meningkatkan kemampuan memaknai hidup dari 21,7% menjadi 63,3%, pemberian terapi kognitif saja dapat meningkatkan kemampuan memaknai hidup dari 27,1% menjadi 53,9%, dan tanpa terapi kemampuan memaknai hidup dari 35,4% menjadi 43,2%. Walaupun ketiga kelompok responden DM tersebut menunjukkan peningkatan kemampuan memaknai hidup namun yang kemampuan memaknai hidup pada kelompok klien DM yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi lebih tinggi secara bermakna dibanding kelompok klien DM yang hanya mendapat terapi kognitif saja dan kelompok klien DM yang tidak mendapat terapi. Perbedaan peningkatan kemampuan memaknai hidup terjadi secara bermakna pada klien DM yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dengan klien DM yang hanya mendapatkan terapi, pada klien DM yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi dengan klien DM yang tidak mendapatkan terapi, dan pada klien DM yang mendapatkan terapi kognitif saja dengan klien DM yang tidak mendapatkan terapi.

Kemampuan memaknai hidup merupakan suatu hal yang sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Orang yang tidak mempunyai makna hidup akan merasakan hampa, tidak berguna, tidak berharga, dan tidak memiliki motivasi untuk beraktifitas sehingga berpengaruh terhadap kualitas dan produktifitas hidupnya. Hal ini sesuai dengan ungkapan Steger dan Frazier (2006) yang menyatakan bahwa makna hidup merupakan tujuan hidup seseorang dalam mencapai tujuan hidup yang mempengaruhi nilai, tujuan, keberhasilan dan harga diri seseorang.

Terapi kognitif bertujuan untuk menyusun kembali pola klien yang terganggu dengan mengidentifikasi distorsi kognitif yang menyebabkan klien mengalami kesalahan dalam menilai dan mempersepsikan situasi yang dialaminya. Setiap sesi dalam terapi kognitif sangat berperan dalam meningkatkan makna hidup klien DM. Ini sesuai yang dijelaskan oleh Dyck (1987) bahwa terapi kognitif sebagai dasar dalam meningkatkan makna dan kualitas hidup melalui pengenalan dan kesadaran klien akan pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang dimilikinya. Sedangkan, logoterapi lebih menekankan pada penemuan makna hidup setelah mengenali situasi dan pengalaman yang dialami. Sehingga kedua terapi ini efektif membantu klien menemukan makna hidupnya kembali dengan cara menekankan kondisi realita yang terjadi pada klien. Hal ini dibuktikan dalam penelitian ini dengan rata-rata ungkapan klien DM setelah mengikuti terapi kognitif dan logoterapi bahwa klien masih menikmati hari-harinya dengan penuh syukur karena bisa berkumpul dengan keluarga, dapat menyatukan hubungan antar keluarga, menjadi dekat dengan tuhan, dan menjadi individu menjadi lebih sabar.

Menurut Frazier dan Steger (2006) individu yang tidak memiliki makna hidup memiliki karakteristik tidak mengerti arti hidup sendiri, tidak mampu mencari sesuatu yang membuat hidup lebih berarti, tidak memiliki tujuan hidup yang jelas, tidak punya motivasi untuk menemukan tujuan hidup, tidak mengerti bagaimana cara menemukan tujuan hidup. Pada penelitian ini rata-rata responden mengalami kehampaan hidup yang sering diungkapkan melalui

pernyataan tidak ada harapan, tidak berguna, tidak berharga, tidak berdaya, dan pasrah dengan kondisi yang dialami. Frankl (2004) menjelaskan bahwa yang menyebabkan ketidakbermaknaan hidup karena keterhambatan atau kegagalan individu dalam memenuhi keinginan akan hidup bermakna yang ditandai dengan hilangnya minat, kurangnya inisiatif serta perasaan hampa karena tidak lagi memiliki kepastian mengenai apa yang harus dilakukan atau diperbuat. Ini sesuai dengan hasil penelitian dimana klien DM yang memiliki makna hidup yang rendah karena disebabkan klien merasa telah gagal dan merasa tidak ada harapan lagi untuk bisa sembuh seperti semula, merasa tidak berguna lagi karena tidak ada yang bisa dilakukan dengan kondisi fisik yang dialaminya saat ini.

Logoterapi mempunyai 3 prinsip kerja yang mampu memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan kemampuan memaknai hidup yakni dalam setiap situasi hidup itu memiliki makna, setiap manusia memiliki kebebasan dalam menemukan sendiri makna hidupnya, dan manusia memiliki kemampuan dalam cara menyikapi situasi yang dihadapinya (Bastaman, 2007). Ketiga prinsip ini memberikan motivasi kepada klien DM untuk mengingat kembali arti hidupnya yang sesungguhnya, mengingat dan menyadari potensi yang dimilikinya dan menimbulkan kembali gairah hidup yang hilang akibat kehampaan yang dialaminya. Hal ini tentu membantu klien mengetahui dan menyadari tindakan yang terbaik yang harus digunakannya untuk mengatasi situasinya yang pada akhirnya klien terhindar dari keterpurukan akibat situasi buruk yang sedang dialaminya.

Untuk mendapatkan hasil lebih maksimal sebaiknya pemberian terapi kognitif dan logoterapi diberikan dalam waktu yang lebih lama dalam setiap pertemuan (60 menit) dan interval waktu 3 hari sekali sehingga memberikan kesempatan kepada klien melatih diri sendiri dalam menemukan makna hidup. Selain itu juga diperlukan kreatifitas terapis dalam memberikan terapi sehingga klien tidak bosan dalam mengikuti terapi, lingkungan dan waktu yang kondusif dalam memberikan terapi serta mengikutsertakan semua



tenaga kesehatan yang ada diruangan untuk memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan psikologi dalam upaya mengembangkan CLPN sehingga dengan sendirinya dapat meningkatkan keyakinan akan makna hidup klien yang sempat hilang akibat kondisi penyakit yang dialami klien selama sakit.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa faktor yang berkontribusi secara bermakna terhadap kemampuan memaknai hidup adalah penghasilan tinggi, status perkawinan kawin, dan pendidikan tinggi. Penyakit diabetes melitus yang diderita responden mengakibatkan berkurangnya pendapatan karena keharusan untuk memeriksakan diri secara teratur ke pelayanan kesehatan dan dapat juga dikarenakan harus membiayai perawatan bila dirinya dirawat di rumah sakit, selain itu saat klien DM menjalani rawat inap di rumah sakit tentunya menyebabkan klien tidak dapat bekerja sehingga mengurangi jumlah pendapatannya. Ini sesuai dengan penjelasan Price dan Wilson (2006) bahwa pengobatan yang lama yang dijalani oleh klien DM menimbulkan pendapatan klien DM berkurang karena tidak dapat bekerja secara maksimal dan penghasilan banyak dikeluarkan untuk biaya pengobatan. Selain itu, klien DM banyak mengalami pemecatan atau pensiun dini dari tempat bekerja sehingga hal ini juga mengurangi penghasilan klien DM. Berkurangnya penghasilan dapat mengganggu pikiran klien yang membuat klien merasa tidak berguna lagi karena tidak bisa memberikan sesuatu kepada keluarga, merasa menjadi beban keluarga dan merasa menjadi penyebab keterpurukan masalah ekonomi dalam keluarga.

Faktor lain yang juga dapat berkontribusi terhadap kemampuan memaknai hidup pada klien DM adalah yang berstatus perkawinan kawin. Diabetes melitus yang diderita responden dalam waktu yang cukup lama menyebabkan berbagai komplikasi seperti impotensi, pruritus, gagal ginjal, penyakit jantung, gangren pada ekstremitas dan lainnya sehingga dapat menyebabkan terganggunya hubungan antara suami dan istri. Ini sesuai dengan ungkapan Brunner dan Suddarth (2002) bahwa komplikasi yang dapat terjadi pada klien diabetes di antaranya adalah gangguan pada penglihatan, gangguan pada

ginjal, impotensi, pruritus, stroke, kerusakan jaringan pada kaki, kerusakan jaringan pada bagian tubuh lainnya, dan penyakit jantung. Ketidakmampuan responden dalam melaksanakan peran dan fungsinya dalam keluarga baik sebagai suami maupun sebagai istri menyebabkan kualitas hubungan di dalam keluarga menurun yang akhirnya menimbulkan ketidakbermaknaan hidup karena merasa sedih tidak dapat membahagiakan pasangan, merasa tidak dapat memberikan hal yang dapat membanggakan pasangan, merasa diri sudah jelek bagi pasangan dan merasa pasangan tidak menyayangi klien lagi.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pendidikan tinggi juga berkontribusi terhadap kemampuan memaknai hidup klien DM. Klien yang berpendidikan tinggi rata-rata mampu memahami terapi dengan baik dan memiliki motivasi untuk melakukan perbaikan hidup lebih baik serta mempunyai cara pandang dan pemikiran yang bagus dibanding dengan klien yang berpendidikan rendah. Sehingga klien yang berpendidikan tinggi mampu lebih baik mengenal dan memahami kondisi yang dialaminya.

### **6.3. Pengaruh Terapi Kognitif Dan Logoterapi Terhadap Kondisi Depresi dan Ansietas Pada Klien Diabetes Melitus**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 79% klien DM yang dirawat dirumah sakit mengalami depresi dan ansietas. Ini sesuai dengan penjelasan Kaplan dan Saddock (2010) bahwa penyakit DM dapat menimbulkan perubahan psikologi seperti perubahan proses mental, perilaku, dan fungsi neurologis sehingga menyebabkan klien menjadi pendiam, cemas, menarik diri, dan tidak aktif lagi dalam hubungan sosial. Hal ini diperkuat oleh Stuart (2009) bahwa penyakit DM merupakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh yang dapat menyebabkan depresi dan ansietas pada penderitanya.

Banyak faktor yang dapat menyebabkan klien DM mengalami depresi dan ansietas, antara lain dapat disebabkan karena perubahan biokimia dalam tubuh penderita DM dan terapi yang dijalani klien. Perubahan biokimia yang terjadi pada penderita DM sama dengan perubahan yang terjadi pada depresi

yaitu peningkatan hormon kortisol dan gangguan metabolisme epinefrin dan norepinefrin. Menurut Brunner dan Suddarth (2002) peningkatan hormon kortisol, epinefrin, dan norepinefrin dipicu karena peningkatan kadar glukosa dalam darah sehingga klien DM mengalami gangguan mood seperti yang tampak pada gejala depresi dan ansietas. Terapi yang harus dilakukan secara rutin juga menimbulkan rasa bosan dan tertekan pada klien yang mengakibatkan klien merasa berbeda dengan orang lain dan akhirnya menimbulkan gejala depresi dan ansietas.

Tanda dan gejala DM juga dapat menyebabkan depresi dan ansietas. Price dan Wilson (2006) menjelaskan bahwa klien DM akan cenderung mengalami tiga gejala khas (tripoli) yaitu poliuria (sering BAK), polidipsi (sering minum), dan polifagia (sering makan). Poliuria menyebabkan klien merasakan gatal-gatal disekitar daerah kemaluan dan akhirnya dapat menimbulkan infeksi pada daerah tersebut, hal ini tentu membuat klien DM merasa tidak nyaman dan malu terhadap pasangan sehingga menimbulkan rasa cemas, sedih, tidak berharga dan malu terhadap pasangan. polidipsi menyebabkan rasa haus yang semakin sering dan polifagia menyebabkan rasa lapar karena glukosa banyak dikeluarkan bersama urine sehingga hal ini menyebabkan klien sering mengeluh lelah, lemah, mudah mengantuk dan berat badan menurun. Tanda dan gejala psikologi yang diakibatkan oleh manifestasi klinis ini merupakan tanda dan gejala depresi. Hal ini ditemukan pada klien DM pada waktu penelitian dimana klien DM rata-rata mengalami cemas diceraikan oleh pasangannya, merasa tidak berguna lagi karena tidak bisa menjalankan perannya seperti biasanya, merasa tidak berharga karena tidak bisa membuat sesuatu hal yang membanggakan, merasa sedih tidak bisa membahagiakan pasangan, badan terasa lemah dan lelah sehingga tidak bersemangat melakukan sesuatu.

Komplikasi yang dialami klien DM juga dapat menimbulkan depresi dan ansietas. Brunner dan Suddarth (2002) menjelaskan bahwa komplikasi yang ditimbulkan dapat berupa komplikasi akut dan komplikasi kronik.

Komplikasi akut yang sering dialami oleh klien DM yaitu hipoglikemia, ketoasidosis diabetik dan sindrom HHNK (koma hiperglikemik hiperosmolar nonketotik) atau HONK (hiperosmolar nonketotik). Komplikasi akut ini dapat menyebabkan dehidrasi dan kehilangan elektrolit, klien dapat menjadi hipotensi dan mengalami syok yang pada akhirnya menimbulkan koma dan meninggal. Komplikasi kronik yang dialami klien DM dapat berupa retinopati diabetik, nefropati diabetik, neuropati diabetik, gangren pada ekstremitas, insufisiensi serebral dan stroke serta angina dan infark miokardium. Akibat dari komplikasi tersebut mengakibatkan klien menjadi pendiam, menarik diri, mudah marah dan tersinggung, malu terhadap kondisi fisik yang dialami dan merasa dirinya membuat masalah bagi orang lain, khawatir terhadap masa depan, merasa sedih dan merepotkan keluarga sehingga menimbulkan depresi dan ansietas pada klien DM.

Penatalaksanaan DM yang harus dijalani klien DM sepanjang hidupnya juga dapat menimbulkan depresi dan ansietas pada klien DM. Soegondo (2009) menjelaskan ada empat pilar penatalaksanaan DM yang harus dijalani oleh klien DM sepanjang hidupnya yaitu perencanaan diet, latihan jasmani, obat hipoglikemik, dan penyuluhan. Suntikan insulin yang dilakukan secara terus-menerus atau obat hipoglikemik oral yang harus diminum setiap hari, pemeriksaan kadar gula darah rutin, dan kebutuhan untuk melakukan latihan fisik secara teratur menimbulkan perubahan gaya hidup baru dimana perubahan tersebut membuat klien DM merasa tidak mempunyai kebebasan dalam hidup sehingga menimbulkan rasa bosan, putus asa dan tidak berdaya. Hal ini banyak ditemukan pada klien DM yang menjadi responden penelitian, dimana hal tersebut membuat klien menjadi depresi dan ansietas menjalani kehidupan yang berbeda dengan orang lain.

Hasil penelitian menunjukkan pada klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi kondisi depresinya menurun secara bermakna yaitu dari depresi (sakit) menjadi *non case* depresi (sehat), pada klien DM yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja kondisi depresinya menurun secara

bermakna dari depresi (sakit) menjadi *non case* depresi (sehat), dan pada klien DM yang tidak mendapatkan terapi kondisi depresinya juga menurun secara bermakna dari depresi (sakit) menjadi *boderline* depresi (resiko). Walaupun ketiga kelompok responden DM tersebut mengalami penurunan kondisi depresi, namun penurunan kondisi depresi pada klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi lebih besar secara bermakna dibanding penurunan kondisi depresi pada klien DM yang hanya mendapat terapi kognitif dan pada klien DM yang tidak mendapatkan terapi.

Hasil penelitian juga menunjukkan pada klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi kondisi ansietasnya menurun secara bermakna yaitu dari ansietas (sakit) menjadi *non case* ansietas (sehat), pada klien DM yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja kondisi ansietasnya menurun secara bermakna dari ansietas (sakit) menjadi *non case* ansietas (sehat), dan pada klien DM yang tidak mendapatkan terapi kondisi ansietasnya juga menurun secara bermakna tetap masih tetap mengalami ansietas (resiko). Walaupun ketiga kelompok responden DM tersebut mengalami penurunan kondisi ansietas, namun penurunan kondisi ansietas pada klien DM yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi lebih besar secara bermakna dibanding penurunan kondisi ansietas pada klien DM yang hanya mendapat terapi kognitif dan pada klien DM yang tidak mendapatkan terapi.

Logoterapi merupakan psikoterapi pencarian makna hidup dalam kondisi apapun sehingga klien dapat bertahan dalam hidup melalui peningkatan kualitas hidup (Viedebeck, 2008). Hal ini sesuai dengan pernyataan Savolaine dan Granello (2002) dalam Lewiss (2010) menjelaskan logoterapi merupakan suatu psikoterapi yang bertujuan untuk meraih hidup bermakna dengan cara memahami kondisinya dengan baik secara fisik maupun rohani dengan memotivasi bahwa setiap manusia itu memiliki potensi untuk hidup bermakna. Blair (2004) juga menjelaskan bahwa logoterapi dapat membantu mengatasi masalah depresi.

Frankl (1978) dalam Loho menjelaskan bahwa tanda dan gejala yang dapat ditemui pada individu yang tidak memiliki makna hidup adalah perasaan hampa, sedih, muram, tidak memiliki tujuan hidup yang, apatis, merasa tidak berguna dan merasa bosan. Pada klien DM yang mengalami depresi dan ansietas juga ditemui perasaan kesedihan, cemas, gangguan tidur, putus asa, tidak berdaya, kehilangan minat, tidak bersemangat, malas beraktivitas sehingga mengakibatkan penurunan makna dan kualitas hidup. Hal ini merupakan tanda dan gejala depresi dan ansietas. Dengan demikian logoterapi merupakan terapi yang dapat juga diberikan pada klien depresi.

Terapi kognitif juga mampu mengatasi masalah depresi dan ansietas, sebagaimana prinsip dari terapi kognitif yang dijelaskan Beck (1995) dalam Townsend (2009) bahwa terapi kognitif mengajarkan klien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan merespon pikiran dan keyakinan yang menyimpang sehingga hal ini dapat membantu klien dalam memahami pentingnya mengenal pikiran-pikiran negatif dan merubahnya menjadi pikiran positif yang sesuai dengan kondisi klien saat ini. Renfrow (2006) menjelaskan bahwa terapi kognitif efektif untuk mengatasi depresi yang fokus pada modifikasi dari distorsi kognitif dan mengkoreksi pikiran maladaptif dan mengubah pikiran negatif.

Klien depresi dan ansietas sering mengalami pikiran negatif yang menimbulkan hilangnya gairah hidup klien. Dekker (2011) menjelaskan pikiran negatif pada depresi merupakan pikiran yang otomatis dengan persepsi dan keyakinan yang berpusat pada sikap negatif terhadap masa lalu, diri sendiri dan masa depan, sedangkan pikiran negatif pada ansietas merupakan pikiran otomatis yang berfokus terhadap adanya bahaya. Seseorang dalam keadaan terdesak atau dalam situasi buruk yang dialami saat ini cenderung menimbulkan pikiran negatif dimana pikiran negatif tersebut tidak didefinisikan secara rasional dan logika yang benar. Hal ini banyak ditemukan pada klien DM dalam penelitian ini seperti pikiran merepotkan

orang, mengganggu kenyamanan lingkungan, menjadi beban keluarga, tidak berguna, dan berfikir tidak ada harapan lagi.

Kraus (2012) bahwa klien yang mengalami gangguan emosional seperti depresi dan ansietas cenderung mengalami pikiran otomatis negatif, dimana pada klien tersebut mempunyai respon emosional yang banyak menimbulkan pikiran-pikiran negatif yang secara otomatis tersimpan dalam ingatannya tanpa dianalisa secara rasional dan logika. Beck (1967) dalam Townsend (2009) menjelaskan bahwa pikiran negatif dapat terjadi karena pikiran negatif terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan. Pikiran negatif terhadap diri sendiri dipandang sebagai harga diri rendah, pikiran negatif terhadap dunia dipandang sebagai ketidakberdayaan, dan pikiran negatif terhadap masa depan dipandang sebagai keputusasaan. Ini sesuai dengan ungkapan Hollon dan Kendal (1980) bahwa individu yang memiliki pikiran negatif ditandai dengan perasaan tidak mampu dalam menyesuaikan diri dengan keinginan untuk melakukan perubahan hidup, memiliki harapan negatif dan konsep diri negatif, rendah diri, dan mudah menyerah. Hal ini juga ditemukan pada klien DM dalam penelitian.

Klien DM yang mengalami depresi dan ansietas ditemukan perasaan tidak berdaya menjalani kondisi fisik yang lemah dan biaya perawatan yang mahal, berfikir merepotkan keluarga dan menjadi beban keluarga, perasaan tidak berguna karena tidak bisa melakukan hal yang membanggakan, merasa tidak berharga, tidak bisa merasakan kebersamaan dengan keluarga atau orang terdekat, apatis, merasa kehidupan tidak berarti, merasa sedih dan hampa, bosan, tidak memiliki tujuan hidup yang jelas, khawatir dan merasa tidak nyaman dengan kondisi penyakit, gelisah, tidak nafsu makan dan mengalami gangguan tidur. Tanda dan gejala tersebut merupakan tanda individu yang memiliki pikiran negatif otomatis dan individu yang tidak berhasil menemukan makna hidupnya yang menyebabkan individu tersebut mengalami penurunan kualitas hidup. Dengan prinsip kerja yang dimiliki oleh

terapi kognitif dan logoterapi dapat mengatasi tanda dan gejala yang dialami oleh klien depresi tersebut

Setiap sesi dalam terapi kognitif mampu membantu klien DM dalam memahami kondisi yang dialaminya, sehingga efek terapi ini dirasakan oleh klien dalam mengatasi masalah depresi dan ansietas. Hal ini sesuai dengan penjelasan Alladin (2009) bahwa masing-masing dalam terapi kognitif menekankan pada permasalahan yang dialami klien sehingga memotivasi klien untuk mengidentifikasi pikiran negatif dan merubah pikiran dan keyakinan yang salah tersebut kearah yang lebih realita. Sehingga terapi kognitif mampu memberikan efektifitas yang baik dalam mengatasi masalah depresi dan ansietas. Hal ini terbukti selama pemberian terapi kognitif klien menyadari melalui ungapannya bahwa keluarga masih perhatian dan bergantian menjenguk klien, pasangan masih sayang dan setia mendampingi klien serta masih sanggup memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari klien serta kebutuhan perawatan klien selama dirumah sakit. Perubahan terhadap respon emosional dan perasaan klien jauh lebih baik dari sebelum mendapatkan terapi kognitif.

