

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan di RSUD Sleman dengan subyek penelitian adalah klien yang menderita atau memiliki penyakit diabetes melitus disertai stroke. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektifitas kombinasi terapi psikoedukasi dan *guided imagery* terhadap kecemasan dan depresi pada pasien DM dengan stroke.

1. Gambaran Umum RSUD Sleman

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit yang banyak diderita oleh masyarakat, termasuk di wilayah kerja RSUD Sleman. Sejak tahun 2013 jumlah penderita DM sebanyak 2.868 orang yang tersebar di seluruh wilayah Kabupaten Sleman. Jumlah pasien DM yang berkunjung di RSUD Sleman selama tahun 2016 sebanyak 95.393 pasien, 15% diantaranya adalah pasien DM.

Penanganan terhadap pasien DM, apalagi DM dengan komplikasi belum dapat dilakukan secara maksimal karena keterbatasan biaya. Lebih dari 90% pasien DM adalah peserta BPJS yang jenis obat-obatan dan waktu pengobatannya terbatas.

Selain itu masih didapatkan pasien DM dengan komplikasi seperti stroke yang tidak dapat melakukan pemeriksaan ke tenaga kesehatan (RSUD) secara rutin karena keterbatasan biaya dan sebagainya. Responden dalam penelitian ini adalah penderita DM dengan stroke yang pernah menjalani pengobatan ke RSUD Sleman yaitu berjumlah 10 orang

2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 5.:

Tabel 5.
Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien DM dengan stroke di wilayah kerja RSUD Sleman Agustus 2017 (n=10)

No	Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Persentas e (%)
1.	Usia		
	46-55 tahun	1	10
	56-65 tahun	9	90
2.	Jenis kelamin		
	Laki-laki	4	40
	Perempuan	6	60
3.	Lama menderita DM dengan stroke		
	< 5 tahun	7	70
	≥ 5 tahun	3	30
4.	Pendidikan		
	SMA	7	70
	PT (D3 & S1)	3	30
5.	Penyakit penyerta		
	Hipertensi	7	70
	Jantung	1	10
	Osteoarthritis	1	10
	Asam urat	1	10
6.	Gangguan Kemampuan fungsional		
	Tidak ada gangguan	6	60
	Ada gangguan	4	40
7.	Dukungan keluarga		
	Pasangan (suami/istri)	3	30
	Pasangan dan anak	6	60
	Anak dan orangtua	1	10

Sumber : Data Primer 2017

Karakteristik responden berdasarkan Tabel 5. dapat diketahui bahwa sebagian besar responden adalah perempuan (60%) yang berusia 56-66 tahun (90%) telah menderita DM dengan stroke < 5 tahun tahun yaitu 70% yang berpendidikan SMA yaitu 70%. Penyakit penyerta yang dialami sebagian besar responden adalah hipertensi (70%) namun tidak mengalami gangguan kemampuan fungsional (60%) dan mendapatkan dukungan dari pasangan dan anaknya (60%).

Hubungan karakteristik responden dengan cemas dan depresi pada pasien DM dengan stroke dapat diperlihatkan pada tabel berikut:

Tabel 6.
 Hubungan karakteristik responden dengan cemas dan depresi pada Pasien DM dengan stroke di wilayah kerja RSUD Sleman Agustus 2017 (n=10)

No	Karakteristik responden	Cemas (p value)	Depresi (p value)
1.	Usia	0,274	0,690
2.	Jenis kelamin	0,615	0,153
3.	Lama menderita DM dengan stroke	0,244	0,396
4.	Pendidikan	0,582	0,231
5.	Penyakit penyerta	0,045	0,702
6.	Gangguan Kemampuan fungsional	0,504	0,846
7.	Dukungan keluarga	0,504	0,846
8.	Gula darah	0,166	0,453

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 6 memperlihatkan bahwa karakteristik responden yang berhubungan dengan tingkat kecemasan adalah penyakit penyerta (*p value* 0,045) sedangkan karakteristik yang lain tidak berhubungan dengan tingkat kecemasan pada pasien DM dengan stroke di wilayah kerja RSUD Sleman. Tabel 6 juga memperlihatkan tidak ada karakteristik responden yang berhubungan dengan depresi pada pasien DM dengan stroke di wilayah kerja RSUD Sleman.

Tabel 7.
Rata-rata Kecemasan dan Depresi ($\bar{x} \pm SD$) Pasien DM dengan Stroke Sebelum dan Sesudah Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided imagery* di wilayah kerja RSUD Sleman Agustus 2017 (n=10)

	Rata-rata \pm SD
Tingkat Kecemasan Pre Intervensi	17,30 \pm 6,038
Tingkat Kecemasan Post Intervensi	7,8 \pm 1,932
Depresi Pre Intervensi	19,20 \pm 7,391
Depresi Post Intervensi	10,20 \pm 3,084

Sumber : Data Primer 2017

Tabel 7. memperlihatkan bahwa sebelum dilakukan intervensi berupa kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery*, dari 10 responden, rata-rata kecemasan sebelum intervensi adalah 17,30 \pm 6,038. Rata-rata kecemasan setelah intervensi adalah 7,80 \pm 1,932. Rata-rata perubahan kecemasan pada pasien DM dengan stroke setelah dilakukan intervensi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* berkisar antara 7,8-1,932 (5,868) sampai dengan 7,8+1,932 (9,732).

Pada 10 responden, rata-rata depresi sebelum intervensi adalah 19,20 \pm 7,391. Rata-rata depresi setelah intervensi adalah 10,20 \pm 3,084. Rata-rata perubahan depresi pada pasien DM dengan stroke setelah dilakukan

intervensi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* berkisar antara 10,2-3,084 (7,117) sampai dengan 10,2+3,084 (13,284).

Selanjutnya dilakukan perhitungan jawaban terhadap terhadap kuesioner kecemasan dan depresi pada pasien DM dengan stroke untuk mengetahui point-point apa saja yang menjadi penyebab terbesar dan terkecil terjadinya cemas dan depresi serta bagaimana pengaruh psikoedukasi dan *guided imagery* terhadap kecemasan dan depresi.

Tabel.8
 Skor Jawaban Kuesioner Kecemasan Pasien DM dengan
 Stroke Sebelum dan Sesudah
 Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided imagery*
 di wilayah kerja RSUD Sleman Agustus 2017 (n=10)

No	Pernyataan	Pre		Post	
		Σskor	%	Σskor	%
2	Saya merasa bibir saya sering kering.	16	53.3	10	33.33
4	Saya mengalami kesulitan bernafas (misalnya: seringkali terengah-engah atau tidak dapat bernafas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya).	11	36.7	8	26.67
7	Saya merasa goyah (misalnya, kaki terasa mau 'copot'/ gemetar	12	40	7	23.33
14	Saya menemukan diri saya menjadi tidak sabar ketika mengalami penundaan (misalnya: kemacetan lalu lintas, menunggu sesuatu).	13	43.3	7	23.33
15	Saya merasa lemas seperti mau pingsan.	16	53.3	2	6.667
19	Saya berkeringat secara berlebihan (misalnya: tangan berkeringat), padahal temperatur tidak panas atau tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya.	12	40	7	23.33
20	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas.	29	96.7	12	40
23	Saya mengalami kesulitan dalam menelan.	12	40	6	20
25	Saya menyadari kegiatan jantung, walaupun saya tidak sehabis melakukan aktivitas fisik (misalnya: merasa detak jantung meningkat atau melemah).	12	40	5	16.67
28	Saya merasa saya hampir panik.	18	60	8	26.67

No	Pernyataan	Pre		Post	
		Σskor	%	Σskor	%
30	Saya takut bahwa saya akan 'terhambat' oleh tugas-tugas sepele yang tidak biasa saya lakukan.	12	40	5	16.67
32	Saya sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan.	4	13.3	16	53.33
35	Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan.	10	33.3	6	20
36	Saya merasa sangat ketakutan.	12	40	4	13.33

Tabel 8. memperlihatkan bahwa sebelum dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery*, penyebab kecemasan yang paling dominan ditunjukkan oleh skor jawaban paling banyak yaitu 23 dengan pernyataan “Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan” sedangkan penyebab kecemasan yang paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling sedikit yaitu 6 dengan pernyataan “Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas”.

Pada kuesioner ini juga didapatkan beberapa soal kuesioner yang tidak diisi/dijawab oleh responden dengan

alasan tidak mengalami kondisi tersebut. Setelah dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery* terjadi perubahan penurunan skor jawaban penyebab kecemasan dominan sehingga secara umum terjadi penurunan kecemasan pada pasien DM dengan stroke.

Kecemasan dominan yang terjadi pada pasien DM dengan stroke setelah diberikan terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* ditunjukkan dengan skor jawaban tertinggi yaitu 11 dengan pernyataan “Saya takut bahwa saya akan ‘terhambat’ oleh tugas-tugas sepele yang tidak biasa saya lakukan” oleh pasien.

