

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan di Puskesmas Kasihan II Bantul, Yogyakarta dengan subyek penelitian adalah pasien diabetes melitus (DM). Penelitian ini mempunyai tujuan untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi dengan teknik komunikasi teraupetik terhadap derajat depresi pada pasien diabetes melitus di Puskesmas Kasihan 2 Bantul, Yogyakarta.

1. Gambaran Umum Puskesmas Kasihan 2 Bantul

Puskesmas Kasihan 2 Bantul terletak di Jalan Padokan, kelurahan Tirtonirmolo, kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul, Yogyakarta. Puskesmas Kasihan 2 Bantul mengayomi 2 desa dengan jumlah 24 dusun dengan luas wilayah 1.203 Ha. Diabetes Melitus (DM) adalah salah satu penyakit yang banyak diderita masyarakat, termasuk di wilayah Puskesmas Kasihan II Bantul. Selama tahun 2019 jumlah kunjungan pasien dengan DM di Puskesmas Kasihan 2 Bantul sebanyak 1.238 kunjungan. Rata-rata pengunjung

pasien DM selama sebulan terakhir di Puskesmas Kasihan II Bantul berjumlah 67 pasien yang kebanyakan adalah pasien yang sama, baik itu pasien DM yang PRB (pasien rujukan balik) maupun yang non-PRB.

Saat ini tatalaksana DM di Puskesmas Kasihan II Bantul masih berfokus pada manajemen penyakit secara fisik dengan sesekali menanyakan tentang perasaan pasien selama mengalami DM, tetapi belum secara khusus memberikan intervensi psikoedukasi terhadap pasien DM yang sangat dibutuhkan dukungan psikologis.

2. Karakteristik Responden

Analisis ini digunakan untuk menjelaskan karakteristik responden yang diteliti. Karakteristik responden yang diteliti meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan dan lama menderita DM. Hasil analisis karakteristik responden dapat dilihat di tabel 4.1 berikut:

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi	Presentase %
Usia		
46 – 55 Tahun	4	13,3
56 – 65 Tahun	6	20,0
> 65 Tahun	20	66,6
Jumlah	30	100,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	12	40,0
Perempuan	18	60,0
Jumlah	30	100,0
Pekerjaan		
Pegawai Negri Sipil (PNS)	2	6,7
Wiraswasta	10	33,3
Ibu Rumah Tangga	11	36,6
Pensiunan	7	23,3
Jumlah	30	100,0
Lama Menderita DM		
< 5 tahun	6	20,0
> 5 Tahun	24	80,0
Jumlah	30	100,0

Sumber : Data Primer 2020

Karakteristik responden berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar berusia >65 tahun yang berjumlah 20 responden (66,6%). Jenis kelamin responden laki-laki berjumlah 12 responden (40,0%) dan perempuan berjumlah 18 responden (60%). Pekerjaan responden sebagian besar sebagai ibu rumah tangga dengan jumlah 11

responden (36,6%). Sebagian besar responden menderita DM >5 tahun yaitu 24 responden (80%).

3. Analisa Univariat

a. Derajat Depresi Kelompok Edukasi

Frekuensi derajat depresi kelompok edukasi dapat dilihat dalam tabel 4.2 berikut:

Tabel 4. 2 Frekuensi Derajat Depresi Kelompok Edukasi

Derajat Depresi	Frekuensi	Presentase %
<i>Pre</i>		
Normal	3	20,0
Ringan	2	13,3
Sedang	6	40,0
Berat	4	26,7
Jumlah	15	100,0
<i>Post</i>		
Normal	2	13,3
Ringan	3	20,0
Sedang	7	46,7
Berat	3	20,0
Jumlah	15	100,0

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan hasil analisis derajat depresi pada kelompok edukasi diketahui bahwa derajat depresi untuk *pre-test* paling banyak dalam kategori sedang dengan presentase 40,0%. Hasil derajat depresi *post-test* paling

banyak juga meliputi kategori sedang dengan presentase 46,7 %.