Untuk mencapai hasil terapi yang lebih maksimal sebaiknya setiap sesi diberikan dalam waktu yang lebih lama (60 menit) dengan interval pertemuan 1 kali 3 hari dan memperbanyak jumlah pertemuan sehingga dapat memberikan kesempatan kepada klien untuk melatih diri secara mandiri dan akhirnya dapat menimbulkan kebiasaan bagi klien dalam mengatasi masalah depresi dan ansietasnya. Selain itu diperlukan juga lingkungan dan waktu yang kondusif dalam memberikan terapi dan setiap asuhan yang diberikan menggunakan pendekatan CLPN kepada klien sehingga kualitas pertemuan dapat lebih baik.

Logoterapi lebih baik diberikan pada hari pertama klien dirawat, hal ini dikarenakan rata-rata ansietas lebih berat terjadi ketika klien baru dirawat dimana klien harus beradaptasi dengan kondisi penyakit, kondisi peralatan



medis, rencana terapi yang akan diberikan oleh rumah sakit, dan kondisi lingkungan rumah sakit. sedangkan terapi kognitif lebih baik diberikan pada hari kedua dan seterusnya dimana klien rata-rata sudah dalam keadaan tenang dan sudah mampu beradaptasi baik dengan kondisi rumah sakit, kondisi penyakit, rencana terapi, maupun dengan kondisi lingkungan rumah sakit.

#### **6.4. Hubungan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif dengan Depresi dan Ansietas**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan mengubah pikiran negatif memiliki hubungan yang kuat secara bermakna terhadap penurunan kondisi depresi dan ansietas dan berpola negatif, artinya semakin tinggi kemampuan mengubah pikiran negatif maka semakin rendah kondisi depresi dan ansietas yang dialami klien dan begitu juga sebaliknya semakin rendah kemampuan mengubah pikiran negatif klien DM semakin tinggi kondisi depresi dan ansietas yang dialaminya. Ini sesuai dengan ungkapan Varcarolis dan Halter (2010) bahwa pikiran negatif yang muncul sering menyebabkan individu mengalami depresi dan ansietas. Dekker (2011) menjelaskan orang yang mengalami gangguan emosional seperti pada ansietas dan depresi sering tidak mampu mengatasi pikiran negatifnya.

Kemampuan mengubah pikiran negatif ditandai dengan kemandirian individu tersebut dalam mengevaluasi diri dan situasi kehidupan yang dihadapinya dengan berbagai alternatif dan respon yang adaptif (Wolman dan Stricker, 1994). Sehingga individu tersebut mampu menyelesaikan masalah secara aktif atau mandiri yang pada akhirnya membuat seseorang merasa lebih berguna dan berkualitas, dan merasa percaya diri.

Dekker (2011) menjelaskan bahwa pikiran negatif yang timbul pada klien depresi sering disebabkan karena pikiran dengan persepsi dan keyakinan yang berpusat pada sikap yang negatif baik terhadap masa lalu, diri sendiri, maupun masa depan. Sedangkan, pikiran negatif yang timbul pada klien ansietas dikarenakan pikiran otomatis yang berfokus terhadap adanya bahaya.

Dengan demikian, seseorang yang mengalami depresi dan ansietas cenderung tidak memiliki kemampuan untuk melawan atau merubah pikiran negatifnya disebabkan karena tidak mampu menggunakan logika dan analisis rasionalnya dengan baik. Hal ini pada umumnya ditemukan pada klien DM dalam penelitian dimana klien DM membiarkan pikiran negatif yang membelenggu hidupnya seperti berfikir menjadi beban keluarga, kondisi fisik tidak ada yang bagus lagi, pasangan hidup tidak menyayanginya lagi, mengganggu kenyamanan lingkungan, menjadi sumber masalah ekonomi dalam keluarga.

Beck dalam Townsend juga menjelaskan bahwa pikiran negatif dapat terjadi karena ketidakpercayaan seseorang terhadap kemampuan yang dimiliki dirinya sendiri yang dikaitkan dengan harga diri rendah, ketidakpastian seseorang dalam menggapai masa depan yang lebih baik yang dihubungkan dengan keputusasaan, dan kecemasan seseorang dalam menjalani hidup yang dihubungkan dengan ketidakberdayaan. Gejala yang diakibatkan oleh ketiga pikiran negatif ini merupakan tanda dan gejala yang dialami oleh seseorang yang juga mengalami depresi dan ansietas.

Hollon dan Kendal (1980) menjelaskan bahwa individu yang memiliki pikiran negatif ditandai dengan perasaan tidak mampu menyesuaikan diri dengan keinginan untuk melakukan perubahan hidup, memiliki harapan negatif dan konsep diri negatif, rendah diri, dan mudah menyerah. Tanda ini juga merupakan tanda dan gejala seseorang mengalami depresi dan ansietas. Hal ini pada umumnya ditemukan pada klien DM dalam penelitian dimana klien menjadi pendiam, pesimis, menarik diri, putus asa, cemas, tidak berdaya, dan menutup diri akibat pikiran negatif yang membelenggunya.

#### **6.5. Hubungan Kemampuan Memaknai Hidup dengan Depresi dan Ansietas**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan memaknai hidup mempunyai hubungan yang kuat terhadap perubahan kondisi depresi dan ansietas dan berpola negatif, artinya semakin tinggi kemampuan memaknai

hidup klien DM maka semakin rendah kondisi depresi dan ansietas yang dialami oleh klien dan begitu juga sebaliknya semakin rendah kemampuan memaknai hidup klien DM maka semakin tinggi kondisi depresi dan ansietas yang dialaminya.

Klien yang memiliki kemampuan yang baik dalam menemukan makna hidup dapat membuat hidupnya lebih berarti dan berharga. Ini sesuai dengan ungkapan Dyck (1987) bahwa makna hidup merupakan hal dasar yang membuat seseorang merasa lebih berarti dan motivasi dalam menggapai keberhasilan hidup. Orang yang tidak memiliki kemampuan memaknai hidup akan mengalami kehampaan hidup sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup dan akhirnya mengalami kehilangan tujuan hidup dan gairah hidup yang ditandai dengan murung, takut dan khawatir menjalani hari esok, tidak bersosialisasi, menarik diri, motivasi menurun, sedih yang berkepanjangan, dan akhirnya dapat menimbulkan keinginan untuk mengakhiri hidup. Tanda dan gejala ketidakbermaknaan ini sama dengan tanda dan gejala depresi dan ansietas. Sehingga kemampuan memaknai hidup adalah kemampuan yang harus dimiliki untuk mengatasi depresi, ansietas dan ketidakbermaknaan hidup.

Frankl dalam Loho (1978) menjelaskan bahwa tanda dan gejala yang dapat ditemui pada individu yang memiliki makna hidup adalah perasaan hampa, sedih, muram, tidak memiliki tujuan hidup yang jelas, apatis, merasa tidak berguna dan merasa bosan. Tanda dan gejala ketidakbermaknaan hidup ini juga ditemui pada klien depresi dan ansietas, dimana klien depresi dan ansietas juga mengalami perasaan kesedihan, cemas, putus asa, tidak berdaya, kehilangan minat, tidak bersemangat, malas beraktivitas sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup dan gairah hidup,.

Menurut peneliti sumber ketidakbermaknaan hidup berasal dari persepsi, keyakinan, dan pikiran yang negatif yang dimiliki oleh klien DM yang terus membelenggu hidup klien sehingga menyebabkan kondisi klien menjadi

depresi dan ansietas. Kondisi depresi dan ansietas yang terus membelenggu klien DM menyebabkan makna hidup klien menjadi hilang sehingga klien menjadi individu yang tidak produktif dan menjalani hari-hari dengan tanpa gairah.

## **6.6 Keterbatasan Penelitian**

### **6.6.1 Keterbatasan kondisi fisik klien DM**

Klien DM yang menjalani rawat inap umumnya memiliki kondisi fisik yang lemah sehingga peneliti tidak dapat memaksa klien untuk mengikuti terapi dalam waktu lebih dari 30 menit. Selain itu, klien memiliki terapi medis yang sudah dijadwalkan oleh rumah sakit. Waktu 30 menit adalah waktu minimal untuk pencapaian tujuan dalam terapi individu (Stuart, 2009), sedangkan rata-rata waktu yang dibutuhkan dalam masing-masing sesi pada penelitian ini adalah 30-60 menit. Klien juga terkadang terpasang alat-alat penunjang seperti selang infus, kateter dan bahkan selang oksigen sehingga kesulitan dalam menulis di buku kerjanya. Buku kerja yang digunakan terdiri dari banyak bagian yang harus diisi uraian dari hasil diskusi terapis dan klien. Hal ini membuat klien meminta bantuan peneliti untuk menuliskan hasil diskusi di buku kerja klien.

### **6.6.2 Keterbatasan tempat penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian "*quasi experimental non equivalent control group*" dengan pemberian intervensi terapi kognitif dan logoterapi. Menurut Polit dan Hungler (2001), pada penelitian kuasi eksperimen semua variabel harus dikendalikan. Tidak adanya ruangan khusus untuk dilakukannya terapi di bangsal rawat inap RSUP Dr M Djamil yang dijadikan tempat penelitian sehingga peneliti melakukan terapi di ruangan klien dimana menurut peneliti kurang kondusif dalam melakukan terapi.

## **6.7 Implikasi Hasil Penelitian**

Implikasi hasil penelitian yang menunjukkan adanya pengaruh terapi kognitif dan logoterapi terhadap perubahan depresi dan ansietas klien DM yang menjalani rawat inap di RSUP Dr M Djamil Padang adalah sebagai berikut:

### **6.7.1 Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Umum**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian terapi kognitif dan logoterapi di ruang rawat inap rumah sakit umum kepada klien DM dengan kondisi depresi dan ansietas dapat menurunkan kondisi depresi dan ansietasnya. Peningkatan kesehatan psikologis klien tentunya akan meningkatkan kesehatan klien DM secara keseluruhan, sehingga peran perawat jiwa di rumah sakit umum sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Oleh karena itu, penelitian ini dapat menjadi dasar bagi pihak pelayanan keperawatan rumah sakit umum untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan pemberian terapi kognitif dan logoterapi pada klien DM yang mengalami depresi dan ansietas.

Pemberian terapi kognitif dan logoterapi dapat dilakukan oleh perawat spesialis jiwa yang ada di wilayah rumah sakit. Pihak rumah sakit dapat membentuk klub DM dimana salah satu kegiatannya adalah terapi kognitif dan logoterapi. Pihak rumah sakit juga perlu memperhatikan kelancaran pengurusan jaminan kesehatan klien sehingga klien dan keluarga tidak memiliki beban psikologis selama menjalani perawatan.

### **6.7.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan**

Penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya dalam mengembangkan teori dalam pelaksanaan terapi kognitif dan logoterapi di tatanan pelayanan kesehatan umum. Proses belajar mengajar ditingkat spesialis dapat menggunakan hasil penelitian ini dalam melatih mahasiswa spesialis melakukan terapi

kognitif dan logoterapi kepada klien yang dirawat inap di rumah sakit umum.

### 6.7.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, yaitu metode *cohort* untuk melihat sejauh mana terapi kognitif dan logoterapi dapat membentuk perilaku yang membudaya pada klien DM dalam menangani depresi dan ansietas serta dalam meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup.

Penelitian ini dapat juga menjadi acuan penelitian lanjutan dengan menggunakan metode studi kualitatif untuk mengeksplorasi pengalaman atau makna hidup klien selama menderita DM dan cara-cara klien menghadapi masalah psikologis akibat DM. Penelitian selanjutnya juga dapat mengidentifikasi faktor-faktor lain yang berkontribusi terhadap perubahan kondisi depresi, ansietas, kemampuan mengubah pikiran negatif, dan kemampuan memaknai hidup pada klien DM yang menjalani rawat inap.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan uraian dalam pembahasan, maka dapat ditarik simpulan dari penelitian yang telah dilakukan dan peneliti mengemukakan beberapa saran demi perbaikan penelitian dengan area yang sama di kemudian hari. Adapun uraiannya adalah sebagai berikut:

#### **7.1. Kesimpulan**

- 7.1.1. Karakteristik klien diabetes melitus rata-rata berusia 53,57 tahun dengan lama sakit rata-rata 54,64 bulan, berjenis kelamin perempuan, bekerja, berpendidikan tinggi, dan berstatus kawin, serta berpenghasilan tinggi
- 7.1.2. Klien diabetes melitus yang mengalami kondisi depresi dan ansietas sebelum mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi sebanyak 79,3%
- 7.1.3. Kondisi depresi setelah diberikan terapi baik pada klien diabetes melitus yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi maupun pada klien diabetes melitus yang hanya mendapatkan terapi kognitif menjadi sehat (*non case* depresi), sedangkan pada klien diabetes melitus yang tidak mendapatkan terapi kondisinya masih berada pada resiko depresi
- 7.1.4. Pemberian terapi kognitif dan logoterapi dan pemberian terapi kognitif saja menurunkan kondisi depresi secara bermakna, tetapi penurunan kondisi depresi pada klien diabetes melitus yang mendapat terapi kognitif dan logoterapi lebih besar secara bermakna dibanding penurunan kondisi depresi pada klien diabetes melitus yang mendapat terapi kognitif
- 7.1.5. Kondisi ansietas setelah diberikan terapi baik pada klien diabetes melitus yang mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi maupun pada klien diabetes melitus yang hanya mendapatkan terapi kognitif menjadi sehat (*non case* ansietas), sedangkan pada klien diabetes

melitus yang tidak mendapatkan terapi kondisinya masih mengalami ansietas

- 7.1.6. Pemberian terapi kognitif dan logoterapi menurunkan kondisi ansietas klien diabetes melitus lebih besar secara bermakna dibanding dengan pemberian terapi kognitif saja dan tanpa terapi
- 7.1.7. Kemampuan mengubah pikiran negatif klien diabetes melitus sebelum intervensi sebesar 33,5%, dan kemampuan memaknai hidup klien diabetes melitus sebelum intervensi sebesar 28,2%.
- 7.1.8. Pemberian Terapi kognitif dan logoterapi dan pemberian terapi kognitif saja sama-sama meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif klien diabetes melitus secara bermakna, tetapi pemberian terapi kognitif dan logoterapi meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif klien diabetes melitus lebih besar secara bermakna dibanding pemberian terapi kognitif saja
- 7.1.9. Pemberian terapi kognitif dan logoterapi meningkatkan kemampuan memaknai hidup klien diabetes melitus lebih besar secara bermakna dibanding pemberian terapi kognitif saja
- 7.1.10. Kemampuan mengubah pikiran negatif klien diabetes melitus berhubungan kuat dan berpola negatif dengan kondisi depresi dan ansietas, artinya semakin tinggi kemampuan mengubah pikiran negatif klien diabetes melitus maka semakin rendah kondisi depresi dan ansietas yang dialaminya
- 7.1.11. Kemampuan memaknai hidup klien diabetes melitus berhubungan kuat dan berpola negatif dengan kondisi depresi dan ansietas, artinya semakin tinggi kemampuan memaknai hidup klien diabetes melitus maka semakin rendah kondisi depresi dan ansietas yang dialaminya
- 7.1.12. Karakteristik yang berkontribusi dengan kemampuan memaknai hidup klien diabetes melitus adalah pendidikan, status perkawinan, dan penghasilan.



## **7.2. Saran**

Terkait dengan kesimpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian, yaitu:

### **7.2.1. Aplikasi Pelayanan Keperawatan**

7.2.1.1. Perawat ruang rawat inap di RSUP Dr M Djamil Padang sebaiknya mengintegrasikan asuhan keperawatan jiwa dalam praktik pelayanan keperawatan pada klien yang menjalani rawat inap khususnya pada klien diabetes melitus. Perawat ruang rawat inap wajib mengkaji masalah psikologis klien dan mengatasinya.

7.2.1.2. Perawat ruangan yang berkompeten dalam memberikan terapi kognitif dan logoterapi sebaiknya memberikan terapi kognitif dan logoterapi pada hari pertama klien diabetes melitus dirawat inap ketika klien diabetes melitus terdeteksi mengalami depresi dan ansietas

7.2.1.3. Pemberian terapi kognitif dan logoterapi sebaiknya juga diikuti dengan pemberian terapi psikedukasi keluarga untuk hasil yang lebih memuaskan dalam menurunkan kondisi depresi dan ansietas klien diabetes melitus serta dalam meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif dan kemampuan memaknai hidup klien diabetes melitus

7.2.1.4. Pemberian terapi kognitif dan logoterapi sebaiknya diberikan dalam waktu yang lebih lama dan interval waktu yang agak panjang antar pertemuan

7.2.1.5. Pihak RSUP Dr. M Djamil Padang sebaiknya memiliki ruangan khusus di ruang rawat inap untuk melakukan terapi kognitif dan logoterapi.

7.2.1.6. Pihak RSUP Dr. M. Djamil Padang sebaiknya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan secara komprehensif melalui perekrutan tenaga perawat yang kompeten dalam memberikan terapi spesialis jiwa

7.2.1.7. Organisasi profesi sebaiknya terus mensosialisasikan peran perawat jiwa di tatanan pelayanan rumah sakit umum untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada klien yang menjalani rawat inap.

7.2.1.8. Organisasi profesi menetapkan terapi kognitif dan logoterapi sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa, khususnya dalam mengembangkan program *consultation liaison psychiatric nurse* (CLPN).

### **7.2.2. Keilmuan**

7.2.2.1. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa pada klien diabetes melitus yang mengalami depresi dan ansietas

7.2.2.2. Terapi kognitif dan logoterapi hendaknya dijadikan sebagai salah satu kompetensi perawat spesialis jiwa dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami depresi dan ansietas

### **7.2.3. Metodologi**

7.2.3.1. Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada klien diabetes melitus yang telah mendapatkan terapi kognitif dan logoterapi untuk mengetahui kemampuan klien dalam mengubah pikiran negatif dan memaknai hidup

7.2.3.2. Perlunya dilakukan penelitian terhadap bentuk intervensi keperawatan spesialistik lainnya dalam upaya menurunkan kondisi depresi dan ansietas klien diabetes melitus seperti kombinasi terapi psikoedukasi keluarga, SHG dan kognitif, atau psikoedukasi keluarga, SHG dan logoterapi

7.2.3.3. Perlu adanya penelitian yang menggabungkan terapi spesialis psikoedukasi keluarga dengan terapi kognitif dan logoterapi untuk mencapai perubahan depresi dan ansietas yang maksimal dari klien DM yang menjalani rawat inap.

7.2.3.4. Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya terus digunakan sebagai alat ukur dalam mengukur kondisi depresi dan ansietas dan melihat hasil pelaksanaan kegiatan terapi kognitif dan logoterapi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Alladin, A. (2009). *Evidence Based Cognitive Hypnotherapy for Depression*. 2 Maret 2012
- Bastaman. (2007). *Logoterapi: Psikologi Untuk Menemukan Makna Hidup dan Meraih hidup Bermakna*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Beckham, ED & Beckham, C. (2012). *Coping With Negative Thinking*. [http://www.drbeckham.com/handouts/chap03\\_coping\\_with\\_negative\\_thinking.pdf](http://www.drbeckham.com/handouts/chap03_coping_with_negative_thinking.pdf). 5 April 2012
- Bennett, P. (2003). *Abnormal and Clinical Psychology*. Philadelphia: Open University Press
- BKPM. (2012). *Display Ekonomi UMRD Sumatera Barat*. <http://regionalinvestment.bkpm.go.id/newsipid/id/ekonomiumrd.php?ia=13&is=45>. 5 April 2012.
- Blair, R.G. (2004). *Helping Older Adolescents Search for Meaning in Depression*. 5 Maret 2012.
- Brauer, L., Lewin, A.B., & Storch, E.A. (2011). *A Riview of Psychotherapy for Obsessive-Compulsive Disorder*. 29 Februari 2012
- Brunner & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Chambless, D. L., dkk. (1986). *Integrating Behavior Therapy and Psychotherapy in the Treatment of Agorafobia*. 5 Maret 2012.
- Depkes RI. (2007). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Balitbangkes Depkes RI
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dyck, M.J. (1987). *Cognitive Therapy and Logotherapy: Contrasting Views On Meaning*. Department of Psikology: University of Sidney
- Elvira, S. D. & Hadisukanto, G. (2010). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI
- Freeman, A. and Association. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. USA: Springer Science+Business Media, Inc.
- Friedman, dkk. (2007). *Cognitive Therapy Versus Medication in Augmentation and Switch Strategies as Second-Step Treatments*. 29 Februari 2012

- Gagnon, D. (2012). *How to Change Negative Thinking*. [http://www.montrealcbtpsychologist.com/userfiles/373150/file/Change\\_Your\\_Negative\\_Thinking.pdf](http://www.montrealcbtpsychologist.com/userfiles/373150/file/Change_Your_Negative_Thinking.pdf). 5 April 2012.
- Greene, B., Rathus, Spencer A., Nevid, Jeffrey S. (2006). *Abnormal Psychology in a Changing World*. 6th ed. New Jersey: Pearson Education Inc, Upper Saddle River.
- Hastono, S. P. (2007). *Modul Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat UI (tidak dipublikasikan).
- Hutzell, Robert R. (2008). *Logotherapy for Clinical Practice*. The American Psychological Assosiation.
- IDF. (2005). *Panduan Global Untuk Diabetes Tipe 2*. [www.idf.org.communication@idf.org](http://www.idf.org.communication@idf.org). 27 Februari 2012.
- Ingram, R. E. (2009). *The International Encyclopedia of Depression*. <http://books.google.co.id/books=-negative+thought+and+cognitive+checklist+%28CCL%29&source=negative%20thought%20and%20cognitive%20checklist%20%28CCL%29&f=false>. 15 April 2012.
- Kanine, E. (2011). *Pengaruh Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara*. Jakarta: FIK Ui (tidak dipublikasikan)
- Kaplan & Sadock. (2010). *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. ed 2. Jakarta: EGC
- Kendall, P.C. & Hollon, S.D. (2006). *Automatic Thoughts Quitionnaire*. <http://www.scribd.com/doc/53076993/12/Automatic-Thoughts-Questionnaire-ATQ>. 9 April 2012
- Kraus, S. (2012). *Five Steps for Declaring Independence from Negative Thinking*. <http://www.dbsalliance.org/pdfs/negthinkb.pdf>. 5 April 2012
- Kyrios, M., Mouding, R., & Nedelkovic, M. (2011). *Anxiety Disorder: Assessment and Management in General Practice*. diakses tanggal 29 Februari 2012
- Kristyaningsih, T. (2009). *Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUP Fatmawati*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan).
- LeMone, P. & Burke, K. (2008). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 4<sup>th</sup> Edition. New Jersey: Pearson-Prentice Hall.
- Livermore, N., Sharpe, L., & McKenzie, D. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder in Chronic Obstructive Pulmonar Disease: Two Case Studies*. 23 Februari 2012.