Tabel 9.
 Skor Jawaban Kuesioner Depresi Pasien DM dengan Stroke
 Sebelum
 dan Sesudah Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided
 imagery*
 di wilayah kerja RSUD Sleman Agustus 2017 (n=10)

No	Pernyataan	Pre		Post	
		Σ skor	%	Σ skor	%
1	Kesedihan	18	60	2	6.667
2	Perismistik	7	23.3	3	10
3	Kegagalan masa lalu	6	20	5	16.67
4	Kehilangan kesenangan	5	16.7	3	10
5	Perasaan bersalah	3	10	18	60
6	Perasaan merasa dihukum	9	30	2	6.667
7	Benci diri sendiri	12	40	4	13.33
8	Pengkritikan terhadap diri sendiri	7	23.3	2	6.667
9	Pikiran atau keinginan untuk bunuh diri	23	76.7	4	13.33
10	Menangis	9	30	2	6.667
11	Tidak bisa beristirahat	8	26.7	4	13.33
12	Kehilangan minat	7	23.3	2	6.667
13	Keragu – raguan	7	23.3	3	10
14	Ketidakeartian	8	26.7	4	13.33
15	Kehilangan energi	7	23.3	3	10
16	Perubahan dalam pola tidur	7	23.3	4	13.33
17	Mudah tersinggung	6	20	2	6.667
18	Perubahan dalam selera makan	5	16.7	4	13.33
19	Kesulitan berkonsentrasi	7	23.3	2	6.667
20	Capek atau lelah	5	16.7	2	6.667
21	Kehilangan minat seks	7	23.3	3	10

Tabel 9. memperlihatkan bahwa sebelum dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery*, penyebab depresi yang paling dominan ditunjukkan oleh skor jawaban paling banyak yaitu 18 dengan pernyataan “Perasaan bersalah” sedangkan penyebab depresi yang paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling sedikit yaitu 2 dengan pernyataan “Pikiran atau keinginan untuk bunuh diri”.

Setelah dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery* terjadi penurunan skor jawaban kuesioner sehingga terjadi perubahan penyebab depresi dominan sehingga secara umum terjadi penurunan depresi pada pasien DM dengan stroke. Depresi dominan yang terjadi pada pasien DM dengan stroke setelah diberikan Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided imagery* ditunjukkan dengan skor jawaban tertinggi yaitu skor jawaban 14 dengan pernyataan “Kehilangan minat seks” sedangkan penyebab depresi yang paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling sedikit yaitu 1 dengan pernyataan “Pikiran atau keinginan untuk bunuh diri”

3. Pengaruh Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided nnnn mimagery* Terhadap Tingkat Kecemasan dan Depresi Pada Pasien DM dengan Stroke di wilayah RSUD Sleman

Uji hipotesis dilakukan menggunakan uji *independent t-test* karena data telah terdistribusi normal. Hasil uji *independent t-test* dapat diperlihatkan tabel berikut:

Tabel 10.
Uji Beda Kecemasan Pasien DM dengan Stroke Sebelum dan Sesudah Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided
imagery*

Variabel	Mean Different ± SD	t	P-value
Pre Kecemasan – Post Kecemasan	9,500 ± 2,005	4,739	0,000

Sumber : Data Primer 2017

Hasil uji *independent t-test* didapatkan nilai *mean different* kecemasan sebelum dan sesudah terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* adalah 9,500 dengan standar deviasi 5,250 dan nilai *t-test* 4,739 dengan signifikansi 0,000 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan skor kecemasan sebelum dan sesudah terapi

psikoedukasi dan *guided imagery* pada pasien DM dengan stroke.

Tabel 11.
Uji Beda Depresi Pasien DM dengan Stroke Sebelum dan Sesudah Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided imagery*

Variabel	Mean Different ± SD	t	P- value
Pre Depresi – Post Depresi	9,000 ± 2,532	3,554	0,002

Sumber : Data Primer 2017

Hasil uji *independent t-test* juga didapatkan nilai *mean different* depresi sebelum dan sesudah terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* adalah 9,000 dengan standar deviasi 2,532 dan nilai *t-test* 3,554 dengan signifikansi 0,002 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan skor depresi sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi dan *guided imagery* pada pasien DM dengan stroke.

Adanya perbedaan skor rata-rata kecemasan dan depresi sebelum dan sesudah terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* pada pasien DM dengan stroke menunjukkan bahwa terapi kombinasi psikoedukasi

dan *guided imagery* efektif untuk menurunkan kecemasan dan depresi pasien DM dengan stroke. Semakin sering dilakukan terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* pada pasien DM dengan stroke maka kecemasan dan depresi yang dialami pasien DM dengan stroke semakin menurun.

Tabel 12.
Uji Korelasi Cemas dan Depresi Pasien DM dengan Stroke Sesudah Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided imagery*

Variabel	r	P-value
Tingkat kecemasan dan Depresi	-0,589	0,073

Sumber : Data Primer 2017

Hasil uji korelasi *product moment* didapatkan nilai r sesudah terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* adalah -0,589 dengan signifikansi 0,073 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan tingkat kecemasan dan depresi sesudah terapi psikoedukasi dan *guided imagery* pada pasien DM dengan stroke.

Tidak adanya hubungan antara tingkat kecemasan dan depresi yang dialami pasien DM dengan stroke menunjukkan bahwa pasien DM dengan stroke yang

mengalami kecemasan belum tentu mengalami depresi, begitu juga sebaliknya, pasien DM dengan stroke yang mengalami depresi belum tentu mengalami kecemasan. Kecemasan dan depresi yang dialami pasien DM dengan stroke tidak saling berhubungan namun disebabkan oleh faktor-faktor lain salah satunya seperti penyakit penyerta.

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden.

a. Karakteristik responden berdasarkan usia

Berdasarkan usia, sebagian besar responden berusia 56-66 tahun (90%). Menurut Depkes (2009) usia tersebut dalam kategori lansia awal. Proses menua yang berlangsung setelah usia 30 tahun mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia. Perubahan dimulai dari tingkat sel, berlanjut pada tingkat jaringan dan akhirnya pada tingkat organ yang dapat mempengaruhi fungsi homeostasis.

Penelitian Hastuti, (2008) menyebutkan umur \geq 60 tahun berkaitan dengan terjadinya diabetes karena

pada usia tua, fungsi tubuh secara fisiologis menurun karena terjadi penurunan sekresi atau resistensi insulin sehingga kemampuan fungsi tubuh terhadap pengendalian glukosa darah yang tinggi kurang optimal. Penelitian Sukarja (2013), Ramanda (2013) dan Taluta (2014) menyebutkan usia diatas 50 tahun mempunyai risiko yang lebih besar untuk mengalami diabetes.

Selain risiko mengalami diabetes lebih besar, seseorang dengan usia lebih dari 45 tahun juga berisiko untuk mengalami stroke. Kristiyawati (2009; Smeltzer, (2008) menyebutkan setelah mencapai usia 50 tahun, penambahan usia tiga tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 30%. Peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh otak.

Pembuluh darah menjadi tidak elastis dan terutama bagian endotelnya mengalami penebalan

sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah menjadi semakin sempit dan berdampak pada penurunan *cerebral blood flow*. Hasil penelitian Siswanto (2005) menyebutkan 98% penderita stroke berusia lebih dari 50 tahun, sedangkan Agustini (2010) dan Widiyastuti (2007), menyebutkan 86,5-86,21% pasien penderita stroke berusia lebih dari 50 tahun.

Adanya fakta bahwa semakin tinggi usia seseorang, semakin besar risiko mengalami gangguan kesehatan, sedikit banyak menimbulkan kecemasan dan depresi pada responden. Tidak adanya hubungan usia dengan tingkat kecemasan dan depresi yang dialami responden menunjukkan bahwa cemas dan depresi yang dialami responden tidak berhubungan dengan usia responden.

Meskipun responden sebagian besar berusia antara 56-65 tahun, tidak menjadi jaminan bahwa setiap orang yang berusia antara 56-65 tahun pasti akan mengalami cemas dan depresi. Hasil penelitian ini

didukung oleh Fatoye (2009), dan Darussalam (2011) bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan depresi yang dialami pasien stroke. Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Munir (2015) yang menyebutkan bahwa ada hubungan usia dengan kejadian depresi pada responden.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Menderita DM.

Pada 10 responden didapatkan hasil lama menderita DM sebagian responden kurang dari 5 tahun. Menurut Notoatmodjo (2012) pasien stroke yang telah berlangsung lama memiliki pengalaman yang berbeda terhadap penyakitnya, dibandingkan dengan pasien yang baru didiagnosa.