b. Derajat Depresi Kelompok Psikoedukasi

Frekuensi derajat depresi kelompok Psikoedukasi dapat dilihat dalam tabel 4.3 berikut:

Tabel 4. 3 Frekuensi Derajat Depresi Kelompok Psikoedukasi

Derajat Depresi	Frekuensi	Presentase %
<i>Pre-Test</i>		
Normal	2	13,3
Ringan	2	13,3
Sedang	5	33,3
Berat	6	40,0
Jumlah	15	100,0
<i>Post-Test</i>		
Normal	2	13,3
Ringan	7	46,7
Sedang	6	40,0
Berat	0	0
Jumlah	15	100,0

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan hasil analisis derajat depresi pada kelompok psikoedukasi diketahui bahwa derajat depresi untuk *pre-test* paling banyak dalam kategori berat dengan presentase 40,0 %. Hasil derajat depresi *post-test* paling banyak meliputi kategori ringan dengan presentase 46,7 %.

c. Uji Homogenitas

1) Uji Homogenitas Karakteristik Responden

Uji homogenitas karakteristik responden kelompok psikoedukasi dan edukasi dapat dilihat dalam tabel 4.4 berikut :

Tabel 4. 4 Uji Homogenitas Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	<i>p-value</i>
Usia Responden	0,757
Jenis Kelamin	0,224
Pekerjaan	0,808
Lama menderita DM	0,075

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan hasil analisis uji homogenitas karakteristik responden kelompok psikoedukasi dan kelompok edukasi menunjukkan bahwa nilai *p-value* pada masing-masing karakteristik lebih besar dari 0,05 ($p > 0,05$) yang berarti karakteristik responden bersifat homogen.

2) Uji Homogenitas *Pre-Test* Derajat Depresi Kelompok Psikoedukasi dan Edukasi

Uji homogenitas *pre-test* kelompok psikoedukasi dan edukasi dapat dilihat dalam tabel 4.5 berikut :

Tabel 4. 5 Uji Homogenitas *Pre-Test* Derajat Depresi
Kelompok Psikoedukasi dan Edukasi

Derajat Depresi	n	<i>p-value</i>
<i>Pre-test</i> kelompok psikoedukasi dan edukasi	30	0,277

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan hasil analisis uji homogenitas *pre-test* pada kelompok psikoedukasi dan kelompok edukasi menunjukkan bahwa nilai *p-value* sebesar 0,277. Nilai *p-value* tersebut lebih besar dari 0,05 ($p > 0,05$) yang berarti derajat depresi *pre-test* kelompok psikoedukasi dan kelompok edukasi bersifat homogen.

4. Analisa Bivariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui perbedaan derajat depresi *pre-test* dan *post-test* pada kelompok psikoedukasi dan kelompok edukasi serta mengetahui

perbedaan derajat depresi antara kelompok psikoedukasi dan kelompok edukasi.

a. Perbedaan Derajat Depresi *Pre-Test* dan *Post-Test* Kelompok Edukasi

Uji hipotesis dilakukan menggunakan uji *Wilcoxon*. Uji *Wilcoxon* merupakan uji statistik non-parametrik yang digunakan untuk menguji perbedaan pada kelompok yang berpasangan. Uji *Wlcoxon* dapat dilihat dalam tabel 4.6 berikut:

Tabel 4. 6 Uji *Wilcoxon* Derajat Depresi *Pre-Test* dan *Post-Test* Kelompok Edukasi

Derajat Depresi	n	Mean	<i>p-value</i>
<i>Pre-Test</i>	15	21,00	0,564
<i>Post-Test</i>		20,87	

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan tabel 4.6 diperoleh rata-rata skor depresi *pre-test* 21,00 yang menunjukkan derajat depresi sedang, dan rata-rata skor depresi *post-test* 20,87 yang menunjukkan juga dengan derajat depresi sedang. Nilai *p-value* 0,564. Nilai *p-value* tersebut lebih besar dari 0,05

(>0,05) sehingga hipotesis ditolak dengan kesimpulan tidak ada perbedaan yang signifikan derajat depresi antara sebelum dan sesudah dilakukan edukasi.