- Lightsey, O.R & Boyraz, G. (2011). *Do Positive Thinking and Meaning Mediate the Positive Affect-Life Satisfaction Relationship*. 12 April 2012
- Mansjoer, A., dkk. (2009). *Kapita Selekta Kedokteran: Edisi Ketiga Jilid Pertama*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Murdiono, W.R. (2011). *Pengaruh Tindakan Keperawatan Generalis Harga Diri Rendah dan Terapi Kelompok Suportif Terhadap Harga Diri pada Klien DM di RS Panembahan Senopati Bantul*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan).
- NANDA- International. (2009). *Nursing Diagnoses: Definition & Classification*. UK: Wiley-Blackwell.
- Nauli, FA. (2011). *Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga Terhadap Depresi dan Kemampuan Lansia Dalam Memaknai Hidup di Kelurahan Katulampa Bogor Timur*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan)
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2008). *Abnormal Psychology in A Changing World*. 7<sup>th</sup> Edition. New Jersey: Pearson-Prentice Hall.
- Nichols, J. (2011). *Treating Adolescent With Depression*. 2 Maret 2012
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Oei, Tian PS., & Browne, A. (2006). *Components of Group Process: Have They Contributed to the Outcome of Mood and Anxiety Disorder Patient in a Group Cognitive-Behavior Therapy Program*. 15 Februari 2012.
- PERKENI. (2011). *Konsesus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2011*. Jakarta: PB PERKENI
- Price, S.A. & Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. 6<sup>th</sup> Edition. Jakarta: EGC.
- Purba, C.I. (2008). *Pengalaman Ketidapatuhan Pasien Terhadap Penatalaksanaan Diabetes Melitus di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Jakarta: FIK UI
- Rupke, S.J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). *Cognitive Therapy for Depression*. 29 Februari 2012
- Sabri, L. & Hastono, S. P. (2009). *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S., (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Schulenberg, S.E, dkk. (2008). *Logotherapy for Clinical Practice*. Diakses tanggal 22 Februari 2012.

- Soegondo, S., dkk. (2009). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu: Sebagai Panduan Penatalaksanaan Diabetes Melitus Bagi Dokter Maupun Edukator Diabetes*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Southwick, S.M., Gilmartin, R., McDonough, P., & Morrissey, P. (2006). *Logotherapy as an Adjunctive Treatment for Chronic Combat-Related PTSD: A Meaning-Based Intervention*. 22 Februari 2012.
- Spek, V., dkk. (2006). *Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety: a Meta-Analysis*. 15 Februari 2012.
- Steger, M.F. (2009). Meaning in Life, Anxiety, Depression, and General Health Among Smoking Cessation Patients. [http://michaelfsteger.com/Documents/\\_Steger,%20Mann,%20Michels,%20Cooper,%20JPR,%202009.pdf](http://michaelfsteger.com/Documents/_Steger,%20Mann,%20Michels,%20Cooper,%20JPR,%202009.pdf). 15 April 2012
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9<sup>th</sup> ed.). Canada: Mosby, Inc.
- Sudoyo, A.W, dkk. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FK UI
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2007). *Statistika Untuk Penelitian*.Banfung: Alfabeta.
- Sutejo. (2009). *Pengaruh Logoterapi Kelompok Terhadap Ansietas Pada Penduduk Pasca Gempa di Kabupaten Klaten Provinsi Jawa Tengah*. Jakarta: FIK UI
- Townsend, M.C., (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Varcarolis, E.M. and Halter, M.J., (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*, (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

**JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN**  
**PENGARUH CT DAN LOGOTERAPI TERHADAP DEPRESI, ANSIETAS, KEMAMPUAN MENGUBAH PIKIRAN NEGATIF,**  
**DAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN DIABETES MELITUS DI RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG, TAHUN 2012**

No.	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2012)																												
		Februari				Maret					April				Mei			Juni					Juli							
		1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	1	7	14	21	28	5	12	19	26			
1.	Penyusunan dan Uji Proposal	█																												
2.	Pengurusan izin administrasi Penelitian											█	█	█	█	█														
3.	Pengumpulan data														█	█	█	█												
4.	Analisis dan penafsiran data																█	█	█	█	█	█								
5.	Penyusunan Laporan Akhir																					█	█	█						
6.	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																											█		
7.	Perbaikan hasil seminar penelitian																											█		
8.	Sidang Tesis																												█	
9.	Perbaikan hasil sidang tesis																												█	
10.	Pengumpulan Tesis																													█



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kondisi Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Peneliti : Rika Sarfika

Nomor telepon : 0852833083

Saya, Rika Sarfika (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi terhadap Kondisi Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Umum.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara :

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.
3. Menghargai hak responden bila tidak ingin melanjutkan partisipasinya dalam penelitian.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan saudara untuk bersedia menjadi responden.

Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Peneliti

## LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca dan mendapat penjelasan langsung dari peneliti tentang penelitian ini serta mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini yang nantinya berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya dalam upaya memelihara dan mempertahankan kesehatan jiwa khususnya pada klien diabetes melitus.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Padang, April 2012

Responden,

.....

**Kuesioner A**  
**KARAKTERISTIK KLIEN DIABETES MELITUS**

---

**Petunjuk Pengisian:**

Mohon untuk melengkapi biodata dibawah ini dan beri tanda ceklist (√) pada kotak yang tersedia.

**Biodata Responden**

1. Nomor responden : \_\_\_\_\_ (diisi oleh peneliti)
2. Inisial responden : \_\_\_\_\_ (diisi oleh peneliti)
3. Umur : \_\_\_\_\_ thn
4. Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan
5. Pendidikan terakhir :  SD  SMP  SMA  Perguruan tinggi  
 Tidak sekolah
6. Status perkawinan :  Kawin  Tidak kawin  Cerai
7. Pekerjaan :  PNS  Pegawai swasta  Wiraswasta  
 Pensiun  Petani  Lain-lain
8. Penghasilan :  < Rp. 1.150.000,-  > Rp. 1.150.000,-
9. Lama menderita DM : \_\_\_\_\_ (dalam bulan)

## Kuesioner B

### Kondisi Depresi dan Ansietas Klien Diabetes Melitus

---

No. Responden :   (diisi oleh peneliti)

#### Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah pernyataan dengan teliti dan pahami setiap makna pernyataan dengan baik
2. Jawablah setiap pernyataan sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/Saudara/i rasakan saat ini. Tidak ada jawaban yang benar atau salah pada setiap pernyataan, hasil pernyataan ini hanya menggambarkan kondisi yang bapak/ibu/saudara/i alami saat ini. Jawaban terdiri dari 4 (empat) pilihan, yaitu:

- 0 = Tidak pernah
- 1 = Jarang
- 2 = Kadang-kadang
- 3 = Sering

3. Beri tanda *checklist* (√) pada setiap jawaban yang sesuai dengan perasaan yang Bapak/Ibu/Saudara/i alami saat ini
4. Hasil kuesioner ini tidak akan berarti bila bapak/ibu/saudara/i memberikan jawaban yang bukan gambaran yang sebenarnya tentang kondisi perasaan yang bapak/ibu/saudara/i alami saat ini

No	Pernyataan	Tidak Pernah (0)	Jarang (1)	Kadang-kadang (2)	Sering (3)
1	Saya merasa tegang atau ingin marah				
2	Saya tetap dapat menikmati hal-hal yang biasanya saya nikmati				
3	Saya merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi				
4	Saya dapat tertawa setiap melihat sisi yang menyenangkan dari suatu hal				

No	Pernyataan	Tidak Pernah (0)	Jarang (1)	Kadang-kadang (2)	Sering (3)
5	Hal-hal yang mencemaskan terlintas dalam pikiran saya				
6	Saya merasa gembira				
7	Saya bisa duduk dengan senang dan merasa tenang/santai				
8	Saya merasa seolah-olah saya tidak bersemangat				
9	Disaat gugup dan khawatir,perut saya terasa tidak nyaman dan jantung saya berdebar-debar				
10	Saya kehilangan minat untuk melakukan sesuatu				
11	Saya merasa tidak pernah lelah saat saya melakukan sesuatu				
12	Saya menantikan dengan rasa senang hal-hal yang akan terjadi				
13	Saya tiba-tiba merasa panik				
14	Saya dapat menikmati, membaca buku, mendengarkan radio atau menonton televisi				

## Kuesioner C

### Pikiran Negatif Klien Diabetes Melitus

No. Responden :   (diisi oleh peneliti)

#### Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah pernyataan yang telah disediakan pada kolom pernyataan dengan teliti dan pahami setiap makna pernyataan dengan baik
2. Jawablah setiap pernyataan sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/Saudar/i rasakan saat ini. Tidak ada jawaban yang benar atau salah pada setiap pernyataan, hasil pernyataan ini hanya menggambarkan kondisi yang bapak/ibu/saudara/i alami saat ini. Jawaban terdiri dari 5 (lima) pilihan, yaitu:
  - 0= Selalu
  - 1= Sering
  - 2= Kadang-kadang
  - 3= Jarang
  - 4= Tidak pernah
3. Beri tanda *checklist* (√) pada setiap jawaban yang sesuai dengan perasaan yang Bapak/Ibu/Saudara/i alami saat ini
4. Hasil kuesioner ini tidak akan berarti bila bapak/ibu/saudara/i memberikan jawaban yang bukan gambaran yang sebenarnya tentang kondisi perasaan yang bapak/ibu/saudara/i alami saat ini.

No	Pernyataan	SL (0)	SR (1)	KK (2)	JR (3)	TP (4)
1	Saya berfikir bahwa hidup ini tidak adil					
2	Saya pikir saya tidak ada gunanya lagi karena tidak mampu mengerjakan hal-hal yang biasanya saya kerjakan					
3	Saya pikir sulit untuk bisa sehat seperti dulu					

No	Pernyataan	SL (0)	SR (1)	KK (2)	JR (3)	TP (4)
4	Saya merasa tidak ada seorangpun yang bisa memahami keadaan saya saat ini					
5	Saya merasa bahwa saya hanya merepotkan orang					
6	Saya merasa sulit menjalani kondisi ini					
7	Saya yakin kondisi saya bisa membaik					
8	Badan saya terasa sangat lemah					
9	Saya pikir keinginan untuk bisa melakukan pekerjaan seperti dulu tidak akan bisa tercapai					
10	Saya sangat kecewa pada diri saya sendiri atas apa yang telah terjadi saat ini					
11	Saya merasa tidak ada yang bagus lagi dalam hidup ini					
12	Saya merasa bosan dengan kondisi ini					
13	Saya pikir sulit membangun kembali hal yang telah hilang dari hidup saya					
14	Saya pikir sangat sulit untuk merubah kebiasaan-kebiasaan yang biasanya saya lakukan					
15	Saya tidak mau memikirkan hal-hal yang akan terjadi					
16	Saya tidak bisa merasakan kebersamaan ketika berada dengan orang-orang disekeliling saya					
17	Saya benci atas apa yang sudah terjadi pada diri saya					
18	Saya merasa tidak berharga lagi					

	<b>Pernyataan</b>	<b>SL (0)</b>	<b>SR (1)</b>	<b>KK (2)</b>	<b>JR (3)</b>	<b>TP (4)</b>
19	Saya berpikir rasanya ingin hilang saja dari kehidupan ini					
20	Saya bingung apa yang harus saya lakukan					
21	Saya sudah pasrah menerima kondisi ini					
22	Saya pikir saya hanya menjadi beban saja					
23	Saya telah gagal dalam menjaga kesehatan saya					
24	Saya pikir saya tidak akan pernah bisa merubah apa yang sudah terjadi					
25	Saya merasa tidak berdaya dengan kondisi ini					
26	Saya memikirkan hal-hal yang bisa saya lakukan untuk memulihkan penyakit saya					
27	Saya pikir saya harus merubah kebiasaan buruk yang dapat mengakibatkan kondisi sakit saya tambah parah					
28	Saya berpikir penyakit ini sulit disembuhkan					
29	Saya pikir tidak mungkin akan mengalami penyakit gula ini					
30	Saya berpikir saya tidak akan mungkin bisa bekerja lagi					



## Kuesioner D

### Makna Hidup Klien Diabetes Melitus

---

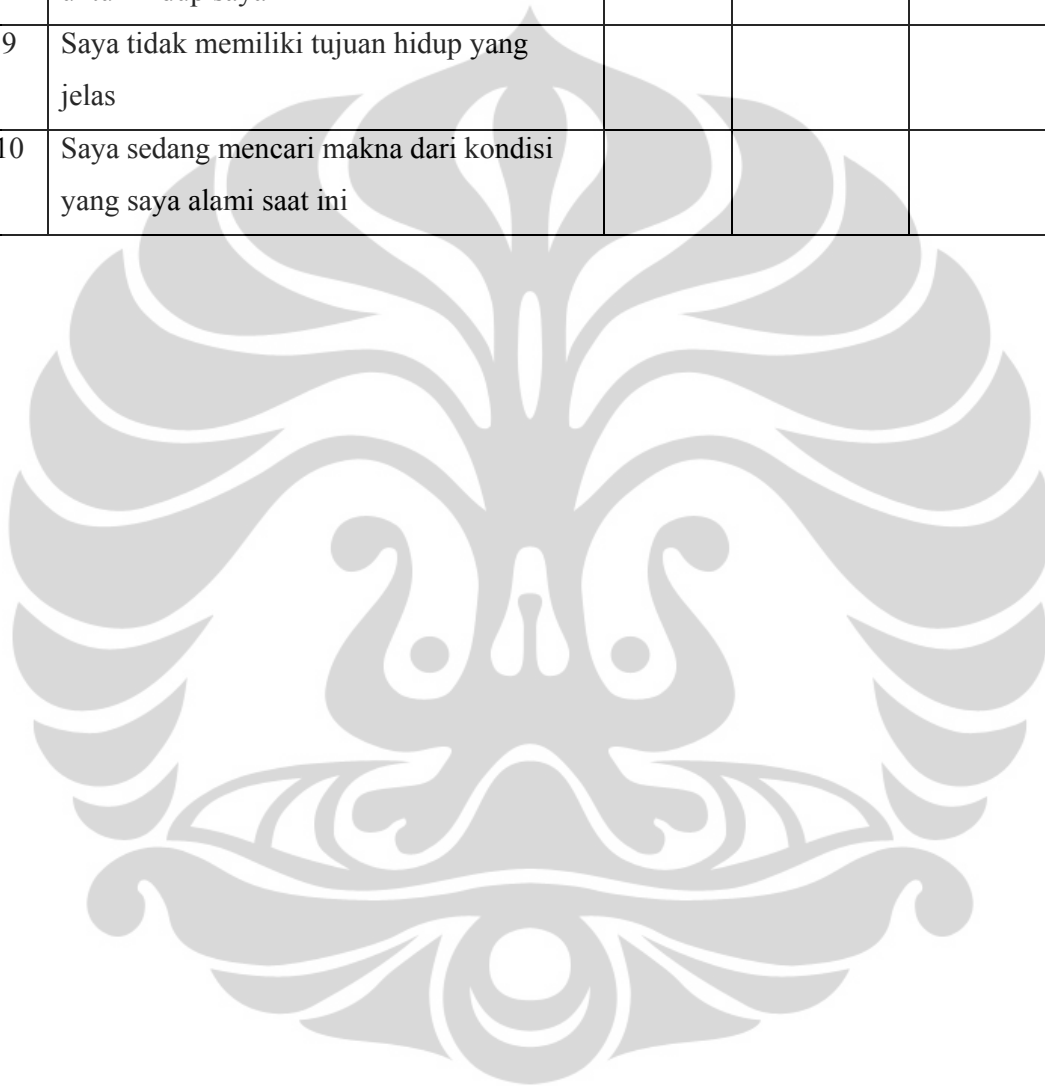
No. Responden :   (diisi oleh peneliti)

#### Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah pernyataan dibawah ini dengan teliti dan pahami setiap makna pernyataan dengan baik
2. Jawablah setiap pernyataan sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/Saudar/i rasakan saat ini. Tidak ada jawaban yang benar atau salah pada setiap pernyataan, hasil pernyataan ini hanya menggambarkan kondisi yang bapak/ibu/saudara/i alami saat ini. Jawaban terdiri dari 3 (tiga) pilihan, yaitu:
  - 0 = Tidak pernah
  - 1 = Kadang-kadang
  - 2 = Iya
- a. Beri tanda *checklist* (√) pada setiap jawaban yang sesuai dengan perasaan yang Bapak/Ibu/Saudara/i alami saat ini
- b. Hasil kuesioner ini tidak akan berarti bila bapak/ibu/saudara/i memberikan jawaban yang bukan gambaran yang sebenarnya tentang kondisi perasaan yang bapak/ibu/saudara/i alami saat ini

No	Pernyataan	Ya	Kadang-kadang	Tidak
1	Saya memahami arti hidup saya			
2	Saya berusaha mencari sesuatu yang dapat membuat saya memiliki arti hidup			
3	Saya selalu berusaha untuk menemukan tujuan hidup saya			
4	Saya memiliki tujuan hidup yang jelas			
5	Saya memiliki perasaan yang baik agar hidup saya memiliki arti			
6	Saya merasa puas ketika saya menemukan tujuan hidup			

No	Pernyataan	Ya	Kadang-kadang	Tidak
7	Saya selalu mencari sesuatu yang dapat membuat hidup saya menjadi lebih baik			
8	Saya sedang mencari tujuan atau misi untuk hidup saya			
9	Saya tidak memiliki tujuan hidup yang jelas			
10	Saya sedang mencari makna dari kondisi yang saya alami saat ini			





## UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik@ui.ac.id](mailto:humasfik@ui.ac.id) Web Site : [www.fik.ui.ac.id](http://www.fik.ui.ac.id)

### KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi terhadap Kondisi Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus di RSUP DR. M. Djamil Padang.**

Nama peneliti utama : Rika Sarfika

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 2 Mei 2012

Dekan,

Ketua,



NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

## KETERANGAN LOLOS EXPERT VALIDITY

Expert Validity Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Guna melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian, Keperawatan Jiwa telah mengkaji dengan teliti Modul Terapi Kognitif Sebagai Latihan Meningkatkan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif pada Klien Depresi dan Ansietas, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kondisi Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Nama Peneliti : Rika Sarfika  
NPM : 1006801033  
Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Modul *DISETUIJUI* untuk dipergunakan.

Depok, April 2012

Expert Validity



Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc

## KETERANGAN LOLOS EXPERT VALIDITY

Expert Validity Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Guna melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian, Keperawatan Jiwa telah mengkaji dengan teliti **Modul Logoterapi Individu Sebagai Latihan Meningkatkan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Depresi dan Ansietas**, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kondisi Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Nama Peneliti : Rika Sarfika  
NPM : 1006801033  
Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Modul **DISETUIJUI** untuk dipergunakan.

Depok, April 2012

Expert Validity



Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc.

## KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

Tim penguji kompetensi keperawatan jiwa Universitas Indonesia dalam upaya melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian keperawatan jiwa telah mengkaji dengan teliti **Modul Terapi Kognitif Sebagai Latihan untuk Meningkatkan Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif pada Klien Diabetes Melitus yang Mengalami Depresi dan Ansietas dan Modul Logoterapi Individu (Medical Ministry) Sebagai Latihan Untuk Meningkatkan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus yang Mengalami Depresi dan Ansietas**, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul **Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kondisi Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang.**

Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia telah melakukan uji kompetensi pada:

Nama : Rika Sarfika



NPM : 1006801033

Nama Institusi: Universitas Indonesia dan telah dinyatakan **L U L U S** untuk melaksanakan **Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi Terhadap Kondisi Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang.**

Depok, April 2012

Pembimbing,

Penguji,

  
(Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc)  (Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp.Kep.J)



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik@ui.ac.id](mailto:humasfik@ui.ac.id) Web Site : [www.fik.ui.ac.id](http://www.fik.ui.ac.id)

Nomor : 2193/H2.F12.D/PDP.04.00/2012  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

7 Mei 2012

Yth. Direktur  
RSUP Dr. M.Djamil Padang  
Jl Perintis Kemerdekaan  
Padang

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas nama:

**Sdr. Rika Sarfika**  
**NPM 1006801033**

akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi terhadap Kondisi Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif, dan Kemampuan Memaknai Hidup pada Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M. Djamil Padang".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan  
Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kabid Keperawatan RSUP Dr. M.Djamil Padang
3. Kepala Diklit RSUP Dr. M.Djamil Padang
4. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
5. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
6. Pertinggal



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Fax. 7864124  
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.ac.id

Nomor : 800 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan pengambilan data

23 Februari 2012

Yth. Direktur  
RSUP Dr. M Djamil Padang  
Jl. Perintis Kemerdekaan  
Padang.

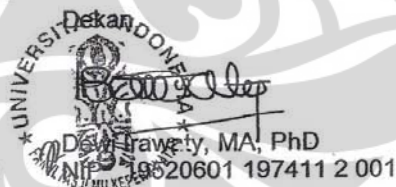
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Jiwa atas nama:

**Sdr. Rika Sarfika**  
**NPM 1006801033**

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di RSUP Dr. M.Djamil Padang sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan judul Pengaruh CT dan Logotherapy terhadap Persepsi Sikap dan Prilaku Pasien DM yang mengalami Depresi dan HDR di RSUP Dr. M.Djamil Padang.