Banerjee *et al.*, (2012) mengemukakan lama menderita DM berhubungan dengan kejadian stroke iskemik. Lama menderita DM 0-5 tahun berisiko 1,7 kali, 5-10 tahun 1,8 kali, dan ≥ 10 tahun berisiko 3,2 kali. Hal ini diperkuat oleh penelitian Fatoye *et al.*,

(2009) menyatakan bahwa ada hubungan antara depresi dengan lama menderita stroke.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2013), mendapatkan hasil semakin lama menderita diabetes melitus tipe 2, maka gejala depresi akan semakin turun. Lama menderita diabetes melitus tipe 2 sangat mempengaruhi kecemasan responden sehingga bisa mengakibatkan kondisi kesehatan responden semakin memburuk.

Hasil uji korelasi menunjukkan tidak ada hubungan lama menderita DM dengan stroke dengan cemas dan depresi yang dialami responden. Hal ini disebabkan karena adanya kesadaran dalam diri responden bahwa dirinya sudah mengalami banyak komplikasi penyakit sehingga tidak perlu merasa cemas dan depresi dengan kondisi yang dialaminya.

Pengalaman sakit yang dialami responden menjadikan responden lebih dapat menerima kondisinya saat ini. Menurut Notoatmodjo (2010)

pengalaman merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sikap dan penerimaan seseorang terhadap kondisi yang dialaminya sehingga tidak mudah mengalami cemas atau depresi.

Darussalam (2011) dan Munir (2015) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara lama menderita stroke dengan depresi yang dialami responden. Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita (2015) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara lama menderita stroke dengan depresi.

c. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Responden yang berpendidikan SMA sebesar 70%. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap penerimaan penderita DM dengan stroke terhadap sakit yang dialaminya. Apabila tingkat pendidikan seseorang semakin rendah maka pengetahuan yang didapatkan cenderung kurang. Sebaliknya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah

berpikir rasional dan menangkap informasi (Cahyadi, 2011; Notoatmodjo, 2012).

Hasil uji *chi square* didapatkan tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan cemas dan depresi yang dialami pasien DM dengan stroke sehingga tidak sesuai dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Tidak adanya hubungan tingkat pendidikan dengan cemas dan depresi yang dialami responden menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden yang tergolong menengah cukup memberikan pemahaman kepada responden bahwa kejadian DM dengan stroke sangat tergantung pada kondisi dan lingkungan orang tersebut.

Responden yang berpendidikan menengah juga menyadari bahwa kondisinya saat ini harus disikapi dengan bijaksana, tidak perlu disesali atau dikeluhkan sehingga sikap *nerimo* dengan kondisi yang dialami sekarang. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Darussalam (2011) yang

menyebutkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan depresi yang dialami pasien stroke.

Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian Marsasina (2016) yang menyebutkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan depresi yang dialami responden. Namun begitu terdapat beberapa penelitian yang tidak sesuai dengan penelitian ini, diantaranya adalah Quan *et al.*, (2010) dengan hasil dimana seseorang yang berpendidikan rendah akan mengalami gejala depresi sebesar 1,5 kali dibanding dengan seseorang yang berpendidikan tinggi.

Berdasarkan penelitian Vamos *et al.*, (2009) depresi sering terjadi pada pasien DM dengan tingkat pendidikan yang rendah. Winari (2015) dalam penelitiannya menyebutkan ada hubungan tingkat pendidikan dengan depresi pada responden. Penelitian Sativa (2015) menyebutkan terdapat hubungan negatif

bermakna antara tingkat pendidikan dengan derajat depresi.

d. Karakteristik responden berdasarkan penyakit penyerta

Penyakit penyerta yang dialami sebagian besar responden adalah hipertensi (70%). Hubungan antara hipertensi dengan diabetes melitus sangat kuat karena beberapa kriteria yang sering ada pada pasien hipertensi yaitu peningkatan tekanan darah, obesitas, dislipidemia dan peningkatan glukosa darah (Sassen & Carter, 2005). Hal ini dikarenakan abnormalitas pada sistem renin angiotensin. Sel endotelial terdapat di dalam renin angiotensin yang bertugas mensintesis substansi bioaktif yang mengatur struktur fungsi pembuluh darah .

Pada penelitian Woo *et al.*, (1997) didapatkan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko terbanyak yang menyebabkan stroke, sedangkan diabetes melitus merupakan faktor risiko terbanyak kedua pada kasus stroke. Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan

penyakit penyerta dengan cemas namun tidak ada hubungan penyakit penyerta dengan depresi pada responden.

Adanya hubungan penyakit penyerta dengan cemas yang dialami responden menunjukkan bahwa kecemasan dan depresi yang dialami responden dipengaruhi oleh komplikasi penyakit yang dialami responden seperti hipertensi. Penelitian ini didukung Darussalam (2011) yang menyebutkan bahwa ada hubungan penyakit penyerta dengan depresi yang dialami pasien stroke.

Dari penelitian yang dilakukan Soertidewi (2009), didapatkan kejadian stroke tinggi pada pasien yang mempunyai penyakit penyerta. Hayulita (2014) menyebutkan ada hubungan penyakit penyerta dengan depresi pada pasien paska stroke. Jeff *et al.*, (2010) menyebutkan depresi dan cemas umumnya terjadi pada sebagian besar pasien komplikasi seperti yang menderita sindrom koroner akut atau kelainan

kardiovaskuler lainnya. Depresi dan cemas memiliki keterkaitan dengan hasil negatif terhadap jantung pada pasien dengan kelainan jantung akut.

Tidak adanya hubungan antara penyakit penyerta dengan depresi pada pasien stroke dengan DM, memberikan gambaran bahwa sakit stroke dengan DM yang dialami responden tidak sampai menjadikan responden mengalami depresi. Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita (2014) yang menyebutkan ada hubungan bermakna antara penyakit penyerta dengan depresi. Penelitian yang dilakukan Soertidewi (2009), didapatkan kejadian stroke tinggi pada pasien yang mempunyai penyakit penyerta.

Menurut Smeltzer *et al.*, (2008) gangguan pembuluh darah bisa menyebabkan gangguan organ yang divaskularisasi. Hal ini diperkuat oleh Price dan Wilson (2006) gangguan pembuluh darah menyebabkan gangguan penimbunan lipid dan jaringan

fibrosa dalam pembuluh darah, sehingga secara progresif mempersempit lumen pembuluh darah.

Bila lumen menyempit maka resistensi terhadap aliran darah akan meningkat dan membahayakan aliran keorgan yang dialiri. Maka kelainan ini akan mengurangi elastisitas pembuluh darah. Apabila pasien mempunyai kelainan pembuluh darah maka cepat atau lambat akan mengalami gangguan selain stroke.

- e. Karakteristik responden berdasarkan gangguan kemampuan fungsional

Responden tidak ada mengalami gangguan kemampuan fungsional. Tidak adanya gangguan kemampuan fungsional yang dialami responden menunjukkan bahwa secara fisik, responden masih mampu menggerakkan anggota tubuhnya meskipun dalam batasan tertentu seperti duduk, makan, minum dan sebagainya.

Hal ini disebabkan karena kemampuan fungsional sebagian besar masih baik tidak ada

gangguan. Responden masih mampu melakukan aktivitas biasa seperti berinteraksi sosial, fungsi respirasi yang masih baik, menelan, berbicara, dan aktivitas sehari-hari. Kemampuan fungsional berhubungan dengan aktivitas seseorang, dengan kemampuan fungsional yang masih baik maka aktivitas fisik yang memicu peningkatan insulin mengurangi kadar gula darah dalam darah (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil peneliti sebelumnya, bahwasanya ada hubungan antara gangguan fungsi motorik berupa paresis dengan depresi paska stroke (Fatoye *et al.*, 2009). Hayulita (2014) menyebutkan 59.6% pasien stroke mengalami gangguan kemampuan fungsional.

Tidak didapatkan hubungan antara gangguan kemampuan fungsional dengan cemas dan depresi pada pasien stroke dengan DM. Responden yang mengalami cemas dan depresi bukan disebabkan karena adanya

gangguan fungsional tubuh namun disebabkan oleh factor lain seperti penyakit penyerta. Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Amalia (2010) dan Hayulita (2014) yang menyebutkan ada hubungan yang cukup signifikan antara disabilitas fungsional dengan depresi.

Kerusakan kemampuan fungsional merupakan efek stroke yang paling jelas terlihat. Stroke merupakan penyakit motor neuron atas yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Defisit motorik meliputi kerusakan mobilitas, fungsi respirasi, menelan dan berbicara, repleks gagu, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (Lewis, 2007). Penelitian Dahlin *et al.*, (2006) menyatakan pada pasien yang mengalami stroke akan mengalami gangguan kemampuan fungsional.

f. Karakteristik responden berdasarkan penurunan fungsi kognitif

Sebagian besar responden tidak mengalami penurunan fungsi kognitif (100%). Fungsi kognitif dimaksudkan kemampuan seseorang dalam belajar, menerima, dan mengelola informasi dari lingkungan sekitarnya.

