

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Subjek Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimental yang dilaksanakan di Puskesmas Gedong Tengen (perlakuan) dan Puskesmas Kasihan 2 (kontrol) didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Subjek Penelitian

KATEGORI	Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan		P Value
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	
Jenis Kelamin					
Perempuan	13	86,7	14	93,3	0,550
Laki laki	2	13,3	1	6,7	
Usia					
45-49 tahun	3	20,0	4	26,7	0,191
50-54 tahun	2	13,3	5	33,3	
55-59 tahun	10	66,7	6	40,0	
Riwayat Pendidikan					
SD	4	26,7	6	40,0	0,731
SMP	5	33,3	3	20,0	
SMA	4	26,7	3	20,0	
D3	0	0	2	13,3	
S1	2	13,3	1	6,7	
Penyakit Kronis					
Diabetes Melitus tipe 2	7	46,7	6	40,0	0,770
Hipertensi	4	26,7	8	53,3	
DM tipe 2 dan Hipertensi	4	26,7	1	6,7	
Jumlah Obat					
1 obat	5	33,3	7	46,7	0,478
2 obat	6	40,0	5	33,3	
3 obat	4	26,7	3	20,0	
Lama Sakit					
1-5 tahun	11	73,4	8	53,3	0,395
6-10 tahun	2	13,3	6	40,0	
>10 tahun	2	13,3	1	6,7	
Status Pekerjaan					
Ibu Rumah Tangga	11	73,3	8	53,3	0,263
Wiraswasta	3	20,0	5	33,3	
Pegawai Negeri Sipi	1	6,7	2	13,3	
Hasil Mean <i>Pre-test</i>	15	21,53	15	17,93	0,021

Sampel penelitian ini diambil dari pasien dewasa rutin kontrol yang terdiagnosis diabetes melitus tipe 2 dan/atau hipertensi di Puskesmas

Gedong Tengen dan Puskesmas Kasihan 2 dari bulan November 2017-Mei 2018. Pada tabel 4.1 terlihat bahwa subjek keseluruhan penyandang diabetes melitus tipe 2 dan/atau hipertensi pada penelitian dengan jenis kelamin perempuan merupakan proporsi sampel paling tinggi, yaitu sebanyak 90,7% dari seluruh sampel penelitian dan proporsi sampel jenis kelamin laki- laki adalah sebanyak 9,3%. Jika dirincikan karakteristik subjek yaitu jenis kelamin subjek pada kedua kelompok tertinggi adalah perempuan yaitu kelompok kontrol sebanyak 13 (86,7%) subjek dan kelompok perlakuan sebanyak 14 (93,3%) subjek. Jenis kelamin laki-laki kelompok kontrol sebanyak 2 (13,3%) subjek dan kelompok perlakuan sebanyak 1 (6,7%) subjek.

Pada rentang usia paling banyak subjek berusia 55-59 tahun. Kelompok kontrol sebanyak 10 (66,7%) subjek dan kelompok perlakuan sebanyak 6 (40,0%) subjek. Karakteristik riwayat pendidikan terbanyak kelompok kontrol adalah SMP sebanyak 5 (13,3%) subjek dan pada kelompok kontrol adalah SD sebanyak 6 (40,0%) subjek.

Karakteristik penyakit kronis yang diderita paling banyak pada kelompok kontrol adalah penyandang diabetes melitus tipe 2 sebanyak 7 (46,7%) subjek dan kelompok perlakuan adalah hipertensi sebanyak 8 (53,3%) subjek. Berdasarkan jumlah obat yang dikonsumsi kelompok kontrol paling banyak 2 jenis obat (40,0%) dan kelompok perlakuan yaitu 1 jenis obat (46,7%). Lama sakit yang diderita kedua kelompok adalah sama yaitu 1-5 tahun dengan kelompok kontrol sebanyak 11 (73,4%)

subjek dan kelompok perlakuan sebanyak 8 (53,3%) subjek. Karakteristik status pekerjaan paling banyak pada kedua kelompok adalah Ibu Rumah Tangga. Masing-masing kelompok kontrol adalah 11 (73,3%) subjek dan kelompok perlakuan adalah 8 (53,3%) subjek.