Sebagai informasi kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih



Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Diklat RSUP Dr. M.Djamil Padang
3. Kabid Keperawatan RSUP Dr. M.Djamil Padang
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN**  
**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**  
**Jl. Perintis Kemerdekaan Telp. 32373**

14 Mei 2012

Nomor : LB.00.02.07. 72  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data  
a.n. Rika Sarfika

Yang terhormat,  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
di  
Depok

Sehubungan dengan surat Ibu No.800/H2.F12.D/PDP.04.02/2012 tanggal 23 Februari 2012 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Rika Sarfika  
NIM/BP : 1006801033  
Institusi : Program Pendidikan Magister FIK Universitas Indonesia

Untuk mendapatkan informasi di RSUP DR. M. Djamil Padang dalam rangka pembuatan karya tulis/thesis yang berjudul:

**“Pengaruh Terapi Kognitif dan Logotherapy Terhadap Depresi, Ansietas,  
Kemampuan Mengubah Fikiran Negatif dan Kemampuan Memaknai Hidup Pada Klien  
Diabetes Mellitus di RSUP DR. M. Djamil Padang”**

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Semua informasi yang diperoleh di RSUP DR. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain
2. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Perpustakaan RSUP DR. M. Djamil Padang
3. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur Umum, SDM & Pendidikan  
Kabag Pendidikan & Penelitian  
Kasubag. Bid. Medis

**dr. Oea Khatasyaf, SpP**  
NIDN 2005011001

Tembusan:

1. Ka. Dinas Kesehatan Prop. Sumatera Barat
2. Ka. Inst. Rekam Medis, Ka. Inst. Rawat Jalan Ka. Ima Non Bedah (Peny. Dalam) RSUP DR. M. Djamil Padang
3. yang bersangkutan
4. arsip

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata:**

Nama : Rika Sarfika  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang Tae, Pesisir Selatan/ 15 September 1984  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan  
Stikes Indonesia Padang  
Alamat Instansi : Jln. Raya Khatib Sulaiman, no 17 Padang  
Alamat Rumah : Komp. Cendana Mata Air Timur, Tahap 2, Blok H/1A,  
RT 003/RW004, 25216 Padang

### **Riwayat Pendidikan:**

SDN No 55 Padang Tae Sutera, Pesisir Selatan : Lulus tahun 1994  
SLTPN 1 Sutera, Pesisir Selatan : Lulus tahun 2000  
SMA Negeri 2 Painan, Pesisir Selatan : Lulus tahun 2003  
Program Sarjana Ilmu Keperawatan UNAND : Lulus tahun 2008  
Program Profesi Ilmu Keperawatan UNAND : Lulus tahun 2010  
Program Magister Keperawatan FIK-UI : Lulus tahun 2012

### **Riwayat Pekerjaan:**

Staf dan Pengajar Stikes Alifah Padang : 2009 - 2010  
Pengajar Stikes Indonesia Padang : 2011 - sekarang



UNIVERSITAS INDONESIA

**MODUL**

**TERAPI KOGNITIF UNTUK MENINGKATKAN KEMAMPUAN  
MENGUBAH PIKIRAN NEGATIF KLIEN DIABETES MELITUS  
YANG MENGALAMI DEPRESI DAN ANSIETAS**

**OLEH :**

**Ns. Tjahyanti Kristyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J**

**Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App. Sc,**

**Novy Helena, C.D.,S.Kp., M.Sc.**

**Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp. Kep. J**

**Ns. Rika Sarfika, S.Kep**

**Ns. Jesica Pasaribu, S.Kep**

**PROGRAM MAGISTER FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA**

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK, 2012**

**MODUL**

**TERAPI KOGNITIF UNTUK MENINGKATKAN KEMAMPUAN  
MENGUBAH PIKIRAN NEGATIF KLIEN DIABETES MELITUS  
YANG MENGALAMI DEPRESI DAN ANSIETAS**

**OLEH :**

**Ns. Tjahyanti Kristyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J**

**Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App. Sc,**

**Novy Helena, C.D.,S.Kp., M.Sc.**

**Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp. Kep. J**

**Ns. Rika Sarfika, S.Kep**

**Ns. Jessica Pasaribu, S.Kep**

**PROGRAM MAGISTER FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA**

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK, 2012**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kehadiran dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan penyusunan modul terapi kognitif sebagai latihan untuk meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif pada klien diabetes melitus yang mengalami depresi dan ansietas. Modul ini sebagai pedoman yang dapat digunakan dalam lingkungan rumah sakit yang berbasis klien yang mengalami masalah penyakit DM. Untuk itu dalam modul ini akan diberikan penjelasan mengenai pelaksanaan pada tiap-tiap sesi.

Modul ini tidak akan dapat diselesaikan jika tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih kepada pihak yang telah mendukung penyusunan modul ini. Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada Rektor Universitas Indonesia dan Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia beserta jajarannya atas izin dan dukungannya dalam penyusunan modul ini.

Kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak agar modul ini dapat dikembangkan baik dalam lingkungan rumah sakit maupun dalam lingkungan masyarakat sehingga modul ini dapat memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya bagi keperawatan jiwa

Depok, April 2012

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul .....	i
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi .....	iv
Bab 1 Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan .....	4
1.3 Manfaat .....	5
Bab 2 Proses Pelaksanaan	
Sesi 1: Mengidentifikasi pikiran otomatis yang negatif dan penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif pertama.....	6
Sesi 2: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif kedua .....	14
Sesi 3: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif ketiga .....	21
Sesi 4: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.....	26
Sesi 5: <i>Support system</i> .....	31
Bab 3 Penutup .....	40
Daftar Pustaka	

## DAFTAR PUSTAKA

- Alladin, A. (2009). *Evidence Based Cognitive Hypnotherapy for Depression*. 2 Maret 2012
- Beckham, ED & Beckham, C. (2012). *Coping With Negative Thinking*. [http://www.drbeckham.com/handouts/chap03\\_coping\\_with\\_negative\\_thinking.pdf](http://www.drbeckham.com/handouts/chap03_coping_with_negative_thinking.pdf). 5 April 2012
- Bennett, P. (2003). *Abnormal and Clinical Psychology*. Philadelphia: Open University Press
- Brunner & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Chambless, D. L., dkk. (1986). *Integrating Behavior Therapy and Psychotherapy in the Treatment of Agoraphobia*. 5 Maret 2012.
- Depkes RI. (2007). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Balitbangkes Depkes RI
- Elvira, S. D. & Hadisukanto, G. (2010). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI
- Freeman, A. and Association. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. USA: Springer Science+Business Media, Inc.
- Friedman, dkk. (2007). *Cognitive Therapy Versus Medication in Augmentation and Switch Strategies as Second-Step Treatments*. 29 Februari 2012
- Gagnon, D. (2012). *How to Change Negative Thinking*. [http://www.montrealcbtpsychologist.com/userfiles/373150/file/Change\\_Your\\_Negative\\_Thinking.pdf](http://www.montrealcbtpsychologist.com/userfiles/373150/file/Change_Your_Negative_Thinking.pdf). 5 April 2012.
- Greene, B., Rathus, Spencer A., Nevid, Jeffrey S. (2006). *Abnormal Psychology in a Changing World*. 6th ed. New Jersey: Pearson Education Inc, Upper Saddle River.
- IDF. (2005). *Panduan Global Untuk Diabetes Tipe 2*. [www.idf.org.communication@idf.org](http://www.idf.org.communication@idf.org). 27 Februari 2012.
- Ingram, R. E. (2009). *The International Encyclopedia of Depression*. <http://books.google.co.id/books=negative+thought+and+cognitive+checklist+%28CCL%29&source=negative%20thought%20and%20cognitive%20checklist%20%28CCL%29&f=false>. 15 April 2012.
- Kaplan & Sadock. (2010). *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. ed 2. Jakarta: EGC

- Hollon, S.D. (2006). *Automatic Thoughts Quitionnaire*.  
<http://www.scribd.com/doc/53076993/12/Automatic-Thoughts-Questionnaire-ATQ>. 9 April 2012
- Kraus, S. (2012). *Five Steps for Declaring Independence from Negative Thinking*.  
<http://www.dbsalliance.org/pdfs/negthinkb.pdf>. 5 April 2012
- Kyrios, M., Mouding, R., & Nedelkovic, M. (2011). *Anxiety Disorder: Assessment and Management in General Practice*. diakses tanggal 29 Februari 2012
- Kristyaningsih, T. (2009). *Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUP Fatmawati*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan).
- LeMone, P. & Burke, K. (2008). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 4<sup>th</sup> Edition. New Jersey: Pearson-Prentice Hall.
- Livermore, N., Sharpe, L., & McKenzie, D. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder in Chronic Obstructive Pulmonar Disease: Two Case Studies*. 23 Februari 2012.
- Mansjoer, A., dkk. (2009). *Kapita Selekta Kedokteran: Edisi Ketiga Jilid Pertama*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Murdiono, W.R. (2011). *Pengaruh Tindakan Keperawatan Generalis Harga Diri Rendah dan Terapi Kelompok Suportif Terhadap Harga Diri pada Klien DM di RS Panembahan Senopati Bantul*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan).
- NANDA- International. (2009). *Nursing Diagnoses: Definition & Classification*. UK: Wiley-Blackwell.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2008). *Abnormal Psychology in A Changing World*. 7<sup>th</sup> Edition. New Jersey: Pearson-Prentice Hall.
- Nichols, J. (2011). *Treating Adolescent With Depression*. 2 Maret 2012
- Oei, Tian PS., & Browne, A. (2006). *Components of Group Process: Have They Contribud to the Outcome of Mood and Anxiety Disorder Patient in a Group Cognitive-Behavior Therapy Program*. 15 Februari 2012.
- PERKENI. (2011). *Konsesus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2011*. Jakarta: PB PERKENI
- Price, S.A. & Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. 6<sup>th</sup> Edition. Jakarta: EGC.
- Rupke, S.J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). *Cognitive Therapy for Depression*. 29 Februari 2012



- Soegondo, S., dkk. (2009). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu: Sebagai Panduan Penatalaksanaan Diabetes Melitus Bagi Dokter Maupun Edukator Diabetes*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Spek, V., dkk. (2006). *Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety: a Meta-Analysis*. 15 Februari 2012.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9<sup>th</sup> ed.). Canada: Mosby, Inc.
- Sudoyo, A.W, dkk. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FK UI
- Townsend, M.C., (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Varcarolis, E.M. and Halter, M.J., (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*, (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit degeneratif yang dapat menyebabkan masalah psikososial bagi penderitanya. Kaplan dan Sadock (2010) mengungkapkan bahwa ensefalopati metabolik mampu menimbulkan perubahan proses mental, perilaku, dan fungsi neurologis. Beberapa klien menjadi agitasi, cemas, dan hiperaktif, yang lain dapat menjadi pendiam, menarik diri, dan tidak aktif lagi. *National Institute for Clinical Excellence* (NICE); IDF (2005) juga menyatakan bahwa klien DM sering mengalami depresi. Gray, dkk (1994); Cavusaglu (2001); Murdiono (2011) mengungkapkan pada klien DM yang tidak terkontrol memiliki berbagai masalah psikososial seperti tingkat ketergantungan, depresi, harga diri rendah dan kecemasan jika dibandingkan dengan klien DM yang terkontrol. Stuart (2009) menyatakan bahwa kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh sering disertai dengan depresi. Videbeck (2008) menyatakan bahwa stressor kronis seperti yang disebabkan oleh masalah kesehatan dapat menimbulkan gangguan ansietas. Kaplan dan Saddock (2009) mengungkapkan bahwa pasien diabetes memiliki episode ansietas. Dua per tiga klien dengan gejala depresif memiliki gejala ansietas yang menonjol dan sepertiganya dapat memenuhi kriteria diagnosa gangguan panik. Dengan demikian jelaslah bahwa setiap klien DM akan beresiko mengalami masalah psikososial terutama masalah depresi dan ansietas.

Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang memunculkan gejala yang mengindikasikan adanya disfungsi afek, emosi, pikiran dan aktivitas-aktivitas umum (Copel, 2007). Pasien dapat mengungkapkan bahwa mereka merasa murung, tidak ada harapan, terbuang dan tidak berharga. Depresi yang merupakan salah satu gangguan kesehatan jiwa khususnya gangguan *mood* atau gangguan alam perasaan ini dapat mengganggu kehidupan individu. Individu diliputi kesedihan jangka panjang

dan drastis, agitasi, disertai dengan keraguan terhadap diri sendiri, rasa bersalah, dan marah yang dapat mengubah aktivitas hidupnya terutama aktivitas yang melibatkan harga diri, pekerjaan dan hubungan dengan orang lain (Videbeck, 2001).

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2009). Menurut Kaplan dan Saddock (2010) pengalaman ansietas terdiri dari kesadaran akan sensasi fisiologis dan kesadaran akan rasa gugup atau ketakutan. Selain pengaruh viseral dan motorik, ansietas juga mempengaruhi pikiran, persepsi, dan pembelajaran yang cenderung menimbulkan kebingungan dan distorsi persepsi yang dapat menurunkan konsentrasi, mengurangi daya ingat dan membuat asosiasi. Respon ansietas juga sering dihubungkan dengan masalah harga diri rendah dan ketidakberdayaan (NANDA, 2001; Stuart 2009). Jadi pada klien DM yang mengalami depresi dan ansietas dapat ditemukan masalah keperawatan HDR, ketidakberdayaan dan keputusan.

Psikoterapi adalah terapi atau pengobatan yang menggunakan cara-cara psikologik, dilakukan oleh seseorang yang terlatih khusus, yang menjalin hubungan kerjasama secara profesional dengan seorang pasien dengan tujuan untuk menghilangkan, mengubah atau menghambat gejala-gejala dan penderitaan akibat penyakit (Elvira & Hadisukanto, 2010). Psikoterapi dapat diberikan secara individu, kelompok maupun kepada keluarga. Psikoterapi individu adalah suatu metode terapi yang bertujuan untuk menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara fikir dan cara individu tersebut berperilaku (Videbeck, 2008). Sehingga pendekatan terapi secara individu kepada klien yang mengalami masalah depresi dan ansietas diharapkan lebih efektif untuk mengatasi masalah yang dialami oleh klien.

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada individu yang mengalami depresi dan ansietas adalah terapi kognitif (Newman, 1994; Liadlow, et al,

2003; Rupek, Blecke, & Renfrow, 2006; Alladin, 2009; Kaplan & Saddock, 2010; & Varcarolis & Halter, 2010). Banyak studi yang menjelaskan tentang efektifitas terapi kognitif dalam mengatasi kondisi depresi dan ansietas. Townsend (2009) menjelaskan bahwa terapi kognitif juga dapat membantu individu mengatasi respon ansietas akibat yang ditimbulkan oleh distorsi pikiran negatif. Rupke, Blecke dan Renfrow (2006) menyatakan bahwa terapi kognitif efektif untuk mengatasi depresi dan memiliki efektifitas yang sama dengan antidepresan dan terapi interpersonal atau psikodinamik, kombinasi terapi kognitif dengan antidepresan sangat efektif untuk mengatasi depresi kronik. Terapi kognitif juga bagus digunakan untuk pasien yang mempunyai masalah respon parsial pada terapi antidepresan yang adekuat, dan juga efektif diberikan pada remaja yang mengalami depresi. Nevid, Rathus, dan Greene, (2006) menjelaskan bahwa terapi kognitif efektif untuk mengatasi klien yang memiliki emosi negatif seperti ansietas dan depresi yang disebabkan oleh interpretasi yang keliru terhadap peristiwa-peristiwa yang mengganggu yang tidak berasal dari peristiwa-peristiwa mereka sendiri. Jadi Terapi kognitif efektif mengatasi masalah depresi dan ansietas.

Penelitian yang terkait tentang terapi kognitif pada klien depresi antara lain Kristyaningsih (2009), menemukan hasil bahwa kondisi depresi menurun lebih bermakna pada kelompok pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan terapi kognitif dibanding kelompok pasien gagal ginjal kronik yang tidak mendapatkan terapi kognitif. Alladin (2009) membuktikan efektifitas terapi kognitif yang dikombinasikan dengan hipnoterapi dalam mengatasi depresi. Berdasarkan penelitian diatas maka terapi kognitif telah terbukti efektif untuk mengatasi masalah depresi.

Terapi kognitif adalah salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada konsep proses patologi jiwa, dimana fokus dari tindakannya berdasarkan modifikasi dari distorsi kognitif dan perilaku maladaptif (Townsend, 2009). Menurut Nevid, Rathus, dan Greene (2006) terapi kognitif juga fokus untuk membantu klien mengidentifikasi dan mengoreksi pikiran maladaptif, jenis

pikiran otomatis, dan mengubah perilaku sendiri yang disebabkan oleh berbagai masalah-masalah emosional Beck, dkk (1987); Townsend (2009) mengungkapkan tujuan dari terapi kognitif adalah sebagai monitor pikiran otomatis negatif, mengetahui hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku, mengubah penalaran yang salah menjadi penalaran yang logis, dan membantu pasien mengidentifikasi dan mengubah kepercayaan yang salah sebagai pengalaman negatif internal pasien. Jadi dengan pemberian terapi kognitif diharapkan dapat merubah pikiran otomatis negatif klien DM menjadi pikiran positif.

Kegiatan terapi kognitif yang dikembangkan dalam modul ini mengacu kepada modul yang telah dikembangkan oleh Kristyaningsih (2009) yang dimodifikasi dari modul Terapi Kognitif yang telah direkomendasikan dalam Workshop Keperawatan Jiwa, FIK–UI pada tahun 2008 lalu yang meliputi 9 sesi dan dilaksanakan dalam 4 kali pertemuan. Pada penelitian ini terapi dilaksanakan sebanyak 5 sesi dengan tanpa merubah makna yang telah dikembangkan oleh Kristyaningsih (2009). Dengan pemberian terapi kognitif ini diharapkan klien dapat merubah pikiran-pikiran negatifnya, mampu beradaptasi dan produktif sesuai dengan kondisi kesehatannya dengan meningkatkan kepercayaan dirinya. Kegiatan yang dilakukan pada masing-masing sesi adalah sebagai berikut:

- Sesi 1: Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif dan penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif yang pertama
- Sesi 2: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua
- Sesi 3: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga
- Sesi 4: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif (ungkapkan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)
- Sesi 5: *Support system*

## **1.2 Tujuan Terapi Kognitif**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Pemberian terapi kognitif diharapkan dapat meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif pada klien DM yang mengalami depresi dan ansietas

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari terapi kognitif ini diharapkan klien mampu:

1.2.2.1 Mengidentifikasi pikiran otomatis yang negatif

1.2.2.2 Menggunakan tanggapan rasional dalam mengatasi pikiran otomatis negatif yang muncul

1.2.2.3 Mengungkapkan manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif

1.2.2.4 Mendapatkan dukungan dari keluarga dalam membantu klien meningkatkan kemampuan merubah pikiran negatif.

## **1.3 Manfaat**

1.3.1 Bagi klien dan keluarga, dapat dijadikan sebagai pedoman dalam meningkatkan kemampuan mengubah pikiran negatif akibat respon depresi dan ansietas yang dialami

1.3.2 Bagi rumah sakit, dijadikan sebagai pedoman dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara komprehensif

1.3.3 Bagi perawat, dapat meningkatkan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah depresi dan ansietas akibat pikiran otomatis negatif yang sering muncul

## **BAB 2**

### **PELAKSANAAN TERAPI KOGNITIF DALAM MENINGKATKAN KEMAMPUAN MENGUBAH PIKIRAN NEGATIF KLIEN DIABETES MELITUS YANG MENGALAMI DEPRESI DAN ANSIETAS**

Pelaksanaan kegiatan ini terdiri dari lima sesi dan masing-masing sesi dilaksanakan selama 30 - 45 menit. Uraian pelaksanaan masing-masing sesi akan dijelaskan sebagai berikut:

#### **2.1 Sesi 1: Mengidentifikasi pikiran negatif otomatis yang negatif dan penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama**

Pikiran negatif pertama kali dikembangkan oleh Beck (1967), ia adalah seorang psikoter yang dikenal dengan *cognitive triad* tentang pikiran negatif yaitu terhadap diri sendiri, dunia dan masa depan. Pikiran negatif terhadap kemampuan diri sendiri dipandang sebagai harga diri rendah, pikiran negatif terhadap dunia dipandang sebagai ketidaberdayaan, dan pikiran negatif terhadap masa depan dipandang sebagai keputusan.

Pikiran otomatis adalah respon yang terjadi dengan cepat terhadap situasi dan tanpa analisis rasional. Pikiran otomatis tersebut biasanya sering bersifat negatif dan berdasarkan logika yang keliru maka disebut dengan pikiran otomatis negatif (Beck, dkk 1987; Townsend, 2009). Respon yang cepat dan tidak dipikirkan berdasarkan skema yang diketahui disebut sebagai pikiran otomatis. Pikiran otomatis yang muncul tersebut sering tidak rasional dan membawa asumsi yang salah dan interpretasi yang salah maka disebut dengan distorsi kognitif (Varcarolis & Halter, 2010). Pikiran negatif terutama terjadi pada seseorang oleh karena situasinya sendiri, situasi yang membosankan atau gagal dalam melakukan sesuatu. Pikiran otomatis negatif sering terjadi pada individu yang tidak mengenal realita seperti pada klien depresi dan ansietas (Beckham & Beckham, 2004).

Pikiran negatif pada depresi didefinisikan sebagai pikiran otomatis, persepsi, dan keyakinan yang berpusat pada sikap negatif terhadap masa lalu, diri sendiri dan

masa depan. Pikiran negatif pada ansietas didefinisikan sebagai kognisi otomatis yang berfokus terhadap adanya bahaya (Dekker, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan pikiran otomatis negatif adalah pikiran yang muncul seketika dan langsung digunakan atau dipakai tanpa dipikirkan terlebih dahulu secara rasional atau logika sehingga mempengaruhi persepsinya terhadap sekitar atau kejadian yang dipikirkan yang dapat menyebabkan hilangnya keyakinan terhadap kemampuan diri sendiri, kemampuan untuk menggapai masa depan dan kemampuan untuk merubah dunia serta ketakutan dalam memulai sesuatu.

Pikiran negatif yang timbul pada klien DM sering dikaitkan dengan manifestasi klinis penyakit serta komplikasi dan penanganan klien DM yang harus dilakukan sepanjang hidup klien yang menimbulkan perubahan kondisi fisik dan perubahan gaya hidup sehingga menyebabkan klien merasa menjadi seorang individu yang berbeda dengan orang pada umumnya (orang sehat). Tentu hal ini akan membuat klien memiliki pikiran-pikiran negatif yang menyebabkan timbulnya masalah psikososial depresi dan ansietas. Kondisi fisik yang dialami akibat penyakit membuat klien merasa sedih, cemas, malu dan merasa putus asa serta tidak berdaya. Permasalahan finansial dalam hal biaya perawatan yang mahal yang akan ditanggung klien membuat klien menjadi cemas dan sempat berkeinginan untuk berhenti dalam pengobatan. Klien DM juga memiliki fikiran-fikiran negatif tentang ketidakmampuannya dalam melakukan pengobatan yang panjang dan tentang masa depan yang suram akan dihadapinya dengan perubahan kondisi fisik yang dialami. Dengan pemberian terapi kognitif ini diharapkan dapat merubah fikiran-fikiran otomatis negatif klien menjadi pikiran-pikiran yang positif sehingga klien dapat menjalani sisa hidupnya dengan lebih produktif.