Tidak adanya hubungan gangguan kemampuan fungsional dengan cemas dan depresi yang dialami pasien stroke tidak sesuai dengan hasil penelitian Darussalam (2011) yang menyebutkan responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif memiliki peluang 3,938 kali mengalami depresi dibandingkan responden yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif.

Menurut Smeltzer (2008) kerusakan yang terjadi pada lobus frontal akan mempengaruhi fungsi memori atau fungsi intelektual. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapangan perhatian terbatas, kesulitan

dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi yang menyebabkan pasien frustrasi dalam proses rehabilitasinya.

Hal ini diperkuat oleh Gao (2009) bahwa pasien stroke yang tidak mengalami gangguan kognitif mengalami depresi sebesar 0,45 kali dibandingkan yang mengalami gangguan kognitif. Dengan tidak adanya gangguan fungsi kognitif maka responden mampu mengungkapkan perasaan kepada orang lain, lapang pandang yang luas, ingatan yang masih baik dan motivasi, sehingga hal tersebut mampu sedikit mengurangi cemas dan depresi yang dialami oleh responden.

Penelitian lain yang sesuai dengan penelitian ini adalah Hayulita (2014) yang menemukan bahwa 51.9% pasien pasca stroke mengalami penurunan fungsi kognitif. Stroke meningkatkan resiko untuk mengalami penurunan fungsi kognitif sebesar 3 kali (Dewi, 2004). Gangguan kognitif untuk jangka panjang jika tidak

dilakukan penanganan yang optimal akan meningkatkan insiden demensia (Nugroho, 2004).

Kecemasan dan depresi yang dialami responden tidak disebabkan karena gangguan kemampuan fungsional melainkan disebabkan oleh komplikasi penyakit yang dialaminya sebagaimana dinyatakan oleh Jousilahti (2005) yang menyebutkan komplikasi dapat menyebabkan depresi berkepanjangan pada pasien. Macready (2007) mengemukakan bahwa insiden komplikasi pada pasien stroke berkisar antara 40% hingga 96% dan akan menghasilkan dampak buruk pada pasien.

g. Karakteristik responden berdasarkan dukungan dari pasangan dan anak

Responden mendapatkan dukungan dari pasangan dan anaknya (60%). Adanya dukungan keluarga terhadap pasien DM dengan stroke dapat meringankan beban penderitaan pasien DM dengan stroke karena adanya orang-orang disekitarnya yang

memberikan motivasi untuk terus hidup yang menumbuhkan harapan untuk sembuh. Interaksi sosial atau dukungan sosial memiliki peran penting dalam adaptasi pasien dengan penyakit kronis.

Salah satu dukungan sosial yang dapat diperoleh pasien adalah dukungan dari keluarga. Hanson *et al.*, (2005) berpendapat bahwa keluarga merupakan tempat bagi anggota keluarga untuk belajar tentang kesehatan dan penyakit penyerta serta sebagai tempat dalam memberi dan memperoleh perawatan sepanjang kehidupan semua anggotanya. Menurut Lazarus & Folkman (1984 dalam Friedman & Jones, 2003) dukungan keluarga dapat bertindak segera sebagai buffer terhadap stres dan akibatnya terhadap kerusakan tubuh.

Stres ataupun hal yang mengancam dan berbahaya bagi pasien dapat dicegah dengan adanya dukungan keluarga. Studi yang dilakukan oleh *Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications*

(EDC) menyimpulkan bahwa faktor psikososial seperti dukungan keluarga memiliki efek penting pada kontrol glikemik pada orang dewasa dengan NIDDM dan juga penting pengaruhnya pada *self management*. Wills & Fegan (2001, *cit* Sarafino, 2006) menyatakan bahwa bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok sekitar yang membuat penerima merasa nyaman, dicintai, dan dihargai serta dapat menimbulkan efek positif bagi dirinya yang menjadi acuan bagi dukungan keluarga.

Strategi penting dalam mengurangi atau mencegah tekanan jiwa dan menangkal depresi pasca stroke yaitu dengan meningkatkan dukungan keluarga (Salter *et al.*, 2010). Man *et al.*, (2000) menyatakan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan meningkatkan aktivitas sosial dan kualitas hidup pasien stroke. Selain itu dukungan keluarga dapat membantu perawat dalam perencanaan program penyembuhan stroke (Huang, Yu *et al.*, 2010).

Hasil uji korelasi disimpulkan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan cemas dan depresi yang dialami responden. Hal ini menunjukkan bahwa kecemasan dan depresi yang dialami responden disebabkan oleh faktor lain seperti penyakit penyerta yang dapat menyebabkan sakit yang dialaminya semakin sulit disembuhkan sehingga semakin mengurangi aktifitas responden.

Adanya penyakit penyerta yang dialami responden dapat berdampak negatif terhadap responden yaitu semakin menjadikan beban cemas dan depresi karena tidak banyak yang dapat dilakukan responden untuk membalas kebaikan keluarganya yang telah memberikan dukungan kepadanya. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Hayulita (2014), Yulianto (2012), Saraha (2013) dan Dani (2014) yang menyebutkan ada hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan depresi.

h. Karakteristik responden berdasarkan kadar gula darah

Sebelum dilakukan intervensi berupa kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery*, rata-rata kadar gula darah pasien DM dengan stroke adalah $214,30 \pm 32,466$. Setelah dilakukan intervensi berupa kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery*, rata-rata kadar gula darah pasien DM dengan stroke adalah $158,10 \pm 22,893$. Rata-rata perubahan kadar gula darah pada pasien DM dengan stroke setelah dilakukan intervensi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* berkisar antara $158,1-22,893$ sampai dengan $158,1+22,893$.

Adanya perubahan kadar gula darah pada pasien DM dengan stroke sebelum dan sesudah dilakukan terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* menunjukkan bahwa terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* dapat mempengaruhi perubahan kadar gula darah pada pasien DM dengan stroke.

Perubahan yang meningkat dapat menimbulkan komplikasi lebih jauh terhadap penderita DM

sedangkan perubahan yang menurun dapat memberikan harapan kesembuhan terhadap pasien DM dengan stroke. Penelitian Auladi (2012) membuktikan bahwa terapi psikoedukasi dan *guided imagery* dapat menurunkan tingkat stress dan gula darah pada penderita DM.

Meloh *et al.*, (2015) menambahkan apabila pengelolaan pasien DM dilaksanakan secara holistik dengan menjaga kualitas hidup yang optimal, kadar gula darah yang terkontrol dan terhindar dari berbagai komplikasi. Menurut Tsenkova *et al*, (2013) orang DM memiliki tingkat kecemasan lebih tinggi dibandingkan tanpa DM. Gangguan kecemasan memiliki hubungan dengan hiperglikemi pada orang DM. Semiardji (2013) menambahkan tingginya kadar gula darah serta risiko komplikasinya membuat setiap penderita DM mengalami kecemasan.

Tidak adanya hubungan kadar gula darah dengan cemas dan depresi yang dialami responden

menunjukkan bahwa perubahan kadar gula darah tidak terlalu dipikirkan oleh responden karena responden menyadari bahwa banyak hal yang dapat terjadi dengan dirinya selama dirinya menderita DM dengan stroke.

Menurut Donker *et al.*, (2009) perubahan fisik, psikologis, maupun sosial merupakan perubahan yang terjadi akibat dari berbagai komplikasi yang mengiringi penyakit DM. Pada umumnya perubahan psikologis yang terjadi antara lain stres, kecemasan dan depresi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Tarno (2004) yang menyebutkan tidak ada hubungan antara cemas dan depresi dengan kadar gula darah, namun tidak sesuai dengan penelitian Mujabi (2017) dan Wiyadi (2013) yang memberikan kesimpulan ada hubungan antara kadar gula darah dengan tingkat depresi.

2. Kecemasan pada Penderita DM dengan Stroke Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided imagery*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan skor kecemasan sebelum dan sesudah kombinasi terapi psikoedukasi dan *guided imagery* pada pasien DM dengan stroke. Pasien yang menderita DM dengan stroke mempunyai kecenderungan untuk mengalami perubahan psikologis seperti stres dan cemas.

Hasil penelitian ini, didukung oleh penelitian sebelumnya yang serupa yaitu Aprianto (2013), melakukan penelitian pada pasien pre operasi dengan hasil terapi imajinasi terbimbing lebih efektif menurunkan kecemasan dibandingkan teknik relaksasi nafas dalam dikarenakan selisih sebelum dan sesudah terapi lebih tinggi *guided imagery* sebesar 0.77. Penelitian lain yang mendukung adalah Sriwaty, (2015), peneliti menggabungkan antara psikoedukasi dan relaksasi pada wanita pre menopause, hasil menunjukkan signifikansi,

$p=0.027$, yaitu pemberian psikoedukasi dan relaksasi efektif dalam menurunkan skor kecemasan pasien pre menopause.

Faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan skor kecemasan pada pasien yaitu keaktifan selama proses terapi terutama pada saat pemberian psikoedukasi terkait penyakit, yaitu definisi, komplikasi, bahayanya cemas terhadap penyakit, serta latihan terapi imajinasi terkait masa depan, masalah dan harapan. Klien merasakan lebih tenang dan memiliki pemahaman yang lebih baik, serta coping yang baik.

Berdasarkan perubahan yang dirasakan oleh subjek selama pemberian terapi diperoleh bahwa, subjek memahami perubahan-perubahan yang terjadi dalam dirinya saat menghadapi penyakit yang diderita sehingga bisa melakukan tindakan preventif untuk mengurangi kecemasan yang timbul/dirasakan klien. Menurut Mottaghypour (2005) psikoedukasi adalah tindakan yang diberikan kepada individu untuk memperkuat coping atau

cara khusus menangani kesulitan perubahan mental. Tindakan psikoedukasi memiliki media berupa leaflet yang diberikan kepada peneliti. Psikoedukasi bagi individu tidak hanya memberikan informasi penting terkait dengan permasalahan tetapi mengajarkan ketrampilan yang dianggap penting bagi partisipannya untuk menghadapi situasi permasalahannya (Roudhoh, 2010).

Psikoedukasi salah satu bentuk pemberian informasi yang sifatnya memberikan pendidikan masyarakat mengenai dampak, tindakan dan langkah yang harus dilakukan serta *coping skill*, dalam hal ini *coping skill* yang diberikan kepada subjek adalah *guided imagery*. Apabila klien mengalami kecemasan terkait penyakit diakibatkan karena ketidakpahaman akan informasi mengenai hal tersebut sehingga memicu adanya kecemasan yang dialami oleh klien saat memiliki penyakit tersebut, sehingga dalam penelitian ini peneliti

menggabungkan dua intervensi yaitu psikoedukasi dan *guided imagery*.

Psikoedukasi pada penelitian sebagai informasi dan tindakan preventif agar lebih paham akan perubahan yang terjadi pada diri klien, serta *guided imagery* yang diberikan dalam penelitian ini sebagai coping skill klien menurunkan kecemasan yang timbul. Menurut Bordbar & Faridhosseini (2010), psikoedukasi dapat meningkatkan partisipasi pasien dalam terapi, dan pengembangan mekanisme coping ketika pasien mendapatkan masalah yang berkaitan dengan penyakit yang diderita.

Terapi kombinasi merupakan terapi yang melibatkan dua metode atau lebih yang memiliki metode yang berbeda namun mempunyai tujuan yang sama yaitu menurunkan kecemasan. Terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* memiliki metode yang berbeda namun saling melengkapi yaitu memberikan informasi terkait penyakit dan sugesti kepada pasien/klien kemudian dikembangkan menjadi kekuatan imajinasi positif.

Tujuannya adalah untuk menumbuhkan sikap positif sehingga dapat menerima kondisi yang dialaminya.

Penelitian yang dilakukan pada psikoedukasi menunjukkan bahwa mampu meningkatkan pengetahuan konsumen tetapi memiliki pengaruh yang kecil pada perilaku. Sebagai contoh, itu belum terbukti menjadi cara yang efektif untuk meningkatkan kepatuhan minum obat (Mueser *et al.*, 2002). Oleh karena itu, kelompok psikoedukasi saja bukan intervensi yang sangat efektif untuk membantu mengelola penyakit dan mencapai hasil yang diinginkan seperti mengurangi gejala, lebih sedikit rawat inap, dan meningkatkan kualitas hidup.

Penurunan kecemasan terjadi karena terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* memberikan pengetahuan dan rileksasi. Pengetahuan/informasi yang diterima pasien tentang sakit yang dialaminya dan adanya anjuran untuk tidak memikirkan penyakitnya namun mengalirkan pikiran tersebut pada hal-hal yang positif dan bermanfaat.

Keadaan rileks tubuh akan menghasilkan endorphin yang mendukung terjadinya proses relaksasi. Menurut Simon (2003) dalam Prasetyo (2010) menyebutkan, korteks visual otak yang memproses imajinasi mempunyai hubungan yang kuat dengan sistem saraf otonom, yang mengontrol gerakan involunter diantaranya : nadi, pernapasan, dan respon fisik terhadap stres dan membantu mengeluarkan hormon endorpin sehingga terjadi proses relaksasi dan kecemasan menurun.

Adanya penurunan kecemasan sebelum dan sesudah terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* tidak terlepas dari adanya informasi tentang penyakit yang dialami responden. Hal ini membuktikan bahwa informasi yang diberikan melalui terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* merupakan bagian dari pendidikan kesehatan untuk merubah pengetahuan, sikap dan perilaku seseorang.

Berkaitan dengan *guided imagery* menurut Gorman (2010) imajinasi telah lama digunakan oleh

masyarakat pada zaman kuno dan mempercayai bahwa imajinasi positif akan bisa mempercepat penyembuhan. Hal ini didukung oleh pernyataan Hippocrates dan Aristoteles bahwa kekuatan imajinasi bermanfaat untuk jantung, otak dan organ lainnya.

Synder (2006), juga mengatakan bahwa *guided imagery* telah menjadi standart untuk mengurangi kecemasan dan memberikan relaksasi pada orang dewasa, dapat juga mengurangi nyeri kronis, tindakan prosedural yang menimbulkan nyeri, susah tidur, mencegah reaksi alergi, dan menurunkan tekanan darah (Synder & Wieland, 2006).

Penurunan kecemasan juga tidak terlepas dari intervensi psikoedukasi kepada responden. Psikoedukasi merupakan bagian dari pendidikan kesehatan untuk memberikan informasi mengenai keadaan seseorang berdasarkan kondisi yang dialaminya seperti informasi tentang penyakit yang dideritanya.

Cartwright (2007) menjelaskan psikoedukasi dapat mengurangi waktu berlangsungnya episode penyakit akut, dapat memperbaiki kualitas hidup, pengetahuan, harga diri, suasana dalam perkawinan dan dapat meningkatkan kepatuhan dan kepuasan terhadap pengobatan dan treatment (Cartwright, E, 2007). Menurut Bhattacharjee *et al.*, (2011) psikoedukasi memberikan pengetahuan tentang berbagai aspek (Bhattacharjee *et al.*, 2011).

Psikoedukasi merupakan suatu bentuk pendidikan atau pelatihan terhadap seseorang dengan gangguan psikososial yang bertujuan sebagai proses treatment dan rehabilitasi. Psikoedukasi bertujuan untuk mengatasi gangguan psikologis seperti kecemasan pada seseorang. Merdekawati (2013) menyebutkan, psikoedukasi efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan Pasien Preoperasi Fraktur di Ruang Perawatan Bedah RSUD Raden Mattaher.

Tabel 8. memperlihatkan bahwa sebelum dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery*,

penyebab depresi yang paling dominan ditunjukkan oleh skor jawaban paling banyak yaitu 29 dengan pernyataan “Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas” sedangkan penyebab depresi yang paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling sedikit yaitu 4 dengan pernyataan “Saya sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan”.

Kecemasan yang dialami responden, berdasarkan skor kuesioner lebih banyak disebabkan karena adanya bayangan-bayangan negatif yang mempengaruhi pikiran responden sehingga menimbulkan rasa takut tanpa alasan yang jelas. “Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas” adalah bentuk kecemasan yang paling banyak dialami oleh responden.

Menurut Butcher (2005) kecemasan merupakan rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan melibatkan perasaan, perilaku, dan respon fisiologis. Tsenkova *et al.*, (2012) menyebutkan orang dengan DM memiliki tingkat kecemasan 20% lebih tinggi

dibandingkan dengan orang tanpa DM. Gangguan kecemasan memiliki hubungan dengan hiperglikemia pada orang DM.

Kecemasan yang paling sedikit dialami oleh responden adalah kesulitan untuk menahan sabar ketika sedang melakukan aktifitas. Kondisi tersebut berhubungan dengan stabilitas emosional. Saat mengalami kecemasan, seseorang cenderung untuk memiliki emosi yang labil sehingga lebih sensitive dan mudah tersinggung.

Syamsu Yusuf (2009) mengemukakan kecemasan merupakan ketidakberdayaan neurotik, rasa tidak aman, tidak matang, dan kekurangmampuan dalam menghadapi tuntutan realitas (lingkungan), kesulitan dan tekanan kehidupan sehari-hari. Dikuatkan oleh Sarwono (2012) menjelaskan kecemasan merupakan takut yang tidak jelas objeknya dan tidak jelas pula alasannya.