b. Perbedaan Derajat Depresi *Pre-Test* dan *Post-Test* Kelompok Psikoedukasi

Uji hipotesis dilakukan menggunakan uji *Wilcoxon*. Uji *Wilcoxon* merupakan uji statistik non-parametrik yang digunakan untuk menguji perbedaan pada kelompok yang berpasangan. Uji *Wlicoxon* dapat dilihat dalam tabel 4.7 berikut:

Tabel 4. 7 Uji *Wilcoxon* Derajat Depresi *Pre-Test* dan *Post-Test* Kelompok Intervensi

Derajat Depresi	n	Mean	<i>p-value</i>
<i>Pre-Test</i>	15	25,73	0,008
<i>Post-Test</i>		15,93	

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan tabel 4.7 diperoleh rata-rata skor depresi *pre-test* 25,73 yang menunjukkan derajat depresi berat, dan rata-rata skor depresi *post-test* 15,93 yang menunjukkan derajat depresi ringan. Nilai *p-value* 0,008.

Nilai *p-value* tersebut lebih kecil dari 0,05 ($>0,05$) sehingga hipotesis diterima dengan kesimpulan ada perbedaan yang signifikan derajat depresi antara sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi.

c. Perbedaan Derajat Depresi pada Kelompok Edukasi dan Kelompok Psikoedukasi

Uji hipotesis ini dilakukan menggunakan uji *Mann Whitney*. Uji *Mann Whitney* yaitu uji non-parametrik yang digunakan untuk mengetahui perbedaan antara kelompok yang tidak berpasangan dengan data yang tidak berdistribusi normal. Uji *Mann Whitney* dapat dilihat dalam tabel 4.8 berikut:

Tabel 4. 8 Uji *Mann Whitney* Perbedaan Derajat Depresi *Post-test* pada Kelompok Edukasi dan Kelompok Psikoedukasi

Derajat Depresi	n	<i>p-value</i>
Kelompok Edukasi	15	0,037
Kelompok Psikoedukasi	15	

Sumber : Data Primer 2020

Berdasarkan tabel 4.8 diperoleh hasil *p-value* sebesar 0,037. Hasil *p-value* sebesar 0,037 lebih kecil dari

0,05 ($p < 0,05$) berarti hipotesis diterima dengan kesimpulan ada perbedaan yang signifikan derajat depresi *post-test* antara kelompok edukasi dan kelompok psikoedukasi.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil analisis diketahui sebagian besar usia responden berusia lebih dari 65 tahun (66,6%). Menurut Depkes (2009) usia tersebut termasuk kedalam kategori masa manula. Proses menua yang berlangsung setelah usia 30 tahun berakibat pada perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia. Usia lanjut yang menderita DM menimbulkan beban psikologis jangka panjang atas dirinya dan keluarga. Penelitian Yuna (2014) mengemukakan *Depressive Disorder and Incidence Diabetes Mellitus* terjadi pada lansia yang mengalami DM dengan tingkat gejala depresi terbanyak adalah depresi dengan tingkatan sedang.

Usia lanjut secara biologis akan mengalami perubahan pada kemunduran kesehatan secara fisik dan psikis. Usia lanjut yang mengalami DM mengalami kemunduran psikis yang dapat memicu terjadinya gangguan mental salah satunya adalah depresi. Menurut penelitian Utami *et al* (2018) menyebutkan bahwa usia lanjut yang mengalami DM beresiko mengalami depresi yang diperberat dengan permasalahan yang mereka alami seperti: kesepian, berkurangnya tenaga untuk bekerja karena penyakit yang dialami. Salah satu penyakit yang menjadi risiko timbulnya depresi pada manula adalah DM (Imelda, 2019; Isnaini & Ratnasari, 2018).

Masalah psikologis sering terjadi pada kelompok lanjut usia (lansia). Lansia yang mengidap DM mengalami masalah psikologis seperti kecemasan, stres, ketakutan dan depresi. Masalah tersebut dapat menimbulkan perasaan tertekan, kehilangan minat, rasa bersalah, harga diri rendah, gangguan makan dan tidur, menurunkan konsentrasi dan berkurangnya energi (Wang,

et al, 2016). Hal ini akan menyebabkan tidak terkontrolnya gula darah serta dapat beresiko mengalami komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler (Mufidah, 2018).