Jenis-jenis pikiran negatif atau distorsi kognitif yang sering ditemukan pada klien depresi dan ansietas menurut Varcarolis dan Halter (2010) ada sepuluh, yakni:



- 1) *All or nothing thinking*, yaitu seseorang memikirkan segala sesuatu seperti warna hitam dan putih, tidak berupaya untuk menggapai hal yang tinggi karena pada jenis distorsi ini seseorang cenderung menghindari hal yang rumit dalam kehidupannya.
- 2) *Overgeneralization*, memikirkan bahwa segala sesuatu yang dilakukan tidak akan menghasilkan yang baik, mereka cenderung menggunakan pemikiran sesuatu yang dihasilkan akan berakibat buruk atau kurang bagus
- 3) *Labeling*, bentuk *overgeneralization* dimana karakteristik atau kejadian dijadikan sebagai pedoman atau standar bagi diri sendiri atau orang lain. Sebagai contoh : “karena saya telah gagal dalam ujian statistik, saya akan mengalami kegagalan dalam hal lain, saya lebih baik mundur”
- 4) *Mental filter*, fokus pada kejadian negatif atau kejadian buruk dan membiarkan pikiran tersebut mencemari atau mempengaruhi hal yang lain.
- 5) *Disqualifying the positive*, mempertahankan pandangan negatif dengan mengulang informasi yang mendukung pandangan positif menjadi sesuatu yang tidak relevan, tidak akurat atau sesuatu yang tidak dipertimbangkan.
- 6) *Jumping to conclusions*, membuat interpretasi negatif tanpa adanya fakta yang mendukung. Jenis distorsi ini terbagi atas dua yaitu: a) *mind reading*, ditandai dengan menyimpulkan pikiran negatif, respon dan motif dari orang lain; b) *fortune-telling*, mengasumsi hasil negatif sebagai sesuatu tidak dapat dielakkan lagi
- 7) *Magnification or minimization*, yaitu melebih-lebihkan sesuatu (seperti kegagalan atau kesuksesan orang lain), tapi tidak mengakui hal tersebut. terdiri dari *catastrophizing*, yang sebagai suatu bentuk yang ekstrim dari *magnification* dimana kesalahan sebagai diasumsikan sebagai sesuatu hasil yang akan terjadi
- 8) *Emotional reasoning*, menggambarkan kesimpulan berdasarkan atas pernyataan emosional
- 9) *Should and must statements*, memberanikan diri mengarahkan diri sendiri untuk memegang kontrol dari hal-hal yang tidak realistis dari kejadian eksternal

- 10) *Personalization*, yaitu merasa bertanggung jawab atas kejadian eksternal atau situasi yang terjadi diluar kontrol personal

Menurut Hollon dan Kendal (1980) individu yang memiliki pikiran negatif memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Merasa tidak mampu menyesuaikan diri dengan keinginan untuk melakukan perubahan hidup
- 2) Memiliki harapan negatif dan konsep diri negatif
- 3) Rendah diri
- 4) Mudah menyerah dan tidak berdaya

### **2.1.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 1**

#### **A. Tujuan**

1. Klien mampu mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif
2. Klien mampu memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini.
3. Klien mampu mengungkapkan alasan/sumber pikiran otomatis negatif
4. Klien mampu memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
5. Klien dapat menuliskan pikiran otomatis negatif dan tanggapan rasionalnya
6. Klien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah

#### **B. Setting Tempat**

Klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

#### **C. Alat**

1. Alat tulis
2. Buku kerja klien

3. Buku evaluasi

#### **D. Metode**

1. Sharing
2. Diskusi dan tanya jawab

#### **E. Langkah Kegiatan**

1. Persiapan
  - a) Membuat kontrak dengan klien
  - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap Orientasi
  - a) Salam terapeutik
    - 1) Perkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama)
    - 2) Menanyakan nama dan panggilan klien
  - b) Evaluasi / Validasi
    - 1) Menanyakan perasaan klien pada saat ini
    - 2) Menanyakan apa yang sudah dilakukan klien untuk mengatasi perasaannya
  - c) Kontrak
    - 1) Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi, yaitu meningkatkan kemampuan klien mengenal pikiran otomatis dan hal yang mendasari pemikiran tersebut.
    - 2) Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas-tugas yang harus dikerjakan klien di rumah, buku kerja yang akan digunakan klien dalam melaksanakan tugas-tugasnya.
    - 3) Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi.
    - 4) Menjelaskan bahwa pertemuan pertama berlangsung selama kurang lebih 45 – 60 menit.
    - 5) Menjelaskan peraturan terapi, yaitu klien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai
3. Tahap Kerja
  - a) Terapis mengidentifikasi masalah yang dihadapi klien

- b) Diskusikan sumber masalah, perasaan klien serta hal yang menjadi penyebab timbulnya masalah.
  - c) Diskusikan pikiran-pikiran otomatis yang negatif tentang dirinya.
  - d) Minta klien untuk mencatat semua pikiran otomatis yang negatif pada lembar pikiran otomatis negatif yang terdapat dalam buku catatan harian klien. Perawat mengklasifikasikan bentuk distorsi kognitif dari pikiran otomatis negatif klien dalam buku catatan perawat.
  - e) Bantu klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu klien dan ingin diselesaikan saat ini.
  - f) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif dengan memberi tanggapan positif (rasional) berupa aspek-aspek positif yang dimiliki klien dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
  - g) Latih klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien untuk melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif dengan cara:
    - 1) Minta klien untuk mengingat dan mengatakan pikiran otomatis negatif.
    - 2) Minta klien untuk mengatakan aspek positif dalam (tentang) dirinya untuk melawan pikiran otomatis negatif tersebut.
    - 3) Lakukan kedua hal tersebut diatas minimal 3 kali
    - 4) Evaluasi perasaan klien setelah melakukan latihan ini
    - 5) Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut
    - 6) Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
    - 7) Memberikan pujian terhadap keberhasilan klien
4. Tahap Terminasi
- a) Evaluasi
    - 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi sesi pertama ini

2) Terapis memberikan pujian yang sesuai

b) Tindak Lanjut

1) Menganjurkan klien untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis yang negatif dengan aspek positif yang dimiliki klien dan melakukan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut.

2) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif tersebut

3) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi pertama ini dan minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya

4) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam pertemuan pertama ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

c) Kontrak akan datang

1) Menepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi kedua), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan tugas-tugasnya di rumah dan berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua

2) Menepakati waktu dan tempat

F. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

a) Ekspresi pasien pada saat terapi

b) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

## Evaluasi Sesi 1 Terapi Kognitif

### Identifikasi pikiran otomatis yang negatif dan penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan ke						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif							
2.	Memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan							
3.	Mengungkapkan alasan/sumber pikiran otomatis negatif							
4.	Mengungkapkan tanggapan rasional yang digunakan untuk pikiran negatif pertama							
5.	Mengungkapkan hasil/manfaat setelah menggunakan tanggapan rasional							
6.	Menulis pikiran negatif dan tanggapan rasional kedalam buku kerja klien							
7.	Membuat catatan harian							
	<b>Jumlah</b>							

#### 2. Dokumentasi

- a) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
- b) Dokumentasikan rencana klien sesuai dengan yang telah dirumuskan

### PIKIRAN NEGATIFKU

Tanggal	No	Daftar Pikiran Negatif	Alasan/sumber Pikiran negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Mengganggu)

### CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No	:	
Pikiran Negatifku	:	
No	Cara Aku Melawan	Hasil

#### 2.2. Sesi 2 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif kedua

Terapi kognitif telah berkembang sejak tahun 1960 yang dilakukan oleh Aaron Beck untuk mengatasi depresi. Terapi kognitif merupakan suatu psikoterapi yang didasarkan pada konsep dari proses patologi jiwa dimana fokus tindakannya berdasarkan modifikasi dari distorsi negatif dan perilaku maladaptif (Townsend, 2009). Terapi kognitif didasarkan pada rasional teoritis yang mendasari bahwa afek dan perilaku seseorang ditentukan dari cara seseorang tersebut menilai kehidupan dimana penilaian tersebut berdasarkan kognitif (baik gagasan verbal maupun non verbal yang disadari), yang berdasarkan dari anggapan yang dikembangkan dari pengalaman sebelumnya (Kaplan & Saddock, 2010).

Terapi kognitif berfokus dalam membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengkoreksi keyakinan yang maladaptif, pikiran otomatis negatif dan perilaku yang salah yang dicetuskan atau dihasilkan dari gangguan emosional. Terapi kognitif dapat merubah pikiran negatif seperti pada ansietas dan depresi yang disebabkan oleh interpretasi yang salah terhadap masalah dari suatu kejadian (Nevid, Rathus, & Greene, 2005).

Jadi berdasarkan penjelasan konsep diatas dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif adalah psikoterapi individu yang membantu individu dalam merubah

fikiran otomatis yang negatif yang disebabkan oleh gangguan emosional sehingga individu mampu mengoreksi kesalahannya dengan menginterpretasikan dengan baik setiap kejadian yang datang.

Tujuan terapi kognitif adalah memonitor pikiran otomatis yang negatif, mengenali hubungan antara kognitif, afek dan perilaku, mengoreksi penyebab dari pikiran otomatis yang negatif, mengganti interpretasi ke arah yang lebih realita akibat pemikiran yang salah, dan belajar untuk mengidentifikasi dan mengubah keyakinan yang salah akibat pengalamannya yang negatif (Beck, dkk, 1987; Townsend, 2009).

Terapi kognitif juga bertujuan untuk mengajarkan individu menjadi individu yang lebih objektif dalam mengevaluasi diri dan situasi kehidupan yang dialaminya dengan berbagai alternatif dan respon yang adaptif (Beck et al, 1979; Burn, 1980; Wolman & Stricker, 1994), mengajarkan individu keterampilan dalam menyelesaikan masalah secara aktif atau mandiri (Nezu, Nezu, & Perri, 1989; Wolman & Stricker, 1994), membangun harapan, menambah kepercayaan diri, meningkatkan kemandirian, membuat hidup yang bermakna, dan membantu individu menjadi lebih waspada hal yang dapat menyebabkan cedera serta mempersiapkan individu untuk membuat suatu cara dalam melawan faktor presipitasi yang menimbulkan pemikiran negatif (Wolman & Stricker, 1994).

Ada tiga komponen utama teknik dalam pelaksanaan terapi kognitif yaitu (Sadock & Sadock, 2007; Wright, Thase, & Beck, 2008; Townsend, 2009):

1) *Didactic* atau aspek edukasi

Salah satu prinsip dasar terapi kognitif adalah mempersiapkan klien untuk dapat menjadi terapis bagi dirinya sendiri. Terapis memberikan informasi kepada klien tentang terapi kognitif, cara melakukannya, dan urutan dari proses kognitif. Menjelaskan tentang harapan yang akan dicapai terapis dan klien. Terapis dapat menggunakan sesi audiotape atau videotape untuk mengajarkan klien terapi kognitif. Penjelasan menyeluruh tentang hubungan



antara depresi (atau ansietas, atau respon maladaptif klien terhadap pengalaman) dan pola pikiran yang keliru.

2) Teknik kognitif

Strategi yang digunakan terapi kognitif dalam mengenali dan memodifikasi pikiran otomatis negatif (*cognitive error*) dan mengenali dan memodifikasi skema (*core beliefs*).

3) Intervensi perilaku

Intervensi perilaku diyakini dalam terapi kognitif, ada hubungan interaktif antara kognisi dan perilaku, maka dari itu dikatakan bahwa kognisi mempengaruhi perilaku dan perilaku mempengaruhi kognisi. Berdasarkan konsep ini, pokok utama intervensi diberikan untuk membantu klien mengidentifikasi dan memodifikasi kognisi dan perilaku yang maladaptif. Prosedur Intervensi perilaku dalam membantu klien belajar strategi perilaku adaptif dapat berupa membuat daftar aktivitas, membuat tingkatan tugas kewajiban-kewajiban, latihan perilaku, distraksi dan gabungan dari beberapa teknik (Basco, et al, 2004; Sadock & Sadock, 2007; Wright, Thase, & Beck, 2008; Townsend, 2009)

Menurut Amril (2007, dalam Kristyaningsih, 2009), Ada 3 konsep fundamental dalam terapi kognitif yaitu 1) *Collaborative empirisme*, antara terapis dan klien dapat meninjau dan menguji fakta-fakta yang menunjang dalam menolak pikiran yang keliru, 2) *Socratic dialogue*, menggunakan teknik bertanya untuk mengklarifikasi dan menyimpulkan suatu persoalan, membantu mengidentifikasi pikiran, images, dan asumsi dari pikiran maladaptif, 3) *Guide discovery*, terapis memandu klien dalam merubah keyakinan dan asumsi yang maladaptif dengan mengikuti bersama setiap perkembangan yang terjadi.

## 2.2.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 2

### A. Tujuan

1. Evaluasi kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis negatif pertama yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 1).
2. Klien mampu memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan kedua ini.
3. Klien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian.
4. Klien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul.
5. Klien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis lainnya.

### B. Setting tempat

Klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

### C. Alat

1. Alat tulis
2. Buku kerja klien
3. Buku evaluasi

### D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

### E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
  - a) Mengingat kontrak dengan klien
  - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.
2. Tahap Orientasi
  - a) Salam terapeutik  
Salam dari terapis kepada klien
  - b) Evaluasi Validasi
    - 1) Menanyakan perasaan dan kondisi klien pada saat ini.

- 2) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan secara mandiri di rumah
- 3) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran otomatis tersebut, pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional yang lainnya.
- 4) Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di rumah. Perawat melihat buku catatan harian klien.
- 5) Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran otomatis kedua untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

c) Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan pertemuan kedua ini adalah meningkatkan kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua.
- 2) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit.
- 3) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- a) Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian di rumah
- b) Diskusikan dengan klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
- c) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- d) Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif pasien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama.

- e) Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.
- f) Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- g) Memberikan pujian terhadap keberhasilan klien.

#### 4. Tahap Terminasi

##### a) Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terap
- 2) Terapis memberikan pujian yang sesuai

##### b) Tindak lanjut

- 1) Menganjurkan klien untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan aspek positif yang dimiliki pasien dan melakukan tindakan pasien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif kedua tersebut.
- 2) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi di rumah apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif kedua tersebut.
- 3) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi kedua ini dan minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
- 4) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif kedua yang belum diidentifikasi dalam pertemuan kedua ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

##### c) Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi ketiga), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga

- 2) Menyepakati waktu dan tempat

F. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi

- 1) Ekspresi klien pada saat terapi
- 2) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

b. Dokumentasi

- 1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
- 2) Dokumentasikan rencana klien sesuai dengan yang telah dirumuskan

**Evaluasi Sesi 2 Terapi Kognitif**

**Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negative yang kedua**

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan ke						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang kedua							
2.	Mengungkapkan alasan/sumber pikiran otomatis negatif							
3.	Mengungkapkan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua							
4.	Mengungkapkan hasil/manfaat setelah menggunakan tanggapan rasional							
5.	Menulis pikiran negatif dan tanggapan rasional kedalam buku kerja klien							
6.	Membuat catatan harian							
	<b>Jumlah</b>							

### PIKIRAN NEGATIFKU

Tanggal	No	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Mengganggu)	Alasan/sumber Pikiran negatif

### CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No	:	
Pikiran Negatifku	:	
No	Cara Aku Melawan	Hasil

### 2.3. Sesi 3 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif ketiga

Semakin sering dan rutin klien melatih *counter* pikiran negatifnya maka akan semakin meningkat pula kemampuan klien untuk melakukan terapi kognitif secara mandiri. Pada sesi ini klien dianjurkan untuk melatih kembali melawan pikiran negatif dengan harapan klien semakin mampu dan mudah merubah pikiran negatif yang dialaminya

#### 2.3.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 2

##### A. Tujuan

1. Evaluasi kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan kedua yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 1 dan 2).
2. Klien mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ketiga ini.
3. Klien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian.
4. Klien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul.

5. Klien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis lainnya.

B. Setting tempat

Klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Alat tulis
2. Buku kerja klien
3. Buku evaluasi

D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a) Mengingat kontrak dengan klien
- b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.

2. Tahap Orientasi

- a) Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada klien

- b) Evaluasi Validasi

- 1) Menanyakan perasaan dan kondisi klien pada saat ini.
- 2) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan secara mandiri di rumah
- 3) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama dan kedua masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran otomatis tersebut, pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional yang lainnya.
- 4) Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di rumah. Perawat melihat buku catatan harian klien.
- 5) Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran otomatis ketiga untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

- c) Kontrak

- 4) Menjelaskan tujuan pertemuan kedua ini adalah meningkatkan kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga.
- 5) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit.
- 6) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu pasien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

### 3. Tahap Kerja

- a) Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian di rumah
- b) Diskusikan dengan klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif ketiga yang ingin diselesaikan dalam pertemuan ketiga ini
- c) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama dan kedua yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- d) Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama dan kedua.
- e) Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut.
- f) Motivasi klien berlatih untuk pikiran otomatis yang lain
- g) Memberikan pujian terhadap keberhasilan klien

### 4. Tahap Terminasi

- a) Evaluasi
  - 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi
  - 2) Terapis memberikan pujian yang sesuai
- b) Tindak lanjut
  - 1) Menganjurkan klien untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis negatif ketiga dengan aspek positif yang dimiliki klien dan melakukan tindakan klien yang



direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif ketiga tersebut.

2) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi di rumah apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif ketiga tersebut.

3) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi kedua ini dan minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

4) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif ketiga yang belum diidentifikasi dalam pertemuan kedua ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

c) Kontrak yang akan datang

1) Menyetujui topik pertemuan yang akan datang (sesi 4), yaitu mengevaluasi kemampuan klien dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga, dan berdiskusi manfaat hasil dalam mengikuti terapi kognitif.

2) Menyetujui waktu dan tempat

#### F. Evaluasi dan Dokumentasi

a. Evaluasi

3) Ekspresi klien pada saat terapi

4) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

b. Dokumentasi

1) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan

2) Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan

### Evaluasi Sesi 3 Terapi Kognitif

#### Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif ketiga

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan ke						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang ketiga							
2.	Mengungkapkan alasan/sumber pikiran otomatis negatif							
3.	Mengungkapkan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga							
4.	Mengungkapkan hasil/manfaat setelah menggunakan tanggapan rasional							
5.	Mencatat kedalam buku kerja pikiran negatif dan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis ketiga							
6.	Membuat catatan harian							
	<b>Jumlah</b>							

#### PIKIRAN NEGATIFKU

Tanggal	No	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/Mengganggu)	Alasan/sumber Pikiran negatif

#### CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No :		
Pikiran Negatifku :		
No	Cara Aku Melawan	Hasil

## **2.4. Sesi 4 : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif).**

Pada sesi empat ini kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien manfaat yang dirasakan klien setelah menggunakan tanggapan rasional yang diajarkan terhadap pikiran otomatis negatif. Latihan yang dilakukan secara disiplin dan rutin oleh klien dapat mendatangkan hasil yang sangat memuaskan bagi klien terhadap perubahan pikiran negatif yang dialami klien

### 2.4.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi empat

#### A. Tujuan

1. Evaluasi kemampuan klien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis yang negatif pertama, kedua dan ketiga tentang dirinya yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya.
2. Klien mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini.
3. Klien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga tentang dirinya dan menuliskannya di lembar tanggapan rasional dalam buku catatan harian klien.
4. Klien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul.
5. Klien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis negatif lainnya.
6. Klien dapat memberi tanggapan (perasaan) terhadap pelaksanaan terapi kognitif di rumah
7. Klien dapat mengungkapkan hambatan yang ditemui dalam membuat catatan harian.
8. Klien dapat mengungkapkan hasil dan manfaat dalam mengikuti terapi kognitif
9. Klien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran-pikiran otomatis negatif yang timbul.

#### B. Setting Tempat

Klien dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat

1. Alat tulis
2. Buku kerja klien
3. Buku evaluasi

D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a) Mengingatkan kontrak dengan klien
- b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif

2. Tahap Orientasi

- a) Salam Terapeutik : Salam dari terapis kepada klien
- b) Evaluasi Validasi

- 1) Menanyakan perasaan dan kondisi klien pada saat ini
- 2) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan secara mandiri di rumah.
- 3) Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama, kedua dan ketiga masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran-pikiran otomatis negatif tersebut, adakah pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional lainnya.
- 4) Menanyakan apakah klien telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di rumah. Perawat melihat buku catatan harian klien
- 5) Menanyakan apakah klien telah mengidentifikasi pikiran otomatis ketiga untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

c) Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan pertemuan dari sesi keempat ini, yaitu meningkatkan kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga dan mengungkapkan hasil atau manfaat dalam mengikuti terapi.
- 2) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit

- 3) Mengingat kembali peraturan terapi yaitu pasien duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

### 3. Tahap Kerja

- a) Evaluasi kemampuan dan hambatan klien dalam membuat catatan harian di rumah
- b) Diskusikan pikiran otomatis negatif keempat yang ingin diselesaikan dalam pertemuan ini
- c) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif keempat dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama/dua/ketiga yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki klien) dan minta klien mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional.
- d) Latih kembali klien untuk menggunakan aspek-aspek positif klien dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama/dua/ketiga.
- e) Tanyakan tindakan klien yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keempatnya tersebut.
- f) Diskusikan perasaan klien setelah menggunakan tahapan-tahapan dalam memberikan tanggapan rasional (melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif) dan beri umpan balik.
- g) Diskusikan manfaat tanggapan rasional yang dirasakan klien dalam menyelesaikan pikiran otomatis yang timbul.
- h) Tanyakan apakah cara tersebut dapat menyelesaikan masalah yang timbul karena pikiran otomatisnya.
- i) Tanyakan hambatan yang dialami klien dalam memberi tanggapan rasional dan menyelesaikan masalahnya.
- j) Diskusikan cara mengatasi hambatan.
- k) Anjurkan pasien untuk mengungkapkan hasil yang diperoleh selama mengikuti pertemuan-pertemuan dalam terapi.
- l) Beri reinforcement positif terhadap kemampuan klien

#### 4. Tahap Terminasi

##### a) Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi
- 2) Terapis memberikan pujian yang sesuai

##### b) Tindak Lanjut

- 1) Menganjurkan klien untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis negatif keempat dengan aspek positif yang dimiliki pasien dan melakukan rencana tindakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif ketiga tersebut.
- 2) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi di rumah apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif keempat tersebut.
- 3) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi keempat ini dan minta klien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.
- 4) Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif keempat yang belum diidentifikasi dalam pertemuan ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

##### c) Kontrak yang akan datang

- 1) Menepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi kelima), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi bersama keluarga untuk mendapatkan dukungan keluarga dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri di rumah.