Setelah dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery* terjadi perubahan penyebab depresi dominan yaitu skor jawaban 16 dengan pernyataan “Saya

sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan” sedangkan penyebab depresi yang paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling sedikit yaitu 4 dengan pernyataan “Saya merasa sangat ketakutan”

Hasil skor jawaban responden menunjukkan bahwa pemberian psikoedukasi dan *guided imagery* memberikan dampak positif dalam mengurangi kecemasan pasien DM dengan stroke. Apabila sebelum diberikan intervensi banyak responden yang merasa takut tanpa alasan, kondisi sudah menurun dan berubah menjadi lebih sabar dalam menghadapi orang lain ketika sedang beraktifitas.

Diferiansyah (2016) menyebutkan bahwa kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut

terjadi. Terapi psikososial yang diterapkan terhadap keluarga pasien mampu menurunkan kecemasan pasien.

Tabel 8 memperlihatkan bahwa sebelum dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery*, penyebab kecemasan yang paling dominan ditunjukkan oleh skor jawaban paling banyak yaitu 23 dengan pernyataan “Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan” sedangkan penyebab kecemasan yang paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling sedikit yaitu 6 dengan pernyataan “Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas”.

Kecemasan yang dialami responden, berdasarkan skor kuesioner lebih banyak disebabkan karena adanya bayangan-bayangan negatif yang mempengaruhi pikiran responden sehingga menimbulkan kekhawatiran terhadap kegagalan aktifitas yang saat ini sedang dilakukannya.

Responden tetap ingin melakukan pekerjaannya meskipun kondisi fisiknya tidak memungkinkan hal

tersebut. “Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan” adalah bentuk kecemasan yang paling banyak dialami oleh responden.

Menurut Butcher (2005) kecemasan merupakan rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan melibatkan perasaan, perilaku, dan respon fisiologis. Tsenkova *et al.*, (2012) menyebutkan orang dengan DM memiliki tingkat kecemasan 20% lebih tinggi dibandingkan dengan orang tanpa DM. Gangguan kecemasan memiliki hubungan dengan hiperglikemia pada orang DM.

Setelah dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery* terjadi perubahan penurunan skor jawaban penyebab kecemasan dominan sehingga secara umum terjadi penurunan kecemasan pada pasien DM dengan stroke. Tielle (2010) *cit* Chusniyah *et al.*, (2016) dan Darsih (2013) menyebutkan *guided imagery* efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan.

Kecemasan dominan yang terjadi pada pasien DM dengan stroke setelah diberikan terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* ditunjukkan dengan skor jawaban tertinggi yaitu 11 dengan pernyataan “Saya takut bahwa saya akan ‘terhambat’ oleh tugas-tugas sepele yang tidak biasa saya lakukan”.

Hasil skor jawaban responden menunjukkan bahwa pemberian psikoedukasi dan *guided imagery* memberikan dampak positif dalam mengurangi kecemasan pasien DM dengan stroke. Apabila sebelum diberikan intervensi banyak responden yang merasa takut tanpa alasan, kondisi sudah menurun dan berubah menjadi lebih sabar dalam menghadapi orang lain ketika sedang beraktifitas.

Diferiansyah (2016) menyebutkan bahwa kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak

mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi.

Terapi psikososial yang diterapkan terhadap keluarga pasien mampu menurunkan tingkat kecemasan pasien. Pandji (2011) menyebutkan dari segi sosial penderita pasca stroke yang mengalami kelumpuhan tidak dapat bekerja kembali seperti sebelum terkena stroke sehingga menjadi tidak produktif lagi.

3. Depresi pada Penderita DM dengan Stroke Sebelum dan Setelah diberikan Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided imagery*

Hasil penelitian berdasarkan uji t-tes terdapat perbedaan signifikan sebelum dan sesudah intervensi kombinasi terapi psikoedukasi dan *guided imagery* yaitu adanya perbedaan skor depresi pasien DM dengan stroke. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Soep (2009), terhadap depresi pasien postpartum yang menunjukkan hasil bahwa dengan psikoedukasi depresi mengalami penurunan sebesar 65%. Hal ini juga didukung oleh

penelitian Yatindro (2013), melakukan intervensi psikoedukasi menggunakan video tape yang bersumber dari the myth and the truth untuk meluruskan cara pandang negatif terhadap pasien jantung koroner, menunjukkan hasil yang signifikan yaitu adanya penurunan gejala depresi pada pasien.

Ratnasari (2013), melakukan penelitian terhadap depresi korban tindak kekerasan dalam rumah tangga, hasilnya yaitu adanya penurunan tingkat depresi pada subjek dengan diberikan *guided imagery*. Menurut Apostolo (2009), bahwa *guided imagery* dapat digunakan untuk menurunkan tingkat depresi pada pasien yang menjalani rawat inap. Meskipun terdapat kesamaan penurunan depresi, namun terdapat perbedaan nyata dalam proses penurunan depresi pada pasien DM dengan stroke. Perbedaan tersebut terletak pada tempat dilakukannya penelitian.

Pada pasien yang dirawat di rumah memiliki tingkat depresi lebih rendah dibandingkan dengan pasien

rawat inap di rumah sakit. Kondisi tersebut berkaitan dengan besarnya biaya pengobatan yang harus dikeluarkan. Penelitian yang dilakukan Setiawan (2016) menyebutkan total biaya penyakit stroke perdarahan sebesar Rp. 643.783.379,40,-. Rata-rata biaya pada episode pertama pasien rawat inap stroke Rp. 13.826.124,54,- ± Rp. 8.627.671,85,- dan episode pertama rawat jalan Rp. 600.215,97,- ± Rp. 365.042,33,-. Komponen biaya terbesar pada pasien stroke rawat inap dan rawat jalan adalah biaya obat dan barang medis.

Besarnya biaya yang harus dikeluarkan sedikit banyak menambah beban psikologis pasien DM dengan stroke mengingat bahwa keluarga responden termasuk dalam golongan menengah ke bawah. Meskipun responden menjadi peserta BPJS, namun keterbatasan pelayanan peserta BPJS mendorong keluarga responden untuk mengeluarkan biaya lebih supaya mendapatkan pelayanan yang lebih baik.

Hasil penelitian Vianti (2016) menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit yang diberikan kepada pasien peserta BPJS belum berjalan dengan maksimal. Dari lima (5) dimensi yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien, terdapat tiga hal yang belum berjalan secara maksimal sehingga berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Tiga hal tersebut adalah fasilitas yang belum maksimal, komunikasi petugas kesehatan yang kurang baik, dan tidak terdapat perhatian khusus dari petugas kepada pasien.

Pasien DM dengan stroke jelas membutuhkan pengobatan untuk dapat kembali hidup normal. Keterbatasan kemampuan keluarga mendorong adanya usaha untuk mencari alternatif pengobatan untuk menekan besarnya biaya pengobatan. Salah satu upaya alternatif adalah terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* untuk mengurangi dampak psikologis sakit DM dengan stroke seperti depresi. Harapannya adalah dengan adanya terapi alternatif dapat merubah cara

pandang pasien DM dengan stroke terhadap penyakit yang dialaminya sehingga lebih dapat menerima dan menjalaninya dengan tenang.

Penelitian meta analisis yang dilakukan oleh Hunsley (2014), menunjukkan bahwa farmakoterapi dan psikoterapi memiliki tingkat keberhasilan yang sebanding dalam mengobati depresi namun ketika dilakukan tindak lanjut, psikoterapi lebih unggul dan menghasilkan tingkat kekambuhan lebih rendah (De Maat, 2006; Hunsley, 2014).

Penurunan depresi sebelum dan sesudah terapi kombinasi dipengaruhi adanya informasi yang diterima oleh responden melalui terapi psikoedukasi maupun *guided imagery*. Informasi yang diterima pasien DM dengan stroke mampu merubah cara pandang terhadap kondisi dirinya sehingga menumbuhkan sikap positif untuk menerima dan menjalani kehidupannya sekarang.

Intervensi psikoedukasi dapat menurunkan depresi pada tingkat sedang pada pasien TB (Suryani, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan ternyata psikoedukasi dengan metode leaflet efektif menurunkan depresi pada pasien DM dengan stroke. Sebelum dilakukan intervensi skor 19,20, setelah diberikan intervensi skor menjadi 10,20. Sedangkan Tielle (2010) *cit* Chusniyah *et al.*, (2016) juga mengungkapkan bahwa bimbingan imajinasi sangat aman dan efektif menghilangkan stress untuk mendapatkan kesehatan mental, fisik, dan emosional yang optimal.

Intervensi psikoedukasi memiliki kelebihan diantaranya efektif, murah, singkat, dan tidak ada efek samping. Psikoedukasi dapat diberikan melalui pendidikan kesehatan dengan metode atau cara eksplorasi, asesmen, diskusi, bermain peran ataupun demonstrasi (Basri, 2014).