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil analisis diketahui sebagian besar jenis kelamin responden dalam penelitian ini adalah perempuan sebanyak 18 responden (60,0%). Jenis kelamin merupakan salah satu faktor resiko pasien DM mengalami depresi. Perempuan sulit menutupi rasa kesedihannya, seperti kehilangan pasangan, pekerjaan, serta mengidap suatu penyakit tertentu. Perempuan lebih sering terpajan dengan stresor lingkungan dan ambangnya terhadap stresor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria (Wetarini & Lesmana, 2018). Faktor lain yang menunjukkan rentannya perempuan mengalami depresi antara lain: dari siklus reproduksinya (*premenstrual dysphoric disorder*) depresi dalam masa kehamilan, depresi postpartum, depresi *pasca-menopause*. Faktor

pemicu depresi yang berkaitan dengan reproduksi pada wanita lainnya yaitu infertilitas, keguguran, kontrasepsi hormonal, dan terapi sulih hormon (Liuw *et al.*, 2017).

Jenis kelamin juga dapat mempengaruhi terjadinya depresi, hal tersebut didukung oleh penelitian Sutinah & Maulani (2017) yang menyebutkan bahwa sebagian besar perempuan lanjut usia yang mengalami DM beresiko mengalami depresi.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Menderita DM

Berdasarkan hasil analisis diketahui 24 responden (80,0%) menderita DM selama lebih dari 5 tahun. Lama seseorang mengalami DM mempengaruhi perilaku perawatan diri. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan diri pasien DM antara lain: pengetahuan, stress, ansietas, kepercayaan terhadap program pengobatan DM, dukungan sosial dan depresi. Menurut penelitian Simamora & Antoni (2018) lama seseorang menderita DM kurang menggambarkan

keadaan penyakit yang sebenarnya karena biasanya pasien baru terdiagnosis setelah mengalami komplikasi, sementara proses penyakit DM telah berlangsung lama. Komplikasi yang bermunculan pada pasien yang sudah lama menderita DM inilah yang menimbulkan perubahan perilaku perawatan diri yang disebabkan oleh munculnya depresi.

Hasil lain dikemukakan oleh penelitian Liviana (2018) yang mengatakan bahwa pasien yang menderita DM lebih dari 5 tahun mempengaruhi perubahan dalam menyikapi DM yang menyebabkan munculnya motivasi yang tinggi dalam menghindari komplikasi DM seperti: patuh menjalani diet, mengurangi stress, minum obat rutin sehingga tidak mengalami kenaikan kadar glukosa.

2. Derajat Depresi *Pre-test* dan *Post-test* pada Kelompok Edukasi

Berdasarkan hasil analisis derajat depresi untuk *pre-test* dan *post-test* pada kelompok edukasi menunjukkan hasil tidak ada perbedaan yang signifikan setelah dilakukan

intervensi edukasi. Edukasi yang dilakukan yaitu dengan memberikan pengetahuan tentang penyakit DM dan cara penanganannya, menjelaskan tentang depresi dan cara penanganannya yang bertujuan untuk meningkatkan perawatan diri pasien DM (Kathryne & David., 2011).

Pasien yang menderita DM mempunyai kecenderungan untuk mengalami perubahan psikologis seperti kecemasan, stres dan depresi. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian sebelumnya oleh Natasubagyo & Kusrohmaniah (2019) yang meneliti tentang pengaruh edukasi dengan literasi depresi dengan hasil tidak ada pengaruh yang signifikan sebelum dan sesudah edukasi terhadap literasi depresi dengan hasil statistik 0,171 ($p>0,05$).

Hasil penelitian lain yang mendukung adalah Jones *et al* (2018), yang mana peneliti meneliti pengaruh dari pemberian edukasi dengan cara konseling biasa, hasil menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap hubungan keluarga, manajemen depresi serta

kepuasan pada kelompok yang diberikan edukasi menggunakan konseling biasa ($p = 0,64$).