- 2) Menepakati waktu dan tempat

#### F. Evaluasi dan Dokumentasi

##### 1. Evaluasi

- a) Ekspresi klien pada saat terapi
- b) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

2. Dokumentasi
  - a) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
  - b) Dokumentasikan rencana klien sesuai dengan yang telah dirumuskan

### Evaluasi Sesi 4 Terapi Kognitif

#### Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan ke						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif dan memilih pikiran negatif yang ingin didiskusikan sebagai pikiran negatif keempat yang ingin dihilangkan							
2.	Mengungkapkan alasan/sumber pikiran otomatis negatif							
3.	Mengungkapkan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif keempat							
4.	Mengungkapkan hasil/manfaat setelah menggunakan tanggapan rasional							
5.	Memberikan tanggapan terhadap terapi kognitif							
6.	Mencatat pikiran negatif dan penggunaan tanggapan rasional serta manfaat yang dirasakan selama melakukan latihan terapi kognitif							
7.	Membuat catatan harian							
	<b>Jumlah</b>							

### DAFTAR PIKIRAN NEGATIF

No	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih/mengganggu)	Alasan/sumber pikiran negatif

### CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No : _____		
Pikiran Negatifku : _____		
Hari/ Tanggal	Cara Aku Melawan	Manfaat/hasil

### CATATAN HARIANKU

Hari/ Tgl/ Jam	Pikiran Negatifku	Cara Aku Melawan	Hasil

#### **2.5 Sesi 5 : Support system**

Pada sesi 5 ini, terapis mendiskusikan dengan keluarga tentang pikiran negatif yang dialami oleh klien dan cara mengubah pikiran negatif yang dialami klien. Sehingga pada sesi ini keluarga memiliki pengetahuan tentang kondisi klien dan dapat membantu klien dalam mengatasi pikiran negatif yang muncul.

Duval dan Logan (1986) menyatakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta social dari anggota keluarga. Salvicion G Bailon dan Aracelis Maglaya (1989) mengungkapkan bahwa keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Berdasarkan definisi diatas sangat jelas pengaruh



dukungan keluarga sangat penting agar efektifitas pemberian terapi yang diberikan pada klien dapat maksimal dirasakan oleh klien.

Menurut Friedman (1998) terdapat lima fungsi dasar keluarga yaitu, fungsi: 1) afektif, 2) sosialisasi, 3) reproduksi, 4) ekonomi, dan 5) perawatan keluarga. Kelima fungsi tersebut dijalankan oleh keluarga sebagai suatu unit, dengan uraian:

**a. Fungsi Afektif**

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota mengembangkan citra diri yang positif, perasaan dimiliki, perasaan berarti dan berharap yang merupakan sumber kasih sayang, dukungan yang dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan di hubungan dalam keluarga.

Aspek yang perlu dipengaruhi oleh keluarga untuk fungsi afektif adalah: *Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antara anggota keluarga.* Tiap anggota keluarga yang mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota keluarga yang lain akan memiliki peningkatan kemampuan untuk memberikan hal yang sama kepada anggota keluarga yang lain, sehingga terbina hubungan yang hangat dan saling mendukung (Friedman, 1998). Hubungan erat dan saling mendukung dalam keluarga merupakan asset dasar untuk membina hubungan dengan orang lain di luar keluarga.

*Saling menghargai*, dengan mempertahankan iklim positif dimana tiap anggota di akui dan dihargai keberadaan dan haknya baik orang tua maupun anak, maka fungsi afektif akan tercapai. *Ikatan dan identifikasi*, ikatan dimuali sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Kemudian dikembangkan dengan kesesuaian pada berbagai aspek kehidupan, keinginan yang tidak dapat dicapai sendiri, misalnya mempunyai anak.

Hubungan dikembangkan dengan hubungan orang tua dan anak, antara anak dengan anak melalui proses identifikasi.

Proses identifikasi merupakan intidari ikatan kasih sayang yang sangat penting dibina, sehingga anak akan meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka yang kondusif. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Gejala gangguan kesehatan jiwa yang sering kali terjadi akibat dari fungsi afektif yang tidak terpenuhi.

**b. Fungsi Sosialisasi**

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam lingkungan social (Gegas, 1979, dikutip oleh Friedman, 1998). Sosialisasi terjadi sepanjang kehidupan, dan keluarga merupakan tempat individu melakukan sosialisasi. Dalam tiap tahap perkembangan keluarga dan individu (anggota keluarga) dicapai melalui interaksi/ hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar tentang disiplin, norma, budaya, perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga yang selanjutnya memungkinkan sebagai individu mampu berperan dilingkungan masyarakat.

**c. Fungsi Reproduksi**

Keluarga mempunyai fungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah jumlah sumber daya manusia di dunia. Pengendalian jumlah kelahiran perlu diikuti dengan peningkatan sumber daya manusia tersebut. Salah satu upaya utamanya adalah dengan memfasilitasi keluarga untuk mempunyai kemampuan menjalankan tugas dan fungsi keluarga.

**d. Fungsi Ekonomi**

Pemenuhan kebutuhan keluarga yaitu makanan, pakaian, rumah, membutuhkan sumber financial, sementara tidak semua keluarga dapat

memenuhinya untuk dapat, hidup layak, terutama bagi keluarga miskin. Oleh karena itu, tenaga kesehatan, khususnya perawat bertanggung jawab membantu mencari sumber yang tersedia di masyarakat agar dapat dimanfaatkan oleh keluarga sehingga bisa meningkatkan kondisi kesehatan keluarga.

#### **e. Fungsi Perawatan Keluarga**

Keluarga memberikan asuhan keperawatan untuk mencegah terjadinya gangguan atau merawat anggota yang sakit. Keluarga pula yang menentukan kapan anggota keluarga yang terganggu perlu meminta pertolongan tenaga profesional. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga dan keluarga secara keseluruhan.

Keluarga perlu memiliki pemahaman yang baik tentang sehat sakit yang mempengaruhi perilaku keluarga meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga, kemampuan keluarga melakukan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat diketahui melalui kemampuan keluarga menjalankan tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melakukan tugas kesehatan keluarga dengan baik akan mampu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga meliputi lima tingkatan (Maglaya, 1978), yaitu: 1) mengenal masalah kesehatan; 2) membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat; 3) memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit; 4) mempertahankan suasana rumah yang sehat; dan 5) menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Kondisi klien yang sedang mengalami penyakit fisik yang menimbulkan perubahan rasa nyaman, kelelahan, mual, muntah, timbulnya nyeri yang hebat dan sering, penurunan semangat dan gairah hidup membuat klien membutuhkan adanya dukungan orang lain dalam melewati hari-hari yang diwarnai dengan perasaan dan pikiran yang tidak menyenangkan. Dukungan keluarga, sebagai

support system utama klien sangat dibutuhkan untuk keberhasilan terapi. Keluarga dapat membantu klien saat melatih melakukan counter pikiran sehingga pikiran negatif dapat diganti menjadi pikiran positif.

### 2.5.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 4

#### A. Tujuan

1. Meningkatkan komunikasi perawat dengan klien dan keluarga
2. Klien mendapat dukungan (*support system*) dari keluarga
3. Keluarga dapat menjadi support sistem bagi klien

#### B. Setting

Klien, keluarga dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

#### C. Alat

1. Alat tulis
2. Buku kerja
3. Buku evaluasi

#### D. Metode

Diskusi dan tanya jawab

#### E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
  - a) Mengingatkan kontrak dengan pasien dan keluarga
  - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif
2. Tahap Orientasi
  - a) Salam terapeutik  
Salam dari terapis kepada klien dan keluarga
  - b) Evaluasi / Validasi
    - 1) Menanyakan perasaan pasien dan keluarga pada saat ini
    - 2) Menanyakan apakah klien sudah membuat catatan harian (kegiatan) dalam upaya untuk mengatasi pikiran otomatis dan perasaannya.
  - c) Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan pertemuan kelima ini, yaitu keluarga dapat memberikan dukungan bagi pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri di rumah
- 2) Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi kepada keluarga, yaitu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi pikiran-pikiran otomatis (negatif) dan cara penyelesaian masalah yang timbul akibat pikiran otomatis tersebut.
- 3) Menjelaskan lama kegiatan yaitu 45 – 60 menit
- 4) Menjelaskan peraturan terapi yaitu klien dan keluarga duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

### 3. Tahap Kerja

- a) Jelaskan pada keluarga tentang pengertian, tujuan dan manfaat terapi kognitif bagi klien
- b) Jelaskan pada keluarga tentang pelaksanaan terapi kognitif yang telah dilakukan pasien termasuk pembuatan catatan hariannya.
- c) Minta klien untuk menjelaskan pada keluarga tentang pikiran-pikiran negatif yang dirasakan, cara mengatasi/melawan pikiran tersebut, pembuatan catatan harian, dan manfaat hasil yang dirasakan pasien dalam menjalani terapi kognitif.
- d) Libatkan keluarga dalam mengidentifikasi perilaku klien sebelum, selama dan sesudah mengikuti terapi kognitif.
- e) Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang telah dimiliki pasien
- f) Anjurkan keluarga untuk siap mendengarkan masalah-masalah (pikiran-pikiran negatif) yang dialami klien
- g) Libatkan keluarga dalam diskusi untuk membantu penyelesaian masalah yang telah dilakukan klien
- h) Beri reinforcement positif terhadap kemampuan klien dan keluarga.

### 4. Tahap Terminasi

- a) Evaluasi
  - 1) Terapis menanyakan perasaan klien dan keluarga setelah menjalani terapi
  - 2) Terapis memberikan pujian yang sesuai

- b) Tindak Lanjut
  - 1) Menganjurkan pada keluarga untuk dapat menerima dan merawat klien di rumah
  - 2) Menganjurkan keluarga untuk mengingatkan klien dalam melaksanakan tugas-tugas mandiri yang telah dibuat bersama perawat dalam pertemuan sebelumnya.
- c) Kontrak yang akan datang
  - 1) Membuat kesepakatan dengan keluarga untuk dapat menjadi *support system* bagi klien
  - 2) Menyepakati waktu dan tempat

F. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

- a) Ekspresi klien dan keluarga pada saat terapi
- b) Evaluasi dilakukan terhadap pencapaian tujuan terapi

**Evaluasi sesi 5 Terapi Kognitif**  
*Support system*

**A. Klien**

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan ke						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengungkapkan pikiran otomatis							
2.	Mengungkapkan alasan							
3.	Mengungkapkan tanggapan rasional							
4.	Mengungkapkan hasil/manfaat terapi							
5.	Membuat catatan harian							
	<b>Jumlah</b>							

2. Dokumentasi

- a) Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan
- b) Dokumentasikan rencana klien sesuai dengan yang telah dirumuskan

**B. Keluarga**

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan ke						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengungkapkan dukungan untuk membantu klien dalam melakukan terapi kognitif dirumah							
2.	Membantu klien dalam pembuatan catatan harian							
3.	Memberi pujian terhadap perilaku positif klien							
	<b>Jumlah</b>							

DAFTAR PIKIRAN NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Negatif	Pikiran Negatif (Yang Dipilih)	Alasan/sumber pikiran negatif

CARA AKU MELAWAN PIKIRAN NEGATIFKU

No	:	
Pikiran Negatifku	:	
Hari/ Tanggal	Cara Aku Melawan	Hasil

CATATAN HARIANKU

Hari/ Tgl/ Jam	Pikiran Negatifku	Cara Aku Melawan	Hasil

## PENUTUP

Penyakit diabetes melitus merupakan poenyakit kronik degeneratif yang dapat menimbulkan masalah psikososial bagi penderitanya. Masalah psikososial yang terjadi sering dikaitkan dengan perubahan kondisi fisik dan perubahan gaya hidup yang dialami oleh klien. Klien DM sering mengalami masalah depresi dan ansietas yang merupakan respon pikiran negatif terhadap penyakit yang dialami. Pikiran negatif yang terjadi dapat memperburuk kondisi fisik dan penatalaksanaan diet yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Untuk merubah pikiran negatif tersebut maka dibutuhkan suatu psikoterapi salah satunya yaitu terapi kognitif.

Terapi kognitif merupakan suatu psikoterapi yang mempunyai tujuan dasar untuk merubah pikiran negatif melalui rasional sehingga diharapkan pikiran negatif tersebut berubah menjadi pikiran positif yang menghasilkan perilaku yang adaptif. Melalui terapi kognitif ini klien dapat menentukan sendiri cara mengatasi pikiran-pikiran yang mengganggu yang menyebabkan klien berada dalam keterpurukan alam perasaan dan emosional.

Semua latihan yang dilakukan pada masing-masing sesi dicatat kedalam buku kerja. Hal ini untuk membantu klien DM mengingat pikiran-pikiran negatif yang mengganggu klien, dapat melihat kemampuan klien melakukan kegiatan terapi yang harus dilakukan pada masing-masing sesi serta dapat dijadikan pedoman bagi klien pada waktu pikiran negatif muncul lagi.





UNIVERSITAS INDONESIA

MODUL

**LOGOTERAPI (*MEDICAL* MINISTRY) UNTUK  
MENINGKATKAN KEMAMPUAN MEMAKNAI  
HIDUP KLIEN DIABETES MELITUS YANG  
MENGALAMI DEPRESI DAN ANSIETAS**

**OLEH :**

Ns. Esrom Kanine, M.Kep

Novy Helena, C.D.,S.Kp., M.Sc.

Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App. Sc,

Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp. Kep. J

Ns. Rika Sarfika, S.Kep

Ns. Duma Yosephine Tobing, S.Kep

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2012**

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kehadiran dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan penyusunan modul logoterapi sebagai latihan untuk meningkatkan makna hidup pada klien diabetes melitus yang mengalami depresi dan ansietas. Modul ini sebagai pedoman yang dapat digunakan dalam lingkungan rumah sakit yang berbasis klien yang mengalami masalah penyakit DM. Untuk itu dalam modul ini akan diberikan penjelasan mengenai pelaksanaan pada tiap-tiap sesi.

Modul ini tidak akan dapat diselesaikan jika tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih kepada pihak yang telah mendukung penyusunan modul ini. Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada Rektor Universitas Indonesia dan Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia beserta jajarannya atas izin dan dukungannya dalam penyusunan modul ini.

Kami mengharapkan masukan dari berbagai pihak agar modul ini dapat dikembangkan baik dalam lingkungan rumah sakit maupun dalam lingkungan masyarakat sehingga modul ini dapat memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya bagi keperawatan jiwa

Depok, April 2012

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi .....	iv
Bab 1 Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan .....	5
1.3 Manfaat .....	5
Bab 2 Proses Pelaksanaan	
Sesi 1: Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami .....	6
Sesi 2: Mengidentifikasi reaksi dan cara mengatasi masalah .....	14
Sesi 3: Teknik <i>medical ministry</i> .....	22
Sesi 4: Evaluasi .....	26
Bab 3 Penutup .....	31
Daftar Pustaka	

## DAFTAR PUSTAKA

- Bastaman. (2007). *Logoterapi: Psikologi Untuk Menemukan Makna Hidup dan Meraih hidup Bermakna*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Beckham, ED & Beckham, C. (2012). *Coping With Negative Thinking*. [http://www.drbeckham.com/handouts/chap03\\_coping\\_with\\_negative\\_thinking.pdf](http://www.drbeckham.com/handouts/chap03_coping_with_negative_thinking.pdf). 5 April 2012
- Blair, R.G. (2004). *Helping Older Adolescents Search for Meaning in Depression*. 5 Maret 2012.
- Brauer, L., Lewin, A.B., & Storch, E.A. (2011). *A Riview of Psychotherapy for Obsessive-Compulsive Disorder*. 29 Februari 2012
- Brunner & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Chambless, D. L., dkk. (1986). *Integrating Behavior Therapy and Psychotherapy in the Treatment of Agorafobia*. 5 Maret 2012.
- Depkes RI. (2007). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Balitbangkes Depkes RI
- Elvira, S. D. & Hadisukanto, G. (2010). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI
- Greene, B., Rathus, Spencer A., Nevid, Jeffrey S. (2006). *Abnormal Psychology in a Changing World*. 6th ed. New Jersey: Pearson Education Inc, Upper Saddle River.
- Hutzell, Robert R. (2008). *Logotherapy for Clinical Practice*. The American Psychological Assosiation.
- IDF. (2005). *Panduan Global Untuk Diabetes Tipe 2*. [www.idf.org.communication@idf.org](http://www.idf.org.communication@idf.org). 27 Februari 2012.
- Kanine, E. (2011). *Pengaruh Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara*. Jakarta: FIK Ui (tidak dipublikasikan)
- Kaplan & Sadock. (2010). *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. ed 2. Jakarta: EGC
- Lightsey, O.R & Boyraz, G. (2011). *Do Positive Thinking and Meaning Mediate the Positive Affect-Life Satisfaction Relationship*. 12 April 2012
- Murdiono, W.R. (2011). *Pengaruh Tindakan Keperawatan Generalis Harga Diri Rendah dan Terapi Kelompok Suportif Terhadap Harga Diri pada Klien DM di RS Panembahan Senopati Bantul*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan).

- NANDA- International. (2009). *Nursing Diagnoses: Definition & Classification*. UK: Wiley-Blackwell.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2008). *Abnormal Psychology in A Changing World*. 7<sup>th</sup> Edition. New Jersey: Pearson-Prentice Hall..
- PERKENI. (2011). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2011*. Jakarta: PB PERKENI
- Price, S.A. & Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. 6<sup>th</sup> Edition. Jakarta: EGC.
- Purba, C.I. (2008). *Pengalaman Ketidapatuhan Pasien Terhadap Penatalaksanaan Diabetes Melitus di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Jakarta: FIK UI
- Schulenberg, S.E, dkk. (2008). *Logotherapy for Clinical Practice*. 22 Februari 2012.
- Soegondo, S., dkk. (2009). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu: Sebagai Panduan Penatalaksanaan Diabetes Melitus Bagi Dokter Maupun Edukator Diabetes*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Southwick, S.M., Gilmartin, R., McDonough, P., & Morrissey, P. (2006). *Logotherapy as an Adjunctive Treatment for Chronic Combat-Related PTSD: A Meaning-Based Intervention*. 22 Februari 2012.
- Steger, M.F. (2009). *Meaning in Life, Anxiety, Depression, and General Health Among Smoking Cessation Patients*. <http://michaelfsteger.com/Documents/Steger,%20Mann,%20Michels,%20Cooper,%20JPR,%202009.pdf>. 15 April 2012
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9<sup>th</sup> ed.). Canada: Mosby, Inc.
- Sudoyo, A.W, dkk. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FK UI
- Sutejo. (2009). *Pengaruh Logoterapi Kelompok Terhadap Ansietas Pada Penduduk Pasca Gempa di Kabupaten Klaten Provinsi Jawa Tengah*. Jakarta: FIK UI
- Townsend, M.C., (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Varcarolis, E.M. and Halter, M.J., (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*, (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu penyakit degeneratif kronik yang menimbulkan masalah kesehatan utama pada umat manusia didunia. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2000 jumlah penderita diabetes diatas umur 25 tahun berjumlah 150 juta orang dan pada tahun 2025 jumlah itu akan meningkat menjadi 300 juta orang (Sudoyo, dkk. 2006). *International Diabetes Federation* (IDF) (2011) juga memperkirakan pada tahun 2010 penderita DM ditujuh kawasan dunia sebanyak 287 orang dewasa dan pada tahun 2030 angka tersebut akan terus meningkat menjadi 439 juta orang (Egede & Ellis, 2011; Murdiono, 2011). Angka ini menunjukkan bahwa penderita DM selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun.

Peningkatan jumlah penderita DM juga dialami oleh Indonesia. WHO memprediksi kenaikan pasien DM di Indonesia pada tahun 2020 menjadi 12,4 juta orang, naik 2 tingkat dibanding tahun 1995 (Sudoyo, dkk 2006). Senada dengan WHO, *International Diabetes Federation* (IDF) (2009) juga memprediksi kenaikan prevalensi penderita DM di Indonesia dari 7,0 juta pada tahun 2009 menjadi 12,0 juta pada tahun 2030 (PERKENI, 2011). Dari angka diatas dapat menunjukkan bahwa jumlah penderita DM selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun.

Diabetes melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (ADA, 2010; PERKENI, 2011). Hiperglikemia berat dan melebihi ambang batas ginjal akan menimbulkan gejala yang paling umum terjadi pada penderita DM yaitu trias poli (poliuria, polidipsia, polifagia), gejala glikosuria. Gejala lain yang juga dapat ditemui pada klien DM berupa infeksi, kelainan kulit (gatal-gatal, bisul), kesemutan rasa baal,

luka/bisul yang tidak sembuh-sembuh, impotensi (pada laki-laki), pruritus (pada wanita) (Price & Wilson, 2006). Gejala klinis yang dialami oleh klien DM ini tentu akan mengganggu aktifitas sehari-hari klien DM.

Gejala klinis yang tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan komplikasi baik komplikasi akut maupun komplikasi kronik. Komplikasi hiperglikemia akut dapat mengakibatkan *diabetes ketoasidosis*, *sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik* (HHNK). Hiperglikemia kronik dapat mengakibatkan penyakit ginjal, mata, komplikasi neuropati, infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer (Brunner & Suddarth, 2002). Penderita DM akhirnya meninggal 75% karena penyakit vaskular seperti serangan jantung, gagal ginjal, stroke, dan gangren (Price & Wilson, 2006). Oleh karena itu, untuk mencegah terjadinya komplikasi yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian tersebut maka diperlukan penanganan DM yang komprehensif sehingga kondisi buruk tersebut dapat dicegah.

Penanganan DM di rumah sakit umum hanya berorientasi pada aspek fisik saja. Menurut Price dan Wilson (2006) penanganan DM di rumah sakit terdiri dari 4 pilar yaitu rencana diet, latihan fisik, obat hipoglikemik, dan pendidikan. Penatalaksanaan DM harus dilakukan penderita DM sepanjang hidup klien DM, tentu hal ini akan mengganggu aktivitas sehari-hari klien DM sehingga akan berpengaruh terhadap masalah kesehatan psikososial klien DM.