Hasil analisis uji beda dari masing-masing karakteristik subjek penelitian didapatkan nilai *p value* pada kategori jenis kelamin ($p=0,550$), kategori usia ($p=0,191$), kategori riwayat pendidikan ($p=0,731$), kategori penyakit kronis ($p=0,770$), kategori jumlah obat ($p=0,478$), kategori lama sakit ($p=0,395$), dan pada kategori status pekerjaan ($p=0,263$). Hasil uji beda dari keseluruhan kategori pada subjek penelitian didapatkan hasil *p value* $>0,05$. Syarat yang harus dipenuhi untuk adanya perbedaan karakteristik antara kedua kelompok yakni jika *p value* $<0,05$. Sehingga dari hasil dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan karakteristik antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol secara keseluruhan. Tetapi pada uji homogenitas mean pretest antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi didapatkan nilai 0,021 ($p>0,05$) yang berarti tidak homogen.

2. Hasil Perolehan *Score* Tingkat Kecemasan Pasien Dewasa dengan Penyakit Kronis

Tabel 4.2 Hasil kuesioner HARS kelompok kontrol.

Keterangan	Hasil Skor Kuesioner HARS		
	Pre-test	Post-test	Δ
Kode Responden			
1	31	20	-11
2	15	13	-2
3	26	13	-13
4	24	21	-3
5	23	14	-9
6	20	14	-6
7	14	8	-6
8	18	13	-5
9	16	12	-4
10	19	12	-7
11	31	22	-9
12	19	14	-5
13	15	7	-8
14	29	20	-9
15	23	18	-5
Indikator			
Total	323	221	-102
Mean \pm SD	21.53 \pm 5.768	14.73 \pm 4.543	-6.80 \pm 3.028

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh total skor penurunan kecemasan sebesar -102 dengan Mean \pm SD adalah -6.80 \pm 3.028. Pada nilai total *pre-test* sebesar 323 dengan Mean \pm SD adalah 21.53 \pm 5.768. Sedangkan nilai total *post-test* sebesar 221 dengan Mean \pm SD adalah 14.73 \pm 4.543.

Tabel 4.3 Hasil kuesioner HARS kelompok perlakuan.

Keterangan	Hasil Skor Kuesioner HARS		
	Pre-test	Post-test	Δ
Kode Responden			
1	26	6	-20
2	21	5	-16
3	16	6	-10
4	20	7	-13
5	14	3	-11
6	18	7	-11
7	18	4	-14
8	19	3	-16
9	14	3	-11
10	17	5	-12
11	19	2	-17
12	16	2	-14
13	15	5	-10
14	14	4	-10
15	22	8	-14
Indikator			
Total	269	70	-199
Mean \pm SD	17.93 \pm 3.390	4.67 \pm 1.877	-13.27 \pm 2.987

Berdasarkan tabel 4.3 diperoleh total skor penurunan kecemasan sebesar -199 dengan Mean \pm SD adalah -13.27 \pm 2.987. Pada nilai total *pre-test* sebesar 269 dengan Mean \pm SD adalah 17.93 \pm 3.390. Sedangkan nilai total *post-test* sebesar 70 dengan Mean \pm SD adalah 4.67 \pm 1.877.

Setelah dilakukan *pre-test* dan *post-test* pada kedua kelompok, maka dapat disimpulkan hasil yang dikelompokkan berdasarkan kategori kecemasan pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Klasifikasi Kategori Tingkat Kecemasan Berdasarkan Hasil *Pre-test* dan *Post-test* Kuesioner HARS

	<i>Pre-test</i> Kelompok Kontrol		<i>Post-test</i> Kelompok Kontrol		<i>Pre-test</i> Kelompok Perlakuan		<i>Post-test</i> Kelompok Perlakuan	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Tidak ada kecemasan (normal)	0	0	7	46,7	0	0	15	100
Kecemasan ringan	8	53,3	6	40,0	12	80,0	0	0
Kecemasan Sedang	4	26,7	2	13,3	3	20,0	0	0
Kecemasan berat	3	20,0	0	0	0	0	0	0