Informasi ataupun pengetahuan yang diberikan merupakan hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera penglihatan ataupun pendengaran. Dengan sendirinya saat penginderaan mampu menghasilkan

pengetahuan yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas ataupun tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2012).

Casannas *et al.*, (2015) telah membuktikan bahwa psikoedukasi merupakan terapi yang efektif dalam pengobatan depresi pada orang dewasa. Psikoedukasi mengurangi gejala depresi dan dapat mencegah depresi pada pasien perawatan primer, serta efektif dalam jangka pendek.

Tindakan psikoedukasi memiliki media berupa catatan seperti poster, *booklet*, *leaflet*, video dan beberapa eksplorasi yang diperlukan. Psikoedukasi bertujuan untuk memberikan informasi kepada seseorang berkaitan dengan keadaan yang dialami seseorang. Dalam hal ini adalah memberikan informasi kepada penderita DM dengan stroke tentang penyakit DM dan stroke sehingga penderita lebih siap dalam menghadapi penyakitnya. Penderita juga diberikan informasi tentang cara mengatasi penyakit yang

dialami secara mandiri namun masih harus periksa ke tenaga kesehatan.

Adanya psikoedukasi diharapkan responden lebih siap mentalnya untuk menghadapi penyakitnya sehingga tidak menimbulkan depresi yang berlebihan. Dengan memberikan psikoedukasi sebanyak 5 sesi dalam waktu 5 hari selang 2 hari, pengetahuan responden dapat meningkat. Hal ini diperkuat oleh Rahmadiliyani (2008) mengatakan apabila pasien DM di Puskesmas I Gatak Sukoharjo memiliki pengetahuan yang baik tentang DM, diharapkan akan mempengaruhi penurunan depresi dan tindakan seseorang dalam mengelola penyakitnya.

Guided imagery juga memiliki peran penting dalam menurunkan depresi pada pasien DM dengan stroke. Menurut Lee *et al.*, (2013), *guided imagery* memiliki beberapa kelebihan diantaranya teknik relaksasi yang mudah untuk dipelajari, sederhana dan mudah diajarkan kepada orang lain, tidak membutuhkan biaya yang mahal untuk melakukan terapi ini.

Asgharipour (2015) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa *guided imagery* secara positif dapat digunakan untuk menurunkan tingkat depresi. Prabu (2015) menyebutkan *guided imagery* dapat digunakan untuk menurunkan tingkat depresi bila dilakukan dengan benar. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Widhiarsih (2015), dimana terdapat hubungan antara pengetahuan pasien tentang penyakit DM dengan depresi.

Adanya perubahan atau penurunan depresi pada pasien penderita DM dengan stroke disebabkan karena adanya intervensi berupa kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery*. Terapi modalitas keperawatan yang dapat digunakan untuk menurunkan depresi pasien DM dengan stroke yaitu psikoedukasi *guided imagery*. Menurut Mottaghipour dan Bikerton (2005) psikoedukasi adalah merupakan suatu tindakan yang diberikan kepada individu untuk memperkuat coping atau suatu cara khusus menangani kesulitan perubahan mental.

Guided imagery dilakukan dengan memberikan gambaran positif tentang sesuatu hal seperti keindahan alam. Berkaitan dengan penyakit yang diderita responden, *guided imagery* diberikan dengan menumbuhkan sugesti bahwa penyakit yang saat ini dialami merupakan bentuk kasih sayang Tuhan kepada responden yang nantinya akan diberikan balasan yang lebih baik. *Guided imagery* memberikan rasa nyaman dan rileks sehingga mampu mengurangi depresi yang ditimbulkan sebagai dampak penyakit yang dideritanya.

Menurut Aprianto (2013) dan Darsih (2010) seseorang dapat mencapai rileks dengan membentuk bayangan yang akan diterima oleh berbagai indera sebagai rangsangan seperti membayangkan semua tempat yang aman dan nyaman seperti pantai atau taman, membayangkan sesuatu yang indah, maka perasaan akan terasa tenang.

Healthwise (2009) *cit* Darsih (2013) menambahkan keadaan rileks dapat membantu penyembuhan, belajar,

kreativitas, dan kinerja. *Guided imagery* juga dapat membantu mengendalikan emosi dan proses berpikir sehingga meningkatkan sikap, kesehatan, dan kesejahteraan.

Selain itu *guided imagery* bermanfaat untuk relaksasi, menurunkan tekanan darah, mengurangi stres, depresi, mengurangi nyeri, dan membantu penyembuhan. Synder (2006), juga mengatakan bahwa *guided imagery* telah menjadi standart untuk mengurangi depresi dan memberikan relaksasi pada orang dewasa, dapat juga mengurangi nyeri kronis, tindakan prosedural yang menimbulkan nyeri, susah tidur, mencegah reaksi alergi, dan menurunkan tekanan darah.

Tabel 9. memperlihatkan bahwa sebelum dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery*, penyebab depresi yang paling dominan ditunjukkan oleh skor jawaban paling banyak yaitu 18 dengan pernyataan “Perasaan bersalah” sedangkan penyebab depresi yang paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling

sedikit yaitu 2 dengan pernyataan “Pikiran atau keinginan untuk bunuh diri”.

Jawaban kuesioner menunjukkan bahwa banyak responden yang mengalami depresi merasa bersalah terhadap kejadian yang dialaminya dan hanya sedikit yang menginginkan kematian bila memungkinkan. Widarti (2012) menyebutkan dampak psikologis penderita stroke adalah perubahan mental.

Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya memengaruhi kondisi psikologis penderita. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional berupa kecemasan yang lebih berbahaya.

Setelah dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery* terjadi perubahan penyebab depresi dominan yaitu skor jawaban 19 dengan pernyataan “Perasaan bersalah” sedangkan penyebab depresi yang

paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling sedikit yaitu 1 dengan pernyataan “perasaan sedih”.

Setelah dilakukan intervensi psikoedukasi dan *guided imagery* terjadi penurunan skor jawaban kuesioner sehingga terjadi perubahan penyebab depresi dominan sehingga secara umum terjadi penurunan depresi pada pasien DM dengan stroke.

Depresi dominan yang terjadi pada pasien DM dengan stroke setelah diberikan Terapi Kombinasi Psikoedukasi dan *Guided imagery* ditunjukkan dengan skor jawaban tertinggi yaitu skor jawaban 14 dengan pernyataan “Kehilangan minat seks” sedangkan penyebab depresi yang paling sedikit ditunjukkan dengan skor jawaban paling sedikit yaitu 1 dengan pernyataan “Pikiran atau keinginan untuk bunuh diri”

Jawaban kuesioner diatas memberikan pernyataan bahwa terapi psikoedukasi dan *guided imagery* mampu memberikan perubahan cara pandang penderita DM dengan stroke menjadi lebih baik. Bila awalnya responden

ingin mengakhiri hidupnya maka setelah mendapatkan terapi psikoedukasi dan *guided imagery* berupa menjadi rasa bersalah.

Artinya terjadi penurunan tingkat depresi dari ingin mati menjadi rasa bersalah. Hal tersebut tidak terlepas dari adanya terapi psikoedukasi dan *guided imagery*. Menurut Suryani (2016), intervensi psikoedukasi dapat menurunkan depresi dan cemas pada tingkat sedang pada pasien TB. Pada penelitian Hamza (2014), pasien depresi pasca stroke yang mendapatkan penanganan dengan baik mengalami peningkatan kualitas hidup

Setelah diberikan terapi psikoedukasi dan *guided imagery* didapatkan informasi bahwa depresi dominan yang dialami responden adalah penurunan minat untuk melakukan hubungan seks. Kondisi ini lebih disebabkan adanya penurunan mental sebagai dampak dari depresi akibat stroke yang dialaminya.

Gejala depresi terlihat sedih, murung, kehilangan semangat, mengalami distorsi kognitif misalnya

kepercayaan diri yang menurun, adanya perasaan bersalah dan tidak berguna, pikiran tentang masa depan yang suram, pesimistis, ragu-ragu, gangguan memori, dan konsentrasi buruk (Amir, 2005 *cit* Dudung, 2015). Pada depresi terdapat juga retardasi psikomotor, lesu, tidak bertenaga, gangguan tidur, nafsu makan berkurang, dan gairah seksual berkurang

4. Efektifitas Kombinasi Terapi Psikoedukasi dan *Guided imagery* Efektif Untuk Menurunkan Kecemasan Pasien DM dengan Stroke.

Hasil uji *independent t-test* memberikan kesimpulan bahwa kombinasi terapi psikoedukasi dan *guided imagery* efektif untuk menurunkan kecemasan dan depresi pada pasien DM dengan stroke. Penelitian Purwaningsih (2017) menyebutkan ada pengaruh secara signifikan sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi terhadap tingkat depresi. Liansyah (2015) menyebutkan salah satu cara untuk mengatasi depresi adalah dengan psikoedukasi. Rachmaniah (2012) dalam

penelitiannya menyebutkan ada pengaruh psikoedukasi terhadap kecemasan dan coping orang tua.