Faktor-faktor yang mempengaruhi derajat depresi pada kelompok edukasi yaitu keaktifan selama proses terapi terutama pada saat pemberian edukasi terkait penyakit DM, yaitu definisi, komplikasi, bahayanya depresi terhadap penyakit, serta fikiran positif terkait masa depan, masalah dan harapan. Menurut Semenkovich *et al.*, (2015) pasien DM merasakan beban yang tinggi dikarenakan ketidakterimaan akan keadaan yang dialaminya dan memiliki pemahaman yang kurang, serta coping yang kurang baik. Menurut Davis *et al.*, (2018) DM adalah suatu penyakit kronis yang membutuhkan manajemen diri yang baik. Pasien DM biasanya mengalami kesulitan dalam manajemen diri. Setiap pasien yang terdiagnosis DM memerlukan informasi tentang kondisi kesehatan saat ini dan cara terbaik untuk manajemen dirinya.

Berdasarkan perubahan yang dirasakan oleh pasien selama mengalami DM diperoleh bahwa, pasien belum

memahami perubahan-perubahan yang terjadi dalam dirinya saat menghadapi penyakit yang diderita sehingga pasien kurang melakukan tindakan preventif untuk mengurangi kecemasan yang timbul/dirasakan (Nafia., *et al*, 2017).

Derajat depresi untuk *pre-test* dan *post-test* pada kelompok edukasi menunjukkan hasil tidak ada perbedaan yang signifikan setelah dilakukan edukasi dikarenakan intervensi edukasi ini hanya berfokus dalam meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit DM dan depresi tanpa memberikan dukungan psikologis yang dibutuhkan oleh pasien DM dalam penerimaan diri dari situasi yang dialami saat ini.

3. Derajat Depresi *Pre-Test* dan *Post-Test* pada Kelompok Psikoedukasi

Berdasarkan hasil analisis derajat depresi *pre-test* pada kelompok psikoedukasi didapatkan hasil adanya perbedaan derajat depresi yang signifikan setelah dilakukan intervensi psikoedukasi.

Pasien dengan DM menimbulkan masalah psikologis seperti kecemasan, stress, ketakutan dan depresi. Masalah tersebut dapat menimbulkan perasaan tertekan, kehilangan minat, rasa bersalah, harga diri rendah, gangguan makan dan tidur, menurunkan konsentrasi dan berkurangnya energi (Wang, *et al*, 2016). Depresi pada DM juga sangat berhubungan dengan ketidakmampuannya mengontrol gula darah yang dapat meningkatkan resiko komplikasi seperti kematian, penurunan fungsi fisik dan fungsi fikiran, serta meningkatkan biaya kesehatan (Davis., *et al.*, 2018).

Perawatan jangka panjang yang harus dijalani pasien DM sangat sulit dikontrol secara efektif, sehingga sangat penting untuk memperhatikan aspek psikologis selain aspek fisik pasien yang sering kali dilewatkan oleh tenaga kesehatan (Tristiana *et al*, 2016). Intervensi yang diperlukan tenaga kesehatan saat ini yaitu psikoedukasi dengan menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang tepat. Komunikasi terapeutik sangat dibutuhkan dalam melakukan

intervensi pada individu pengidap DM (Kustiawan *et al*, 2016).

Psikoedukasi yang dilakukan pada kelompok intervensi menggunakan teknik komunikasi teraupetik dengan melakukan *sharing eksperience* pengetahuan pasien tentang DM baik itu tentang kebutuhan nutrisi, manajemen stress, pola aktivitas dan istirahat, pengobatan dan dukungan dari keluarga, serta penyesuaian pasien terhadap kondisinya.