Setelah seluruh skor pada tabel 4.4 yang telah diklasifikasikan sesuai kategori tingkat kecemasan, maka pada kelompok kontrol diperoleh hasil kategori cemas ringan sebanyak 8 (52,3%) responden, cemas sedang sebanyak 4 (26,7%) responden dan cemas berat sebanyak 3 (20,0%) responden. Setelah dilakukan *post-test* terdapat perubahan menjadi 2 (13,3%) responden yang termasuk dalam kategori cemas sedang, 6 (40,0%) responden termasuk dalam kategori cemas ringan dan sebanyak 7 (52,3%) responden termasuk dalam kategori tidak cemas (normal). Kemudian pada kelompok perlakuan hasil *pre-test* dari jumlah 12 (80,0%) responden kategori cemas ringan dan 3 (20,0%) responden kategori cemas sedang. Pada kelompok perlakuan setelah diberi konseling dan dilakukan *post-test*, semua responden mengalami penurunan skor kecemasan menjadi kategori tidak cemas (normal).

3. Uji Normalitas

Langkah awal yang ditempuh sebelum melakukan pengujian hipotesis adalah melakukan uji normalitas. dengan tujuan memperoleh informasi mengenai data tersebut berdistribusi normal atau tidak. Selain itu bertujuan untuk menentukan langkah yang harus ditempuh selanjutnya, yaitu analisis statistik uji *Paired sample t test* (normal) atau *Wilcoxon signed Rank Test* (tidak normal).

Berikut adalah hasil uji normalitas dari data penelitian yang telah diperoleh dari tiap-tiap kelompok sampel penelitian pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Uji Normalitas.

Kelompok Sampel	Shapiro-Wilk	Sig.	Keterangan
<i>Pre-test</i> Kelompok Kontrol	0,227	>0,05	Data Normal
<i>Post-test</i> Kelompok Kontrol	0,214	>0,05	Data Normal
<i>Pre-test</i> Kelompok Perlakuan	0,258	>0,05	Data Normal
<i>Post-test</i> Kelompok Perlakuan	0,508	>0,05	Data Normal
Selisih Kelompok Kontrol	0,853	>0,05	Data Normal
Selisih Kelompok Perlakuan	0,131	>0,05	Data Normal

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa hasil analisis normalitas data kelompok kontrol diperoleh hasil $p=0,227$ untuk *pre-test* dan $p=0,214$ untuk *post-test*. Pada analisis normalitas data kelompok perlakuan diperoleh hasil $p=0,258$ untuk *pre-test* dan $p=0,508$ untuk *post-test*. Pada uji normalitas selisih kelompok kontrol diperoleh hasil $p=0,853$ dan kelompok perlakuan diperoleh hasil $p=0,131$.Dapat disimpulkan bahwa hasil

pre-test dan *post-test* kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan maupun hasil selisih antar dua kelompok seluruhnya terdistribusi normal.

4. Uji Beda Mean

Langkah selanjutnya yang dilakukan yaitu melakukan uji beda *mean*. Uji beda *mean* dilaksanakan dengan tujuan mengetahui apakah ada pengaruh dari perubahan hasil *pre-test* dengan *post-test*. Analisis statistik yang harus digunakan terdapat dua metode yaitu uji *Paired t Test* (normal) atau *Wilcoxon signed Rank Test* (tidak normal).

Tabel 4.6 Uji Beda Mean.

Kelompok	Hasil Analisis Paired Sample T-Test			
	Keterangan	N	Mean \pm SD	Sig.
Kontrol	<i>Pre-test</i>	15	21.53 \pm 5.768	.001
	<i>Post-test</i>	15	14.73 \pm 4.543	
Perlakuan	<i>Pre-test</i>	15	17.93 \pm 3.390	.001
	<i>Post-test</i>	15	4.67 \pm 1.877	

Pada tabel 4.6 setelah dilakukan uji *Paired Sample t-test* menunjukkan pada kelompok perlakuan terdapat penurunan skor kecemasan yang bermakna secara statistik antara *pre-test* dan *post-test* setelah diberikan konseling berpusat pada klien karena nilai *asympt.sig* < 0,05. Pada kelompok kontrol juga terjadi penurunan skor kecemasan antara *pre-test* dan *post-test* dengan nilai bermakna secara statistik.