Saat pemberian terapi psikoedukasi, pengetahuan klien bertambah, dengan adanya pendidikan kesehatan yang diberikan. Dengan pengetahuan yang meningkat maka perilaku seseorang akan menyesuaikan (Notoatmodjo, 2012). Hasil penelitian ini sesuai dengan Bordbar & Faridhosseini (2010) yang mengatakan bahwa psikoedukasi merupakan suatu bentuk pendidikan atau pelatihan terhadap seseorang dengan gangguan psikososial yang bertujuan sebagai proses treatment dan rehabilitasi.

Sasaran psikoedukasi antara lain mengembangkan dan meningkatkan penerimaan terhadap penyakit atau gangguan yang dialami, meningkatkan partisipasi dalam terapi, dan mengembangkan mekanisme coping ketika pasien menghadapi masalah berkaitan dengan penyakit.

Pendapat yang serupa disampaikan oleh Mottaghypour dan Bikerton (2005) psikoedukasi

merupakan suatu tindakan yang diberikan kepada individu untuk memperkuat coping atau suatu cara khusus menangani kesulitan perubahan mental. Hasil penelitian yang sama oleh McQuellon *et al.*, (2008) bahwa psikoedukasi efektif dalam menurunkan kecemasan dan depresi pada pasien kanker di ruang onkologi, dengan pemberian waktu intervensi 15-20 menit, materi edukasi yang diberikan adalah pengenalan ruang terapi, prosedur klinik, pemberian terapi, dukungan servis lokal maupun internasional dan diskusi tanya jawab respon pasien.

Casannas *et al.*, (2015) telah membuktikan bahwa psikoedukasi merupakan terapi yang efektif dalam pengobatan depresi pada orang dewasa, karena mengurangi gejala depresi dan dapat mencegah depresi pada pasien perawatan primer, serta efektif dalam jangka pendek.

Pada pemberian terapi baik sesi 1 sampai sesi 5, terdapat selang dua hari. Selain dari peneliti, selama peneliti tidak hadir kerumah, klien bersama keluarga, dan

tetangga sekitar rumah. Pada Tabel 5. klien mendapatkan dukungan keluarga dari anak dan pasangan sebesar 60%. Keluarga memiliki peran penting dalam adaptasi klien dengan penyakitnya.

Selain pemberian terapi psikoedukasi, diberikan pula terapi *guided imagery* pada sesi 3, 4 dan 5, bersamaan dengan psikoedukasi. Seperti yang sudah diutarakan oleh peneliti sebelumnya, psikoedukasi efektif menurunkan cemas, stres serta depresi dalam jangka pendek, maka untuk memaksimalkannya diperlukan terapi untuk jangka yang panjang. Maka dari itu peneliti mengkombinasi dengan *guided imagery*.

Guyton & Hall, (2011) menjelaskan imajinasi terbimbing merupakan suatu teknik yang menuntut seseorang untuk membentuk sebuah bayang tentang hal yang disukai. Imajinasi yang terbentuk akan diterima sebagai rangsang oleh berbagai indera, kemudian rangsangan tersebut akan dijalankan ke batang otak menuju sensor thalamus(Guyton, Arthur C., John, 2011).

Menurut Prasetyo (2010) pada teknik *guided imagery*, korteks visual otak yang memproses imajinasi mempunyai hubungan yang kuat dengan sistem saraf otonom, yang mengontrol gerakan involunter diantaranya : nadi, pernapasan, dan respon fisik terhadap stres dan membantu mengeluarkan hormon endorpin sehingga terjadi proses relaksasi dan kecemasan menurun (Prasetyo, 2010). Penggambaran mental yang positif dapat menciptakan relaksasi dan mengurangi stres, memperbaiki *mood*, mengontrol tekanan darah tinggi, mengurangi rasa sakit, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, dan menurunkan kolesterol dan kadar gula darah (Rossman & Rallis, 2000).

Guyton & Hall (2011) menjelaskan relaksasi *guided imagery* akan membuat tubuh lebih rileks dan nyaman. Ketika responden dianjurkan untuk nafas dalam, secara perlahan tubuh responden akan merasakan rileks (Guyton, Arthur C., John, 2011). Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan

corticotropin releasing factor (CRF). Selanjutnya CRF merangsang kelenjar pituitary untuk meningkatkan produksi proopiomelanocortin (POMC) yang menyebabkan meningkatnya produksi enkephalin oleh medulla adrenal. Kelenjar pituitary juga menghasilkan endorfin, neurotransmitter yang dipercaya mempengaruhi suasana hati menjadi rileks.

Respon relaksasi lebih dominan pada sistem parasimpatik, sehingga mengendorkan saraf yang tegang. Saraf parasimpatik berfungsi mengendalikan denyut jantung sehingga membuat tubuh rileks. Menurut Prasetyo (2010) dalam teknik *guided imagery* korteks visual otak yang memproses imajinasi mempunyai hubungan yang kuat dengan sistem saraf otonom, yang mengontrol gerakan involunter diantaranya nadi, pernapasan dan respon fisik terhadap stres dan membantu mengeluarkan hormon endorfin (substansi ini dapat menimbulkan efek analgesik yang sebanding dengan yang ditimbulkan morfin dalam dosis 10-50 mg/kg BB) sehingga terjadi

proses relaksasi dan kecemasan dan depresi menurun (Prasetyo, 2010).

Menurut Tsenkova *et al.*, (2013) orang dengan DM memiliki tingkat kecemasan 20% lebih tinggi dibandingkan dengan orang tanpa DM (Tsenkova *et al.*, 2012). Menurut Kinder *et al.*, (2006) penderita DM dengan stroke berisiko lebih banyak dan jauh lebih besar terhadap gangguan depresi (Kinder *et al.*, 2006).

DM dan depresi mempunyai hubungan sebab akibat diantaranya depresi akan lebih parah dua sampai tiga kali lipat jika diderita oleh individu dengan DM, dibandingkan dengan penderita lain. Gangguan depresi pada penderita DM dengan stroke diawali dengan gangguan psikis berupa cemas dan stres.

Hasil uji korelasi *product moment* antara cemas dan depresi tidak didapatkan adanya korelasi atau hubungan antara cemas dan depresi pada pasien DM dengan stroke. Artinya pasien DM dengan stroke yang mengalami cemas tidak selalu mengalami depresi dan

sebaliknya, pasien DM dengan stroke yang mengalami depresi tidak selalu mengalami cemas.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Nuraeni (2017) menjelaskan bahwa cemas memiliki hubungan dengan depresi pada pasien dengan PJK, hubungan cemas dan depresi ini memiliki arah korelasi positif, artinya semakin cemas pasien PJK semakin tinggi pula tingkat depresinya (Nureaeni, 2017).

Penelitian lain yang tidak sesuai adalah hasil penelitian yang dilakukan oleh Ashari (2017), mendapatkan hasil bahwa terdapat hubungan positif antara stres, cemas dan depresi dengan *agressive driving*, semakin tinggi tingkat stres, kecemasan dan depresi, maka semakin tinggi kecenderungan *aggressive driving*, dan sebaliknya. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan, yaitu menurunnya nilai cemas dan depresi, meskipun tidak dilakukan pengujian hubungan (Ashari, 2017).

Terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* lebih menekankan kepada aspek psikologis pasien DM dengan stroke untuk tidak berputus asa dalam usahanya untuk mencapai kesembuhan dari sakit yang dialaminya. Selain itu terapi kombinasi psikoedukasi dan *guided imagery* juga mengajarkan kepada pasien DM dengan stroke untuk tetap rileks dan tenang untuk mengurangi komplikasi penyakit yang disebabkan oleh aspek psikis.

C. Kekuatan dan Kelemahan

1. Kekuatan

- a. Tempat penelitian mendukung terselenggaranya penelitian dengan baik, sehingga memudahkan pelaksanaan.
- b. Penggunaan instrumen penelitian BDI dan DASS sudah ada uji validitas dan reliabilitas. Kondisi ini menunjukkan bahwa dengan menggunakan skala BDI dan DASS akan diperoleh hasil yang valid dan reliabel

- c. Pelaksanaan penelitian untuk intervensi *guided imagery* dilakukan oleh seorang ahli dalam hipnoterapi yang bersertifikat.

2. Kelemahan

- a. Pengambilan populasi yang hanya berdasarkan rekam medis, tidak berinteraksi langsung kepada responden saat berada di rumah sakit.
- b. Jumlah sampel yang kecil, yaitu 13 orang, dengan 3 responden gugur / *drop out*.
- c. Hal-hal yang mempengaruhi kadar gula darah tidak dikontrol, pada saat pengukuran gula darah.
- d. Kuesioner yang digunakan sebagai alat pengumpul data belum sesuai dengan kondisi pasien.