Psikoedukasi dianggap lebih baik dibandingkan dengan edukasi dikarenakan psikoedukasi dengan teknik komunikasi teraupetik dapat membantu mengurangi hambatan komunikasi yang terjadi akibat kurangnya keterampilan berkomunikasi teraupetik yang dimiliki perawat (Mulder *et al*, 2015). Psikoedukasi dengan teknik komunikasi teraupetik ini menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, sehingga perawat lebih mudah dalam menggali permasalahan yang dialami pasien serta dapat memberikan alternatif pemecahan masalah yang berlangsung dengan baik (Kusumo, 2017).

Penelitian yang dilakukan Paiva *et al* (2019) menyebutkan dukungan psikologis melalui komunikasi terapeutik dapat membantu meringankan dan menurunkan rasa kecemasan pasien terhadap penyakitnya yang dapat mengakibatkan depresi. Penelitian Purwaningsih (2017) juga menyebutkan ada pengaruh secara signifikan sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi dengan strategi komunikasi terapeutik terhadap tingkat depresi.

Hasil penelitian lain yang mendukung adalah Aagaard *et al* (2017), yang mana peneliti melakukan psikoedukasi terhadap 2 kelompok yaitu kelompok kontrol (N=38) dan kelompok intervensi (N=42) dengan program psikoedukasi sebanyak 8 sesi yang menggunakan komunikasi terapeutik terbuka dengan hasil ada perbedaan yang signifikan dalam menurunkan resiko mengalami kecemasan dan depresi serta terjadi peningkatan kepatuhan dalam pengobatan pasien yang sudah di *follow up*. Menurut penelitian Abdullah & Linda (2017) menunjukkan bahwa kelompok dengan komunikasi terapeutik yang terlaksana

cenderung memiliki tingkat depresi lebih ringan (82,05%), sedangkan kelompok dengan komunikasi terapeutik yang tidak terlaksana cenderung memiliki tingkat depresi sedang/berat (100%), sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat pengaruh antara komunikasi terapeutik dengan tingkat depresi pada lansia ($p = 0,044$).

Mulder, *et al*, (2015) mengatakan bahwa komunikasi terapeutik memainkan peranan penting dalam mendukung kesehatan pasien. Tujuannya untuk mengkategorikan hambatan umum dari komunikasi antara perawat-pasien dan untuk meninjau metode komunikasi yang digunakan oleh perawat. Hambatan komunikasi biasanya terjadi akibat kurangnya keterampilan berkomunikasi terapeutik yang dimiliki perawat, hal ini disebabkan karena perawat bekerja dalam konteks di mana mereka harus melakukan pemeriksaan biomedis dan kemudian melakukan konseling yang berpusat pada pendekatan biopsikososial. Menurut Amoah *et al.*, (2019). Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang telah direncanakan dan

dilakukan untuk membantu proses penyembuhan atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik adalah dasar intervensi utama yang terdiri dari teknik verbal dan nonverbal yang digunakan terapis dalam membentuk hubungan dengan pasien dalam pemenuhan kebutuhan.

Penurunan derajat depresi sebelum dan sesudah psikoedukasi dengan teknik komunikasi terapeutik dipengaruhi oleh adanya informasi yang diterima oleh responden melalui terapi tersebut. Informasi yang diterima pasien DM melalui terapi psikoedukasi dengan teknik komunikasi mampu merubah cara pandang terhadap kondisi dirinya sehingga menumbuhkan sikap positif untuk menerima dan menjalani kehidupannya sekarang. Tindakan psikoedukasi ini memiliki media yang berupa *leaflet* dan beberapa eksplorasi yang diperlukan.

4. Perbedaan *Post-test* Derajat Depresi pada Kelompok Edukasi dan Kelompok Psikoedukasi

Berdasarkan hasil analisis diperoleh adanya perbedaan yang signifikan derajat depresi antara kelompok

yang diberikan edukasi dengan kelompok yang diberikan psikoedukasi. Penelitian Bergmame & Shaw (2018) menyebutkan ada perbedaan yang signifikan antara kelompok kontrol yang dilakukan edukasi dengan kelompok intervensi yang diberikan terapi psikoedukasi yang meliputi tingkat kecemasan dan depresi. Pada kelompok yang diberikan psikoedukasi mengalami peningkatan untuk manajemen DM seperti: diet yang seimbang dan melakukan aktivitas fisik secara teratur.