5. Uji Selisih Skor Kecemasan Kelompok Kontrol dan Perlakuan

Langkah selanjutnya yang dilakukan yaitu melakukan uji selisih dua kelompok. Uji selisih dua kelompok data dilaksanakan dengan tujuan

mengetahui apakah ada perbedaan selisih antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Pada uji ini analisis statistik yang digunakan yaitu uji *Independent sample T-Test*.

Tabel 4.7 Hasil uji beda selisih skor *pre-test* dan *post-test* HARS pada pasien dewasa dengan penyakit kronik.

Keterangan	Hasil Analisis Independent Sample T-Test		
	Keterangan	Mean ± SD	Sig.
Selisih skor <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> HARS	Kontrol	-6.80	.001
	Perlakuan	-13.27	

Setelah dilakukan uji *Independent sample T-Test* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara pengaruh konseling berpusat pada klien terhadap skor kecemasan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang tidak diberikan konseling karena nilai *asympt.sig* < 0,05. Dapat disimpulkan bahwa H1 diterima dan H0 ditolak.

B. Pembahasan

Pada penelitian ini terdapat 30 subjek penelitian yang terbagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok kontrol dari pasien rutin kontrol di Puskesmas Kasihan 2 yang tidak diberi konseling dan kelompok perlakuan dari pasien rutin kontrol di Puskesmas Gedong Tengen yang diberi konseling. Setelah mengisi kuesioner HARS yang telah disediakan, subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi diarahkan untuk mendapatkan konseling. Konseling berpusat pada klien yang dilakukan sebanyak satu

kali yang berkolaborasi dengan psikolog yang bekerja di Puskesmas Gedong Tengen. Jangka waktu antara pengisian *pre-test* dan *post-test* kuesioner HARS (*follow up*) yaitu interval kurang lebih selama 2 minggu.

Pada hasil penelitian didapatkan hasil bahwa subjek penelitian yang menyangang penyakit kronik seperti diabetes melitus tipe 2 dan/atau hipertensi dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan merupakan suatu perasaan dimana seseorang merasa tidak aman dan terancam atas suatu hal atau keadaan (Stuart, 2013) yang berakibat penghantaran rangsang dari korteks adrenal melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal yang akan melepaskan hormon epinefrin (adrenalin) yang merangsang pembuluh darah sehingga efeknya tekanan darah meningkat atau hipertensi (Thbihari, et al., 2015). Seperti halnya diabetes melitus dapat menimbulkan kecemasan karena komplikasi dan peluang kematian yang cukup besar. Pengaruh kecemasan dengan diabetes melitus dapat meningkatkan hormon glukokortikoid (kortisol), ketokolamin (epinefrin) yang memberikan dampak antagonis terhadap fungsi insulin yang berpengaruh buruk terhadap kontrol glukosa darah (Butcher, 2005).

Jika ditinjau pada pengaruh kecemasan dengan hipertensi, cemas dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatik yang mengatur fungsi saraf otonom, sehingga meningkatkan denyut jantung, menyempitkan pembuluh darah dan meningkatkan resistensi air maupun garam. Saat cemas, sekresi katekolamin akan meningkat sehingga renin, angiotensi, dan aldosteron yang dihasilkan semakin meningkat. Saat cemas medulla adrenal

mensekresi katekolamin lebih (norepinefrin dan epinefrin). Selain itu, aktivasi sistem saraf simpatis dapat meningkatkan sirkulasi angiotensin II, aldosteron dan vasopressin yang dapat meningkatkan resistensi vaskular sistemik (Klabunde, 2015). Peningkatan sekresi hormon tersebut berdampak pada peningkatan tekanan darah (Nurlaely, 2010).

Berdasarkan jenis kelamin pada penyandang penyakit kronis paling banyak terjadi pada perempuan. Perempuan lebih berisiko mengidap diabetes melitus tipe 2 karena secara fisik memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar, sindroma siklus bulanan, pasca-menopause membuat distribusi lemak tubuh mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut (Irawan dalam Trisnawati, 2012). Kondisi ini mengakibatkan penurunan sensitifitas terhadap kerja insulin pada otot dan hati (Indriyani, 2007) (Fatimah, 2015). Akibatnya perempuan memiliki faktor risiko terjadinya DM 3-7 kali lebih tinggi (Karinda, 2013). Selain itu mayoritas yang mengalami kecemasan adalah perempuan, hal ini serupa dengan pandangan Friedman bahwa cemas lebih banyak dialami pada jenis kelamin perempuan daripada laki-laki. Hal ini disebabkan karena perempuan dipresentasikan sebagai makhluk yang lemah lembut, keibuan dan emosional (Thalib H, 2006).