Masalah psikososial yang sering dialami oleh klien DM adalah ansietas dan depresi. Kaplan dan Sadock (2010) mengungkapkan bahwa ensefalopati metabolik mampu menimbulkan perubahan proses mental, perilaku, dan fungsi neurologis. Beberapa pasien menjadi agitasi, cemas, dan hiperaktif, yang lain dapat menjadi pendiam, menarik diri, dan tidak aktif lagi. *National Institute for Clinical Excellence* (NICE); dalam IDF (2005) juga menyatakan bahwa klien DM sering mengalami depresi. Stuart (2009) menyatakan bahwa kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh sering disertai dengan depresi. Dengan demikian klien diabetes melitus dapat mengalami masalah

depresi dan ansietas, sehingga diperlukan psikoterapi untuk mengatasi masalah psikososial tersebut.

Beberapa studi penelitian menemukan efektifitas logoterapi terhadap klien yang mengalami masalah depresi dan ansietas antara lain Blair (2004) mengungkapkan bahwa logoterapi dapat mengatasi depresi pada remaja. Southwic, dkk (2006) menemukan bahwa logoterapi melalui pemaknaan hidup dapat menyembuhkan PTSD kronik akibat perang. Wahyuni (2007) menemukan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku yang bermakna pada lansia yang mendapat logoterapi. Penelitian Sutejo (2009) tentang pengaruh logoterapi kelompok terhadap ansietas pada penduduk pasca gempa menemukan penurunan ansietas yang bermakna pada kelompok yang diberi logoterapi. Kanine (2011) menemukan penurunan respon ketidakberdayaan setelah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu.

Logoterapi secara umum digambarkan sebagai corak psikologi/psikiatri yang mengakui adanya dimensi kerohanian pada manusia disamping dimensi ragawi dan kejiwaan, serta beranggapan bahwa makna hidup (*the meaning of life*) dan hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) merupakan motivasi utama manusia guna meraih taraf kehidupan bermakna (*the meaningful life*) yang didambakannya (Bastaman, 2007). Lebih lanjut Bastaman (2007) mengemukakan tujuan awal dari terapi logo adalah untuk meraih kehidupan bermakna dan bahagia. Terapi ini diindikasikan untuk mengatasi gangguan-gangguan neurosis somatogenik, neurosis psikogenik, dan neurosis noogenik. Neurosis somatik yaitu gangguan-gangguan perasaan yang berkaitan dengan hendaya ragawi, neurosis psikogenik yang bersumber dari hambatan-hambatan emosional dan neurosis noogenik yakni gangguan-gangguan neurosis yang disebabkan tidak terpenuhinya hasrat untuk hidup bermakna.

Makna hidup menurut Frankl merupakan suatu yang dirasakan sangat penting, benar, dan berharga serta didambakan oleh setiap orang yang menentukan kualitas hidup seseorang yang terkait dengan alasan dan tujuan



hidup seseorang yang dapat dicari melalui nilai kreatif, nilai penghayatan dan nilai bersikap (Bastaman, 2007). Lightsey dan Boyraz (2011) menyatakan bahwa afek dan makna hidup yang positif merupakan mediasi yang menghubungkan antara pikiran positif dengan kepuasan hidup, dan begitu juga dengan pikiran positif dan makna hidup yang positif dapat menjadi penghubung antara afek dengan kepuasan hidup.

Individu yang kurang memiliki makna hidup membutuhkan terapi (Battista & Almond, 1973; Steger & Frazier, 2006) seperti pada klien depresi dan ansietas (Debats, Lubbe, & Wezeman, 1993; Steger & Frazier, 2006), yang diharapkan dapat menjadi lebih bermakna sebagai hasil yang dicapai dari terapi yang diberikan seperti dengan menemukan pekerjaan yang menyenangkan (Bonebright, Clay, & Ankenmann, 2000; Steger & Frazier, 2006), kepuasan hidup (Chamberlain & Zika, 1988; Steger & Frazier, 2006), dan kebahagiaan (Debats et al., 1993; Steger & Frazier, 2006). Oleh karena itu diperlukan logoterapi untuk membantu klien dalam menemukan makna hidup.

Salah satu tehnik logoterapi adalah *medical ministry*. Frankl (1988; dalam Nelson 2011) mengungkapkan bahwa logoterapi teknik *Medical Ministry* digunakan untuk menangani masalah somatogenik yang penyebab somatiknya tidak dapat dihilangkan. Pendekatan tehnik ini memanfaatkan kemampuan untuk mengambil sikap (*attitude*) terhadap kondisi diri dan lingkungan yang tidak mungkin di ubah (Bastaman, 2007). Dengan demikian penggunaan tehnik ini efektif diberikan pada klien dengan penyakit kronis seperti penyakit DM yang mengalami depresi dan ansietas.

Sikap yang dikembangkan melalui tehnik *Medical Ministry* adalah sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, keberanian menghadapi bentuk penderitaan yang tidak dapat dihindari lagi seperti rasa sakit yang berkepanjangan dan tidak dapat disembuhkan lagi, kondisi menjelang kematian setelah semua upaya dilakukan dan menghadapi kematian itu sendiri. Tehnik ini merupakan perealisasi dari nilai-nilai bersikap

(*attitudinal value*) sebagai salah satu sumber makna hidup. Tujuan utama dari Teknik *Medical Ministry* adalah membantu seseorang menemukan makna hidup dalam penderitaannya (*meaning suffering*) (Bastaman, 2007).

Teknik logoterapi yang digunakan dalam modul ini adalah teknik *medical ministry*. Proses pelaksanaan logoterapi ini mengacu pada modul logoterapi yang telah dikembangkan pada penelitian sebelumnya oleh Kanine (2011) yaitu terdiri dari 4 sesi, dengan memodifikasi masing-masing sesi dengan maksud untuk menyesuaikan kegiatan yang dilakukan pada masing-masing sesi dengan keadaan klien DM yang akan diberi terapi. Pendekatan dalam pemberian terapi pada klien DM dilakukan secara individu.

Kegiatan pada masing-masing sesi logoterapi teknik *medical ministry* yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

Sesi 1: Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami klien

Sesi 2: Mengidentifikasi reaksi dan cara mengatasi masalah

Sesi 3: Teknik *medical ministry*

Sesi 4: Evaluasi

## **1.2. Tujuan Logoterapi**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Logoterapi individu ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan memaknai hidup pada klien DM yang mengalami depresi dan ansietas

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus dari logoterapi individu ini diharapkan klien DM mampu:

1.2.2.1 Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami

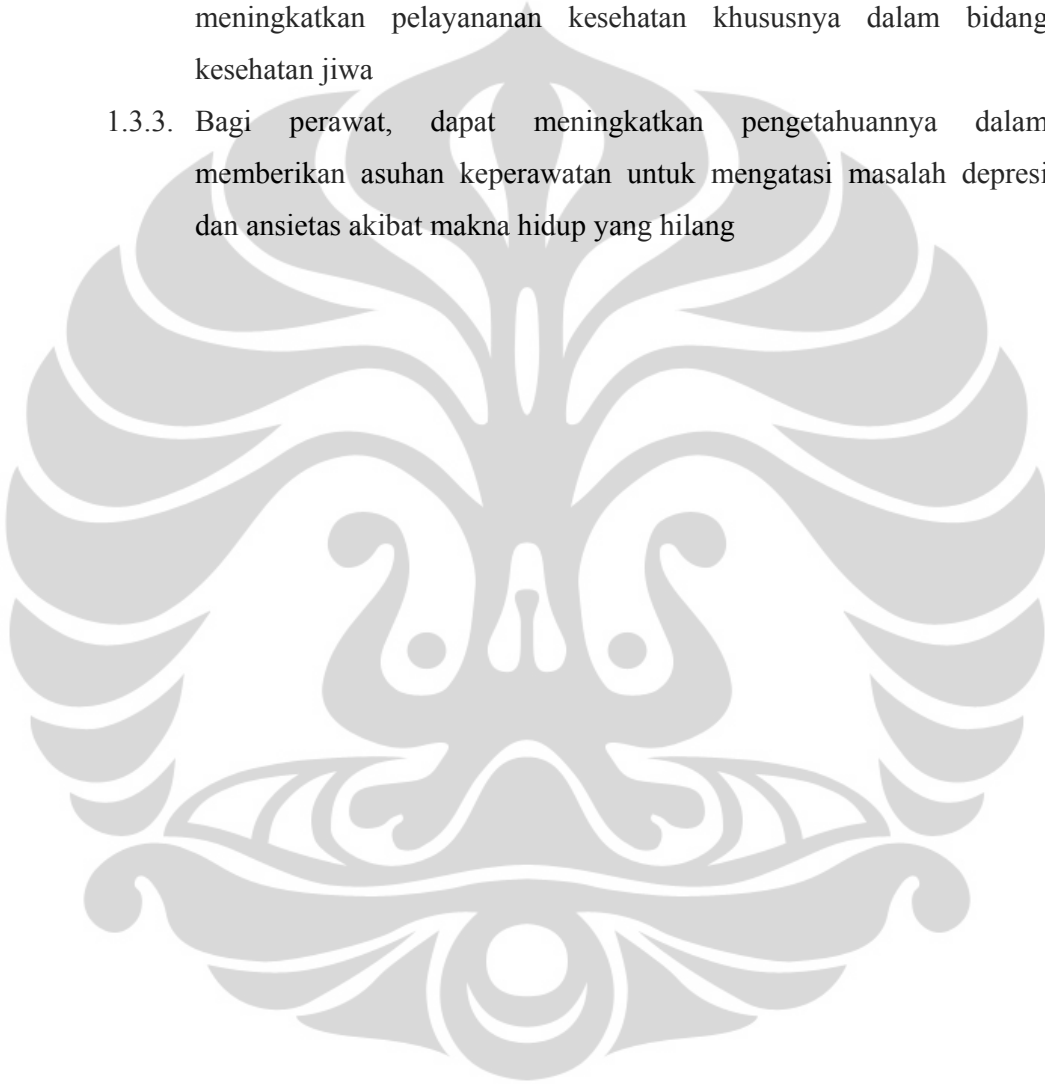
1.2.2.2 Mengidentifikasi reaksi dan cara mengatasi masalah

1.2.2.3 Menemukan makna hidup melalui teknik *medical ministry*

1.2.2.4 mengevaluasi hasil yang telah didapat setelah melakukan teknik *medical ministry*.

### 1.3. Manfaat

- 1.3.1. Bagi Klien, diharapkan dapat dijadikan sebagai pedoman dalam menemukan makna hidup yang hilang akibat penderitaan yang dialami karena penyakit DM
- 1.3.2. Bagi rumah sakit umum, dapat dijadikan sebagai pedoman dalam meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang kesehatan jiwa
- 1.3.3. Bagi perawat, dapat meningkatkan pengetahuannya dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah depresi dan ansietas akibat makna hidup yang hilang



## BAB 2

### **PELAKSANAAN LOGOTERAPI INDIVIDU (*MEDICAL MINISTRY*) DALAM MENINGKATKAN KEMAMPUAN MEMAKNAI HIDUP KLIEN DIABETES MELITUS YANG MENGALAMI DEPRESI DAN ANSIETAS**

Pelaksanaan kegiatan ini terdiri dari empat sesi dan masing-masing sesi dilaksanakan selama lebih kurang 45 menit. Uraian pelaksanaan masing-masing sesi akan dijelaskan sebagai berikut:

#### **2.1 Sesi 1: Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami**

Perubahan yang terjadi pada klien DM sering dikaitkan dengan manifestasi klinis dan komplikasi penyakit, penatalaksanaan DM yang harus dilakukan oleh klien DM sepanjang hidupnya. Perubahan yang terjadi berupa perubahan fisik dan perubahan gaya hidup. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan masalah depresi dan ansietas pada klien DM, antara lain:

##### **1. Perubahan Kondisi Fisik**

Perubahan kondisi fisik dikaitkan dengan manifestasi dan komplikasi yang dialami oleh klien DM akibat kadar gula darah yang tidak terkontrol. Menurut Price dan Wilson (2006) manifestasi klinis yang terjadi pada klien DM dikenal dengan trias poli yakni poliuria (peningkatan pengeluaran urin), polidipsi (peningkatan rasa haus), dan poliphagia (peningkatan rasa lapar). Gejala lain yang juga dapat ditemui pada klien DM berupa infeksi, kelainan kulit (gatal-gatal, bisul), kesemutan rasa baal, luka/bisul yang tidak sembuh-sembuh, impotensi (pada laki-laki), pruritus (pada wanita).

Komplikasi DM terjadi jika gejala klinis DM tidak tertangani dengan baik. Komplikasi yang terjadi dapat berupa komplikasi jangka pendek (akut) atau komplikasi jangka panjang (kronik). Menurut Brunner dan Suddarth (2002) ada tiga komplikasi akut akibat manifestasi klinis DM yang tidak tertangani dengan baik yakni hipoglikemia (kadar gula rendah

dalam darah), ketoasidosis diabetik (peningkatan benda keton), dan sindrom koma hipreglikemik hiperosmolar nonketotik (HHNK) atau hiperosmolar nonketotik (HONK). Komplikasi kronik dapat menyerang retina mata (buta), ginjal, saraf (stroke), jantung, otot-otot serta pembusukan pada kulit.

## 2. Perubahan Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup sering dikaitkan dengan penatalaksanaan DM yang bertujuan untuk mengontrol kadar gula darah agar tetap berada dalam batas normal. Menurut Waspadji, dalam Soegondo (2009) ada 4 pilar dalam penatalaksanaan diabetes yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, obat hipoglikemik, dan penyuluhan. Mengatur pola, waktu dan porsi makan dengan teratur dan disiplin merupakan salah satu terapi non farmakologi yang sangat direkomendasikan pada klien DM agar glukosa darah tetap terkontrol dengan baik. Selain itu, klien DM juga diharuskan melakukan latihan secara teratur setiap hari dan diwajibkan untuk mengikuti penyuluhan untuk menambah wawasan tentang penatalaksanaan yang harus dilakukan serta mengkonsumsi obat hipoglikemik untuk mengontrol kadar gula darah.

Perubahan-perubahan tersebut tentu akan menjadi stressor bagi klien DM. Respon terhadap stressor tersebut akan mempengaruhi psikososial klien. Menurut Kaplan da Sadock (2010) mengungkapkan masalah psikososial yang timbul pada klien DM dapat dimulai dari hambatan memori (terutama jangka pendek), hambatan orientasi, pasien menjadi agitasi, cemas, dan hiperaktif, beberapa klien juga dapat menjadi pendiam, menarik diri, tidak aktif lagi, kebingungan atau delirium yang mengarah pada penurunan responsivitas, stupor dan kematian. Diagnosa yang berlangsung lama dapat menyebabkan gangguan depresi (Varcarolis & Halter, 2010).

Masalah psikososial yang dialami oleh klien DM dapat memperparah kondisi fisik klien karena ketidakpatuhan melakukan penanganan yang dianjurkan. Kaplan dan Saddock (2010) mengungkapkan bahwa ketika klien mengalami

depresi dan sedih, klien DM sering makan dan minum berlebihan sehingga merusak diri sendiri dan fenomenologinya yang meneliti tentang pengalaman ketidakpatuhan klien terhadap penatalaksanaan DM ditemukan karena klien mengalami stress dan depresi dalam menghadapi penatalaksanaan DM, rasa stress dan depresi tersebut membuat klien tidak mematuhi aturan diet yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Videbeck (2008) mengungkapkan ketika ansietas tubuh akan mereduksi serta meningkatkan glikogenolisis menjadi glukosa bebas guna menyokong jantung, otot, dan sistem saraf pusat.

Kaplan dan Saddock (2009) mengungkapkan bahwa klien diabetes memiliki episode ansietas. Dua pertiga klien dengan gejala depresi memiliki gejala ansietas yang menonjol dan sepertiganya dapat memenuhi kriteria diagnosa gangguan panik. Videbeck (2008) mengungkapkan bahwa stressor kronis seperti penyakit diabetes dapat menimbulkan gangguan ansietas. Elvira dan Hadisukanto (2010) mengungkapkan 90% klien depresi mengalami ansietas. Dozois dan Westra (2004; dalam Alladin, 2009) memperkirakan bahwa sekitar 50% sampai 70% klien depresi mengalami ansietas dan bahkan ada terdapat gejala yang sama antara kedua kondisi tersebut. Varcarolis dan Halter (2010) mengungkapkan bahwa gejala ansietas terjadi pada 70% klien yang mengalami an menyebabkan kadar gula darahnya diluar kendali. Purba (2009) dalam studi depresi. Dengan demikian jelaslah bahwa klien DM akan beresiko mengalami depresi dan ansietas.

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan kesedihan dan rasa berduka yang berkepanjangan atau abnormal (Stuart, 2009). Kunci gejala depresi ditandai dengan mood yang menurun serta hilangnya minat atau kesenangan (Kaplan & Saddock, 2010). Klien akan merasa sedih, tidak ada harapan, bersusah hati, atau merasa tidak berharga, persepsi negatif terhadap diri sendiri, merasa telah gagal, ekspresi malu atau menyalahkan diri sendiri, hipersensitif terhadap hal kecil atau terhadap kritikan yang dihubungkan dengan masalah keperawatan harga diri rendah dan ansietas. Perasaan tidak berdaya, mudah putus asa, dan kelemahan

dihubungkan dengan masalah keperawatan ketidakberdayaan dan keputusan (NANDA, 2009; Varcarolis & Halter, 2010).

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2009). Ansietas dapat mempengaruhi pikiran, persepsi, dan pembelajaran yang cenderung menimbulkan kebingungan dan distorsi persepsi yang dapat menurunkan konsentrasi, mengurangi daya ingat dan membuat asosiasi. Kondisi komorbid gangguan ansietas dan depresi memberikan pengaruh yang negatif terhadap sumber penyakit seperti resiko peningkatan bunuh diri, kondisi depresi yang bertambah berat, gangguan beraktivitas, dan respon buruk terhadap tindakan yang akan diberikan (Simon & Rosenbaum, 2003; Varcarolis & Halter, 2010).

Menurut Zigmond dan Snaith (1983) masalah yang dapat muncul pada klien yang mengalami penyakit kronis adalah sebagai berikut:

1. Mudah marah dan atau tersinggung
2. Sulit berkonsentrasi
3. Merasa takut
4. Mudah lupa
5. Merasa gelisah
6. Merasa cemas dan khawatir
7. Merasa sedih
8. Tidak bersemangat
9. Kehilangan minat melakukan pekerjaan/melakukan aktifitas sehari-hari
10. Merasa tidak berguna
11. Mudah pasrah/menyerah
12. Merasa putus asa

### **2.1.1 Strategi Pelaksanaan kegiatan sesi 1**

#### **A. Tujuan**

- 1) Mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antara terapis dan klien

- 2) Menjelaskan tujuan dan manfaat logoterapi *medical ministry* dan manfaat sesi satu yang akan dilakukan bagi klien DM
- 3) Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami klien akibat penyakit DM

**B. Setting**

- 1) Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
- 2) Suasana ruangan tenang
- 3) Terapis dan klien duduk berhadapan

**C. Alat**

- 1) Alat tulis
- 2) Buku kerja klien
- 3) Buku evaluasi klien

**D. Metode**

- 1) Diskusi dan tanya jawab
- 2) Curah pendapat

**E. Langkah Kegiatan**

- 1) Persiapan
- 2) Membuat kontrak waktu dan tempat dengan klien
- 3) Menjelaskan teknik pelaksanaan logoterapi *Medical Ministry* yang terdiri dari 4 sesi selama 45 menit.

**F. Pelaksanaan**

- 1) Fase orientasi
  - a) Salam terapeutik
  - b) Salam dari terapis kepada klien
  - c) Memperkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama)
- 2) Evaluasi/validasi
  - a) Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
  - b) Menanyakan perubahan dan masalah yang dihadapi terkait dengan pengalaman selama menderita penyakit DM
- 3) Kontrak
  - a) Menjelaskan tujuan dan manfaat terapi logo *medical ministry* yang akan dilakukan dan tujuan pertemuan yaitu



mengenai masalah yang dihadapi dan dampak yang dirasakan selama menderita penyakit DM

- b) Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan logoterapi *Medical Ministry* yaitu lama kegiatan 45 menit yang diikuti oleh klien dari awal sampai akhir.

4) Fase kerja

- a) Meminta klien untuk memperkenalkan diri (nama, umur, alamat tempat tinggal, menyebutkan anggota keluarga, dirumah tinggal dengan siapa).
- b) Meminta klien menyebutkan perubahan yang terjadi pada klien selama mengalami penyakit DM
- c) Meminta klien menyebutkan masalah yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi selama mengalami penyakit DM
- d) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan pendapatnya terhadap masalahnya selama menderita penyakit DM.
- e) Meminta klien menyebutkan akibat dari masalah yang dialaminya tersebut
- f) Beri pujian atas partisipasi klien dalam mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialaminya selama menderita penyakit DM
- g) Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas

5) Fase terminasi

- a) Evaluasi
  - Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti sesi pertama logoterapi *Medical Ministry*
  - Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
- b) Rencana Tindak Lanjut
  - Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami serta pendapat terhadap masalah yang dialami dan akibatnya dan menuliskan pada buku kerja klien

## c) Kontrak yang akan datang

- Menyepakati kontrak yang akan datang yaitu mengidentifikasi reaksi atau respon fisiologi, kognitif, perilaku dan afektif terhadap perubahan dan masalah yang dialami, mengidentifikasi cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah serta mengidentifikasi pelajaran / makna yang diperoleh atas masalah yang dialaminya.