Hasil penelitian lain yang mendukung adalah Jones *et al* (2018), yang mana peneliti membedakan efek dari pemberian psikoedukasi dengan program peningkatan strategi komunikasi dan koping dengan edukasi yang menggunakan konseling biasa, hasil menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan terhadap hubungan keluarga, manajemen depresi serta kepuasan pada kelompok yang hanya diberikan edukasi menggunakan konseling biasa ($p = 0,64$). Penelitian Werner-Seidler *et al* (2018) menunjukkan ada hasil perbedaan yang signifikan pada kelompok yang

diberikan edukasi metode konseling dengan kelompok yang diberikan psikoedukasi dengan strategi komunikasi terapeutik dalam penerimaan diri terhadap penyakit yang dialami. Liansyah (2015) menyebutkan salah satu cara untuk mengatasi depresi adalah dengan pendekatan komunikasi terapeutik.

Pelaksanaan psikoedukasi dengan teknik komunikasi terapeutik bertujuan membantu pasien memperjelas keluhan akan penyakit yang dialaminya, serta membantu mengurangi beban pikiran dan perasaan guna mengubah ke dalam situasi yang lebih baik. Proses dalam pemberian terapi psikoedukasi dengan teknik komunikasi terapeutik dilakukan juga *sharing experience* pengetahuan pasien tentang DM baik itu tentang kebutuhan nutrisi, manajemen stress, pola aktivitas dan istirahat, pengobatan dan dukungan dari keluarga, serta penyesuaian pasien terhadap kondisinya. Penelitian yang dilakukan oleh Semenkovich *et al.*, (2015) menunjukkan bahwa satu dari setiap empat orang yang menderita DM mengalami depresi. Faktor pencetus terjadinya depresi pada

penderita dikarenakan kurangnya dukungan sosial, ketidakterimaan akan keadaan yang dialaminya.

DM dan depresi memiliki hubungan yang erat yakni depresi membuat DM lebih sulit dikelola yang seringkali menyebabkan meningkatnya kadar glukosa darah lebih tinggi dibandingkan pasien nondepresi yang sering kali menyebabkan penurunan kualitas hidup dan aspek psikologis lainnya (Samiadi, 2016). Komunikasi terapeutik merupakan hal yang penting dalam kelancaran pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh terapis untuk mengetahui apa yang dirasakan dan diinginkan pasien (Zivanovic & Ciric, 2017).

Saat pemberian terapi psikoedukasi, psikologis pasien mengalami peningkatan dengan terbentuknya fikiran yang positif untuk masa depan dan harapan pasien kedepannya serta meningkatnya penerimaan diri atas situasi pasien saat ini. Menurut Perrin *et al* (2019) sasaran psikoedukasi antara lain mengembangkan dan meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakit atau gangguan yang dialami, meningkatkan partisipasi dalam terapi, dan

mengembangkan mekanisme koping ketika pasien menghadapi masalah berkaitan dengan penyakit.

Terapi psikoedukasi dengan teknik komunikasi teraupetik lebih menekankan kepada aspek psikologis pasien DM untuk tidak berputus asa dalam usahanya untuk mencapai kesembuhan dari sakit yang dialaminya. Selain itu terapi psikoedukasi ini juga mengajarkan kepada pasien DM untuk tetap rileks dan tenang dalam langkah untuk mengurangi komplikasi penyakit yang disebabkan oleh aspek psikis.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti memiliki beberapa keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Keterbatasan peneliti antara lain:

1. Pada penelitian ini hanya dilakukan pada satu Puskesmas saja, yaitu Puskesmas Kasihan II Bantul yang dijadikan objek penelitian, sehingga jika penelitian ini diterapkan pada lokasi dan Puskesmas lain kemungkinan hasilnya dapat berubah.

2. Kurangnya fasilitas ruangan yang kondusif saat proses penelitian
3. Kurangnya sarana dan prasarana dalam melakukan penelitian dengan jumlah sampel yang besar.