Pada responden usia dewasa subjek penelitian paling banyak pada rentang usia 55-59 tahun. Umur merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah, dengan semakin bertambahnya umur, kemampuan jaringan untuk mengambil glukosa darah semakin menurun (Suiraoaka, 2012). Pada

seseorang yang berusia setelah 40 tahun mulai terjadi proses *aging* yang bermakna dengan penurunan kondisi fisiologis yang menurun dengan cepat sehingga kemampuan sel β pankreas berkurang dalam memproduksi insulin dan memicu terjadinya resistensi insulin (Karinda, 2013) (Sujaya, 2009) dalam (Trisnawati, 2013). Kecemasan juga dipengaruhi oleh lama sakit dan jumlah obat yang harus rutin dikonsumsi oleh pasien. Mayoritas responden lama menderita penyakit 1-4 tahun. Lama sakit pasien menyandang penyakit kronis dapat menimbulkan rasa jenuh dalam konsumsi obat tetapi disamping itu juga responden khawatir mengenai komplikasi dari penyakit yang disandang.

Tingkat kecemasan yang terjadi pada responden kelompok kontrol dan perlakuan juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang didominasi oleh responden dengan tingkat pendidikan SD dan SMP. Hal ini sejalan dengan teori Soewandi (1997) bahwa rendahnya tingkat pendidikan menyebabkan kurangnya pengetahuan responden mengenai *management* penyakit yang dialami dan mengakibatkan responden mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus (Jatman, 2000). Selain itu status pekerjaan didominasi pada responden yang berstatus ibu rumah tangga. Status pekerjaan dapat digunakan sebagai indikator status ekonomi memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan, hasil penelitian menunjukkan bahwa angka prevalensi ibu rumah tangga yang tidak berpenghasilan mengalami kecemasan lebih banyak dibandingkan responden dengan

orang yang memiliki pekerjaan. Hal ini sejalan dengan penelitian Harianto (2008) bahwa status ekonomi yang rendah akan menyebabkan individu mudah mengalami kecemasan.

Penelitian tentang konseling perbaikan tingkat kecemasan sudah pernah dilakukan sebelumnya meski tidak spesifik jenis penyakit kronis yang mampu menimbulkan rasa cemas seperti diabetes melitus tipe 2 dan/atau hipertensi. Prevalensi kecemasan ditemukan tinggi pada pasien penyakit kronis. Banyak perubahan dalam hidup pasien seperti lama sakit, biaya perawatan yang tinggi, pengaturan pola makan, olah raga, konsumsi obat dalam jangka panjang, risiko komplikasi dan kematian yang tinggi diduga kuat berperan dalam terjadinya kecemasan pada subjek penelitian. Perubahan dalam hidup yang mendadak membuat penyandang diabetes mellitus tipe 2 menunjukkan beberapa reaksi psikologis yang negatif diantaranya adalah marah, merasa tidak berguna, kecemasan yang meningkat dan depresi. Selain perubahan tersebut jika penyandang diabetes melitus telah mengalami komplikasi maka akan menambah tingkat stres maupun kecemasan (Shahab, 2006).

Kecemasan merupakan satu-satunya faktor psikologis yang mempengaruhi hipertensi. Hal tersebut didukung pendapat Anwar (2009) pada banyak orang dapat meningkatkan tekanan darah. Melihat hubungan kecemasan dengan perburukan pada kondisi diabetes melitus dan/atau hipertensi, maka salah satu cara untuk mencegah komplikasi penyakit

kronis tersebut adalah dengan mengendalikan tingkat kecemasan supaya dalam batas normal (Rasmun, 2004).