**A.1.2 Evaluasi dan Dokumentasi**

## A. Evaluasi

Format evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pencapaian tujuan selama terapi berlangsung (mengidentifikasi dan mengungkapkan pendapat terhadap masalah/perubahan yang terjadi selama menderita penyakit DM). Evaluasi dicatat kedalam format berikut:

**Mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami**

Tanggal : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan ke						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengidentifikasi perubahan yang terjadi							
2.	Mengidentifikasi masalah yang dihadapi							
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah yang terjadi							
4.	Mengungkapkan akibat dari masalah yang dialami							
	<b>Jumlah</b>							

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan
- Jumlah nilai  $\geq 2$  klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Jumlah nilai  $\leq 1$  klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

#### B. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien, apabila klien dinilai mampu mengikuti logoterapi sesi 1 maka catatan terapis adalah kemampuan klien mampu mengidentifikasi perubahan yang terjadi dan masalah yang dialami akibat perubahan yang terjadi serta mengungkapkan pendapat terhadap perubahan/masalah yang dialami selama menderita penyakit DM. Klien tidak dapat melanjutkan pada sesi kedua apabila dianggap tidak mampu mengidentifikasi perubahan dan masalah yang dialami selama menderita penyakit DM. Semua pengalaman tersebut dicatat pada buku kerja dalam bentuk format sebagai berikut:

#### **Sesi 1: Mengidentifikasi masalah dan dampak dari masalah yang dialami**

No	Tanggal	Perubahan yang terjadi	Masalah yang dialami	Pendapat terhadap masalah	Akibat dari masalah

## 2.2 Sesi 2: Mengidentifikasi reaksi dan cara mengatasi masalah

Setiap individu memiliki respon yang berbeda terhadap stressor yang dihadapinya. Jika mekanisme coping individu tersebut dalam menerima stressor dengan perilaku adaptif maka respon yang dihasilkan akan bersifat adaptif pula. Demikian juga sebaliknya, jika mekanisme coping individu tersebut dalam stressor dengan perilaku maladaptif maka respon yang dihasilkan juga akan bersifat maladaptif seperti pada klien depresi dan ansietas.

Reaksi atau respon terhadap stressor pada individu yang mengalami depresi dapat dilihat dari respon afektif, kognitif, fisiologis, dan perilaku menurut Stuart (2009) sebagai berikut:

### 1. Respon afektif

Pada respon afektif individu memiliki perasaan yang penuh dengan kemarahan, ansietas, apatis, kepahitan, kekesalan, penyangkalan perasaan, kemurungan, rasa bersalah, ketidakberdayaan, keputusasaan, kesepian, harga diri rendah, kesedihan, dan rasa tidak berharga

### 2. Respon kognitif

Pada respon kognitif individu memiliki sifat ambivalensi, kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, tidak dapat mengambil keputusan, kehilangan minat dan motivasi, pesimis, menyalahkan diri sendiri, mencela diri sendiri, pikiran yang destruktif tentang diri sendiri, dan ketidakpastian

### 3. Respon fisiologis

Pada respon fisiologis individu akan mengalami rasa nyeri abdomen, anoreksia, sakit punggung, nyeri dada, konstipasi, pusing, kelelahan, sakit kepala, impotensi, gangguan pencernaan, insomnia, kelesuan, perubahan haid, mual, makan berlebihan, tidak responsif secara seksual, gangguan tidur, muntah, dan perubahan berat badan

### 4. Respon perilaku

Pada respon perilaku individu akan mengalami agitasi, agresif, alkoholisme, perubahan tingkat aktivitas, kecanduan obat, intoleransi,

mudah tersinggung, kurang spontanitas, sangat tergantung, kebersihan diri yang kurang, retardasi psikomotor, isolasi sosial, mudah menangis, kurang mampu mencapai hasil dan menarik diri.

Reaksi atau respon terhadap stressor pada individu yang mengalami ansietas dapat dilihat dari respon afektif, kognitif, fisiologis, dan perilaku menurut Stuart (2009) sebagai berikut:

1. Respon afektif

Pada afektif dapat ditemui respon berupa mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kengerian, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah, dan malu.

2. Respon kognitif

Pada kognitif dapat ditemui respon berupa perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, lapang perespsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cidera atau kematian, kilas balik, dan mimpi buruk.

3. Respon fisiologis

Pada kardiovaskuler dapat ditemui respon berupa palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa ingin pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun. Pada pernafasan dapat ditemui respon berupa nafas cepat, sesak nafas, dada seperti rasa tertekan, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, leher rasa tercekik, nafas terengah-engah. Pada neuromuskular dapat ditemui respon berupa refleks meningkat, reaksi terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigisitas, gelisah, modar-mandir, wajah tegang, kelemahan umum, tungkai lemah, melakukan gerakan yang janggal (diluar kontrol). Pada gastrointestinal dapat ditemui respon berupa kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, dan diare. Pada saluran kemih dapat ditemui respon berupa tidak dapat menahan kencing, sering berkemih. Pada kulit dapat ditemui respon berupa wajah kemerahan,

berkeringat setempat (misalnya pada telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, dan berkeringat pada seluruh tubuh.

#### 4. Respon perilaku

Pada perilaku dapat ditemui respon berupa gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindari, hiperventilasi, dan sangat waspada.

### 2.2.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 2

#### A. Tujuan

1. Klien mampu mengungkapkan reaksi/respon afektif, kognitif, fisiologi, dan perilaku terhadap perubahan dan masalah yang dialami
2. Klien mampu mengungkapkan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi reaksi/respon terhadap perubahan dan masalah yang dialami selama menderita penyakit DM
3. Klien mampu mengungkapkan hasil yang diperoleh dari cara yang dilakukan dalam mengatasi reaksi/respon terhadap perubahan dan masalah yang dialami selama menderita penyakit DM
4. Klien mampu mengungkapkan makna/pelajaran yang diperoleh atas masalah yang dialami selama menderita penyakit DM

#### B. Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
2. Suasana ruangan tenang
3. Terapis dan klien duduk berhadapan

#### C. Alat

1. Alat tulis
2. Buku kerja klien
3. Buku evaluasi klien

#### D. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab
2. Curah pendapat

#### E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a) Mengingat kontrak waktu dan tempat dengan klien
  - b) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Pelaksanaan
- a) Fase orientasi
    - 1) Orientasi
      - Salam terapeutik
      - Salam dari terapis kepada klien
      - Terapis memakai pakai papan nama
    - 2) Evaluasi/validasi
      - Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
      - Menanyakan kembali tentang masalah lain yang dialami klien
      - Menanyakan kendala klien mengisi buku kerja
    - 3) Kontrak
      - Menjelaskan tujuan pertemuan kedua yaitu mengidentifikasi reaksi/respon klien terhadap perubahan dan mengenai masalah yang dialami, mengungkapkan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang dialami, mengungkapkan hasil yang diperoleh dari cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang dialami, dan mengungkapkan makna/pelajaran yang diperoleh dari masalah yang dialami selama menderita DM
      - Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan logoterapi individu yaitu lama kegiatan 45 menit yang akan diikuti oleh klien dari awal sampai akhir.
  - b) Fase kerja
    - 1) Diskusikan bersama klien bagaimana reaksi dan respon yang dirasakan terhadap perubahan dan masalah yang dialami selama menderita penyakit DM meliputi : meliputi respon afektif, kognitif, fisiologi dan perilaku.
    - 2) Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan cara yang dilakukannya untuk mengatasi reaksi terhadap

perubahan dan masalah yang dialami selama menderita penyakit DM

- 3) Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan hasil yang diperoleh dari cara yang dilakukan untuk mengatasi reaksi terhadap perubahan dan masalah yang dialami selama menderita penyakit DM
- 4) Mengungkapkan makna/pelajaran yang diperoleh dari masalah yang dialami selama menderita penyakit DM
- 5) Berikan pujian pada klien atas partisipasinya selama mengikuti proses logoterapi *Medical Ministry*
- 6) Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas

c) Fase terminasi

1) Evaluasi

- Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti logoterapi *medical ministry*
- Memberikan *reinforcement* positif kepada klien

2) Rencana Tindak Lanjut

- Motivasi klien untuk mengidentifikasi reaksi/respon lain terhadap perubahan dan masalah yang dialami selama menderita penyakit DM.
- Motivasi klien untuk mengidentifikasi cara-cara untuk mengatasi reaksi terhadap perubahan dan masalah yang dialami selama menderita penyakit DM

3) Kontrak yang akan datang

- Menyepakati kontrak yang akan datang yaitu mendiskusikan teknik *medical ministry* cara pertama yaitu klien diminta untuk merenungkan kembali masalah yang pernah dialami pada waktu lalu dengan : mengingat kembali suatu masalah yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimana reaksi terhadap masalah pada waktu lalu, bagaimana cara mengatasinya, bagaimana perasaan sekarang atas pengalaman tersebut,



pelajaran dan makna apa yang diperoleh dibalik masalah ini. Mendiskusikan teknik *medical ministry* cara kedua yaitu dengan menanyakan kepada orang lain yang pernah mengalami masalah yang sama dengan: menanyakan cara yang dilakukan orang lain dalam mengatasi masalahnya, hasil yang diperoleh dan makna yang diperoleh dari masalah yang dialaminya tersebut.

## 2.2.2 Evaluasi dan dokumentasi

### A. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi kedua adalah kemampuan pencapaian tujuan selama terapi berlangsung adalah klien mampu: mengungkapkan reaksi/respon afektif, kognitif, fisiologi, dan perilaku terhadap perubahan dan masalah yang dialami, mengungkapkan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi reaksi terhadap perubahan dan masalah yang dialami, mengungkapkan hasil yang diperoleh dari cara yang dilakukan untuk mengatasi reaksi terhadap perubahan dan masalah yang dialami, dan mengungkapkan makna/pelajaran yang diperoleh terhadap masalah yang dialami selama menderita penyakit DM.

Klien tidak dapat melanjutkan ke sesi tiga apabila dianggap tidak mampu mengungkapkan reaksi atau respon afektif, kognitif, fisiologi, dan perilaku terhadap perubahan dan masalah yang dialami, mengungkapkan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi reaksi terhadap perubahan dan masalah yang dialaminya, mengungkapkan hasil yang diperoleh, dan mengungkapkan makna/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM. Evaluasi dilakukan sebagai berikut:

### Mengidentifikasi reaksi dan cara mengatasi masalah

Tanggal : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

No	Aspek yang di nilai	Pertemuan ke						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengungkapkan reaksi fisiologi, prilaku, afektif, dan kognitif terhadap perubahan dan masalah yang dialami							
2.	Mengungkapkan cara yang dilakukan untuk mengatasi perubahan dan masalah yang dialami							
3.	Mengungkapkan hasil yang diperoleh dari cara yang dilakukan							
4.	Mengungkapkan makna yang diperoleh							
	<b>Jumlah</b>							

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan
- Jumlah nilai  $\geq 2$  jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Jumlah nilai  $\leq 1$  klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

#### B. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien dalam melakukan kegiatan sesi 2, apabila klien dinilai mampu mengikuti logoterapi sesi kedua maka catatan terapis adalah kemampuan klien mampu mengungkapkan reaksi atau respon terhadap perubahan dan masalah

yang dialami selama menderita penyakit DM. Semua pengalaman pada sesi 2 dicatat kedalam buku kerja dalam bentuk format berikut:

No	Tanggal	Reaksi terhadap perubahan dan masalah	Cara yang dilakukan	Hasil dari cara yang dilakukan	Makna yang diperoleh
		Perilaku:			
		Fisiologis:			
		Kognitif:			
		Afektif:			

### 2.3 Sesi 3: Teknik *Medical Ministry*

Pada sesi ini klien merealisasikan nilai-nilai bersikap (*the attitude values*) sebagai salah satu sumber dalam menemukan makna hidup. Teknik ini menganjurkan klien mengembangkan sikap (*attitude*) yang tetap dan positif dalam menghadapi situasi tragis/penderitaan yang dialami saat ini. Pendekatan ini memanfaatkan kemampuan dalam mengambil sikap (*to take a stand*) terhadap kondisi diri dan lingkungan yang tidak dapat diubah lagi.

Sikap yang dikembangkan melalui tehnik *Medical Ministry* adalah sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, keberanian menghadapi bentuk penderitaan yang tidak dapat dihindari lagi seperti rasa sakit yang berkepanjangan dan tidak dapat disembuhkan lagi, kondisi menjelang kematian setelah semua upaya dilakukan dan menghadapi kematian itu sendiri. Pendalaman nilai bersikap pada tehnik ini pada dasarnya menerima kesempatan pada klien untuk mengambil

sikap yang tepat atas kondisi tragis dan kegagalan yang telah terjadi dan tidak dapat diulangi lagi.

Cara yang dapat dilakukan untuk mendalami nilai-nilai bersikap, yakni ada 2 cara:

1. Nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* cara pertama yaitu merenungkan penderitaan yang pernah dialami dengan : mengingat kembali suatu masalah yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimana hasil dari cara yang dilakukan tersebut, bagaimanakah perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah atas masalah yang dialami ini.
2. Nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* dengan cara kedua yaitu : menghubungi orang lain atau kenalan yang pernah mengalami masalah yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu selanjutnya membandingkan dengan keadaan sekarang.

### 2.3.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 3

#### 1. Tujuan

- a. Klien mampu menjelaskan teknik *medical ministry* untuk mengatasi masalah
- b. Klien mampu memberi tanggapan terhadap teknik *medical ministry*
- c. Klien mampu memilih cara yang ingin dipakai/digunakan untuk mengatasi masalah yang dialaminya selama menderita penyakit DM.
- d. Klien mampu mengungkapkan makna yang diperoleh dari hasil yang diperoleh

#### 2. Setting

- a. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
- b. Suasana ruangan tenang
- c. Terapis dan klien duduk berhadapan

#### 3. Alat

- a. Alat tulis
- b. Buku kerja klien

- c. Buku evaluasi klien

#### 4. Metode

- a. Diskusi dan tanya jawab
- b. Curah pendapat

#### 5. Langkah Kegiatan

- a. Persiapan
- b. Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien
- c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

#### 6. Pelaksanaan

- a. Fase orientasi
  - 1) Orientasi
    - a) Salam terapeutik
    - b) Salam dari terapis kepada klien
    - c) Terapis (pakai papan nama)
  - 2) Evaluasi/validasi
    - a) Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
    - b) Menanyakan kembali tentang perubahan dan masalah yang dihadapi terkait dengan pengalaman selama menderita penyakit DM
    - c) Menanyakan kembali tentang kendala mengisi buku kerja
  - 3) Kontrak
    - a) Menjelaskan tujuan pertemuan ketiga yaitu mengatasi masalah yang dirasakan sebagai penderitaan bagi klien selama menderita penyakit DM dengan mendalami nilai-nilai bersikap (*the attitude values*) melalui teknik *medical ministry*.
    - b) Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan logoterapi yaitu lama kegiatan 45 menit yang diikuti oleh klien dari awal sampai akhir.
- b. Fase kerja
  - 1. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan/penderitaannya yang pernah dialami dan belum teratasi selama menderita penyakit DM

2. Diskusikan bersama klien untuk mengatasi masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* dengan cara pertama yaitu merenungkan penderitaan yang pernah dialami oleh klien DM dengan : mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaan waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini.
3. Diskusikan bersama klien nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* dengan cara kedua yaitu : menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu selanjutnya membandingkan dengan keadaan sekarang.
4. Memberi kesempatan pada klien untuk memberi tanggapan terhadap teknik *medical ministry* yang telah diajarkan
5. Memberi kesempatan pada klien untuk memilih cara yang ingin dipakai untuk mengatasi masalah yang dialami
6. Beri motivasi klien untuk mempraktekkan kemampuan teknik *medical ministry* yang dipilih untuk mengatasi masalahnya
7. Berikan pujian pada klien atas partisipasinya

c. Fase terminasi

1. Evaluasi
  - a) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti logoterapi *medical ministry* terhadap masalah yang dialami selama menderita penyakit DM
  - b) Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
2. Rencana Tindak Lanjut
  - a) Mengajukan klien untuk mengidentifikasi masalah yang belum teratasi

- b) Motivasi klien untuk mencoba cara yang dipilih terhadap masalah lain
- 3. Kontrak yang akan datang
  - a) Menyepakati kontrak yang akan datang yaitu mengevaluasi hasil pelaksanaan teknik *medical ministry* serta menemukan makna yang klien dapatkan.
  - b) Menyepakati waktu dan pertemuan berikutnya

### 2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi

#### A. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi ketiga adalah kemampuan mengatasi masalah dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik *Medical ministry*. Evaluasi kemampuan klien melakukan kegiatan sesi 3 akan dicatat kedalam format berikut:

#### **Teknik *Medical Ministry***

Tanggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

No	Aspek yang di nilai	Nilai						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Mengungkapkan masalah dengan teknik <i>medical ministry</i> cara pertama							
2.	Mengungkapkan masalah dengan teknik <i>medical ministry</i> cara kedua							
3.	Memberikan tanggapan terhadap teknik <i>medical ministry</i>							
4.	Memilih cara yang ingin dipakai/digunakan untuk mengatasi masalah							

5.	Mengungkapkan makna yang diperoleh							
	<b>Jumlah</b>							

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan
- Jumlah nilai  $\geq 2$  jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Jumlah nilai  $\leq 1$  klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

#### B. Dokumentasi

Kemampuan yang dimiliki selama mengikuti sesi 3 akan dicatat kedalam bentuk format berikut:

No	Tanggal	Teknik <i>medical ministry</i>		Tanggapan
		Pengalaman kita	Pengalaman orang lain	
		Masalah:		
		Cara:		
		Hasil:		
		Makna		



No	Tanggal	Cara yang digunakan	Makna yang diperoleh

#### 2.4 Sesi 4: Evaluasi

Sesi 4 ini adalah akhir dari seluruh kegiatan dalam terapi logo ini. kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi pencapaian kemampuan pencarian makna hidup setelah seluruh sesi dilakukan. Latihan yang dapat dilakukan dalam evaluasi makna hidup adalah sebagai berikut:

- a) Menjelaskan hasil dari teknik *medical ministry* dalam mengatasi masalah
- b) Mengungkapkan masalah yang sudah teratasi
- c) Mengungkapkan masalah yang belum teratasi
- d) Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik *medical ministry*
- e) Membuat rencana tindak lanjut

##### 2.4.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi empat

###### A. Tujuan

1. klien mampu mencoba teknik *medical ministry* dalam mengatasi masalah akibat menderita DM.

2. Klien mampu mengidentifikasi makna hidup setelah menggunakan teknik *medical ministry*

### **B. Setting dan tempat**

1. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
2. Suasana ruangan tenang
3. Terapis dan klien duduk berhadapan

### **C. Media/Alat**

1. Alat tulis
2. Buku Kerja
3. Buku evaluasi

### **D. Metode**

1. Diskusi dan tanya jawab
2. Curah pendapat

### **E. Langkah Kegiatan**

1. Persiapan
  - a) Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien
  - b) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Fase orientasi
  - a) Salam terapeutik
    - 1) Salam dari terapis kepada klien
    - 2) Terapis menggunakan papan nama
  - b) Evaluasi/ validasi
    - 1) Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
    - 2) Menanyakan kembali cara yang telah diajarkan oleh terapis yakni teknik *medical ministry* untuk mengatasi masalah yang dialami
- c) Kontrak
  - 1) Menjelaskan tujuan pertemuan keempat yaitu mencoba mengevaluasi hasil pelaksanaan Logoterapi *medical ministry* sehingga mampu menemukan makna hidup dan mampu membuat rencana tindak lanjut.

- 2) Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan Logoterapi *Medical ministry*, yaitu : lama kegiatan 45 menit, klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.
3. Fase kerja
  - a. Diskusikan dengan klien mengenai hasil dari teknik *Medical ministry* dalam mengatasi masalah akibat sakit yang dialami klien.
  - b. Berikan kesempatan pada klien untuk menjelaskan masalah yang sudah dan belum teratasi
  - c. Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan makna hidup yang didapatkan setelah menggunakan teknik *Medical ministry*
  - d. Berikan pujian atas partisipasi klien
  - e. Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas
4. Fase terminasi
  - a) Evaluasi
    - 1) Terapis menanyakan perasaan anggota klien setelah mengikuti Logoterapi *Medical ministry*.
    - 2) Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
  - b) Rencana tindak lanjut
    - 1) Motivasi klien untuk mempraktekkan cara yang telah diajarkan yakni teknik *Medical ministry* untuk mengatasi masalah akibat sakit yang dialami klien.
    - 2) Bekerjasama dengan perawat ruangan untuk mempertahankan logoterapi
  - c) Kontrak yang akan datang
    - 1) Mengakhiri pertemuan Logoterapi *Medical ministry* dan melaporkan pelaksanaan kepada perawat/petugas di ruangan.

#### 2.4.2 Evaluasi dan Dokumentasi

- A. Evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi keempat adalah hasil pelaksanaan logoterapi dengan teknik *Medical ministry* dan menemukan makna

hidup yang klien dapatkan. Evaluasi kemampuan klien akan dicatat kedalam bentuk format berikut:

### Evaluasi

Tanggal : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

No	Aspek yang di nilai	Nilai						
		1	2	3	4	5	6	7
		Tanggal						
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah							
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah teratasi							
3.	Mengungkapkan masalah yang belum teratasi							
4.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>							
5.	Mengungkapkan rencana tindak lanjut							
	<b>Jumlah</b>							

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan
- Jumlah nilai  $\geq 2$  jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Jumlah nilai  $\leq 1$  klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

B. Dokumentasi kemampuan klien dalam melakukan kegiatan sesi 4 akan dicatat kedalam format berikut:

No	Tanggal	Masalah yang dialami	Hasil yang dicapai	Makna hidup yang ditemui	Rencana tindak lanjut
			Yang belum teratasi:		
			Yang sudah teratasi:		

## PENUTUP

Klien DM yang memiliki pengetahuan yang cukup tentang cara menemukan makna hidup dari setiap masalah yang dialami akan dapat memberikan pengaruh positif terhadap gairah hidup klien dan bahkan dapat meningkatkan kualitas hidup menjadi lebih bermakna. Tentu hal ini juga akan berpengaruh terhadap perkembangan kondisi fisik klien, klien yang telah menemukan makna hidup dalam keadaan sakitnya akan lebih bersemangat dalam menjalani kegiatan sehari-hari khususnya dalam melakukan penatalaksanaan diabetes sehingga kemajuan pengobatan yang berorientasi fisik dapat dirasakan secara efektif.

Logoterapi merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang mempunyai prinsip bahwa setiap manusia memiliki kebebasan untuk menemukan makna dalam hidupnya. Teknik *medical ministry* adalah salah satu teknik yang digunakan dalam logoterapi untuk membantu klien dalam menemukan makna hidup melalui penemuan nilai-nilai bersikap (*attitude values*) yang positif. Melalui *medical ministry* klien dapat menentukan sikap dan menemukan sendiri cara yang dapat digunakan untuk mengatasi masalahnya.

Semua latihan yang dilakukan setiap sesi dicatat kedalam buku kerja dan buku evaluasi. Hal ini dilakukan untuk membantu klien DM mengingat pengalamannya waktu lalu dan perasaan yang dialami ketika itu serta cara yang digunakan dalam mengatasi masalahnya pada waktu itu, dan memudahkan klien mengidentifikasi pengalaman yang dirasakan saat ini.