Penelitian serupa oleh Purwadi Rahmat (2010) salah satu penanganan pasien dilakukan dengan konseling. Pada kelompok yang mendapat konseling terdapat penurunan tingkat kecemasan yang bermakna ($t = -7.569$, $p < 0.05$). Penurunan kecemasan kelompok perlakuan sebesar 24 % dibanding kecemasan awal. Hasil penelitian yang didapatkan bahwa konseling menurunkan kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes melitus.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Malathy, *et al*, (2011) di Erode, Tamil Nadu, India, dengan subjek penelitian yang menyandang penyakit diabetes melitus. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner KAP untuk menilai persepsi penyakit pasien dan menilai perubahan dalam persepsi setelah konseling apoteker dan *leaflet*. Pasien kelompok uji meningkat secara signifikan ($P < 0.0001$) setelah konseling apoteker menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan, persepsi, diet, kontrol glikemik dan kontrol diabetes yang mampu mengurangi risiko komplikasi diabetes yang menimbulkan rasa cemas pada pasien.

Penelitian tentang penyakit kardiovaskular yang dilakukan oleh Vilchez Barboza, *et al*, (2016) di Chile, Amerika Selatan, sebanyak 109 responden memiliki tiga faktor risiko penyakit kardiovaskular. Setelah konseling dengan perawat melalui telepon menunjukkan adanya penurunan kolesterol total, kolesterol *low-density* lipoprotein, faktor risiko

kardiovaskular serta peningkatan yang signifikan dalam komponen kesehatan fisik dan mental. Intervensi ini merupakan strategi efektif untuk mengendalikan tiga faktor risiko kardiovaskular (hipertensi, *overweight*, dislipidemia) dan peningkatan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan.

Kecemasan pasien dewasa dengan penyakit kronis dipengaruhi oleh faktor karakteristik subjek penelitian seperti jenis kelamin, usia, lama sakit, jumlah obat yang dikonsumsi, riwayat pendidikan dan status pekerjaan. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi berupa konseling didapatkan bahwa terjadi perbaikan tingkat kecemasan walaupun tidak signifikan seperti kelompok perlakuan. Faktor yang dapat mempengaruhi perbaikan tingkat kecemasan dapat berupa dukungan keluarga atau sosial. Dukungan keluarga sangat penting untuk pasien dengan penyakit kronis dalam pengendalian kecemasan dan mengurangi tekanan yang ada pada konflik yang terjadi pada dirinya. Dukungan tersebut berupa dorongan sosial, motivasi, empati, ataupun bantuan yang dapat membuat individu yang lainnya merasa lebih tenang dan aman (Reta, 2007). Keterlibatan keluarga memberikan identitas dan sumber untuk evaluasi diri secara positif. Hal ini dapat meningkatkan persepsi kendali dan penguasaan diri serta mengurangi kecemasan. Pengurangan rasa cemas, rasa tidak berdaya, dan rasa putus asa dapat meningkatkan status kesehatan (Purwanta dkk, 2006).

Dalam penatalaksanaan cemas yang dilakukan pada kelompok perlakuan, konseling merupakan sebuah proses pemberian informasi melalui komunikasi interpersonal yang dilakukan secara sistematis (Tuncay T, 2008). Menurut Carl Rogers, proses konseling *client centered* adalah berpusat pada pengalaman individual untuk meminimalisir rasa terancam, memaksimalkan eksplorasi diri, memadukan pengalaman sebelumnya ke dalam konsep diri serta menggunakan teknik wawancara untuk menumbuhkan hubungan timbal balik. Konseling berpusat pada klien (*client centered counseling*) termasuk dalam bentuk psikoterapi yang bersifat psiko suportif, psiko re-edukatif dan psiko re-konstruktif (Hawari D, 2008). Pengaruh konseling pada subjek penelitian yaitu tidak merasa putus asa dan tetap memiliki semangat untuk hidup (Pilpala TKS, 2013). Pada hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa konseling berpusat pada klien berpengaruh secara signifikan dalam memperbaiki tingkat kecemasan responden kelompok perlakuan menjadi tergolong dalam kategori tidak cemas (normal).

C. Kelemahan Penelitian

Pada penelitian ini menunjukkan hasil mean pretest antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan tidak homogen. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor yang sudah ada sebelumnya dan pengaruh lainnya tidak diperhitungkan karena variabel kurang terkontrol dalam penelitian quasi eksperimental sehingga memungkinkan dapat mempengaruhi hasil.