

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Diabetes Melitus**

##### 1. Pengertian Diabetes Melitus

Menurut Harista & Lisiswanti (2015) Diabetes melitus (DM) merupakan suatu penyakit atau gangguan metabolisme yang ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, protein, dan lipid yang diakibatkan oleh insufisiensi fungsi insulin dalam tubuh. DM juga merupakan gangguan metabolisme yang terjadi secara genetik dan klinis dengan manifestasi hilangnya toleransi karbohidrat (Joseph and Golden, 2017)

DM juga dapat diartikan sebagai penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai oleh peningkatan glukosa darah (hiperglikemi). Peningkatan gula darah disebabkan karena gangguan produksi insulin oleh sel-sel beta langerhans kelenjar

pankreas atau disebabkan juga oleh kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin (Derek et al., 2017). Penyakit DM menjadikan glukosa tertahan didalam darah dan menimbulkan peningkatan glukosa darah, sementara sel menjadi kekurangan glukosa yang sangat dibutuhkan dalam metabolisme sel (Izzati & Nirmala, 2015).

## 2. Tipe Diabetes Melitus

Beberapa tipe DM yang terjadi dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan klinis dan jenis terapinya. Klasifikasi DM menurut (de Groot et al., 2019), adalah :

### a) DM tipe I

Insulin dependen diabetes melitus (IDDM) terjadi akibat rusaknya insulin yang diproduksi oleh sel pankreas (sel beta). Pasien DM tipe I memproduksi insulin lebih sedikit dan bahkan hampir tidak ada sehingga menyebabkan glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel-sel tubuh yang

diperlukan sebagai energi. Infeksi virus atau kelainan autoimun dapat mengakibatkan kerusakan sel beta pankreas pada kebanyakan pasien diabetes tipe I, meskipun faktor lain seperti faktor herediter berperan penting dalam menentukan kerentanan sel-sel beta terhadap gangguan - gangguan tersebut.

b) DM tipe II

Non insulin dependen diabetes melitus (NIDDM) atau disebut juga DM tipe II mempunyai dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Keadaan normalnya insulin tersebut akan terikat dengan 11 reseptor khusus pada permukaan sel. Akibat terikatnya insulin tersebut dengan reseptor, akan terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe II ini disertai dengan penurunan reaksi oleh intrasel tersebut. DM tipe II

lebih sering dijumpai daripada DM tipe I, dan data ditemukan sebanyak 90% dari kasus DM pada umumnya. Pada kebanyakan kasus yang terjadi, DM tipe II terjadi diatas rentang umur 30 tahun, dan seringkali terjadi diantara usia 50 dan 60 tahun, dan penyakit ini timbul secara perlahan-perlahan. Oleh sebab itu sindrom ini sering disebut sebagai DM onset dewasa.

c) DM Gestasional

Penyakit ini terjadi pada wanita hamil tidak mengidap DM sebelumnya. Sekitar 50% pengidap kelainan ini akan kembali kedalam keadaan non DM setelah berakhirnya masa kehamilan. Akan tetapi akan mengalami resiko terkena DM tipe I pada waktu mendatang lebih besar daripada normal. Penyebab DM ini dianggap berhubungan dengan peningkatan kebutuhan 12 energi dan kade estrogen, serta hormon pertumbuhan yang terus menerus meningkat selama masa kehamilan.

Hormon pertumbuhan dan estrogen tersebut merangsang pengeluaran insulin dan dapat menyebabkan proses sekresi berlebihan. Hormon pertumbuhan memiliki beberapa efek anti insulin, misalnya perangsangan glikogenolisis (penguraian glikogen) dan penguraian jaringan lemak, semua faktor ini mungkin berperan dalam menimbulkan hiperglikemia pada DM gestasional

### 3. Etiologi

Ada macam-macam etiologi (penyebab) terjadinya DM berdasarkan tipe DM itu sendiri, penyebab tersebut dikemukakan oleh (Che *et al.*, 2018) yaitu:

#### a) Etiologi DM tipe I

Faktor genetik : Pasien dengan DM tipe I tidak dapat mewarisi tipe DM tersebut, akan tetapi dapat mewarisi faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya DM tipe I. Faktor predisposisi tersebut ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human*

*Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan suatu kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi serta proses imun lainnya.

Faktor imunologi : Pada DM tipe I terdapat bukti adanya faktor respon autoimun, respon ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan tubuh yang normal dengan cara bereaksi pada jaringan yang dianggapnya asing.

Faktor lingkungan : Faktor eksternal yang menimbulkan atau mengakibatkan destruksi pada sel beta.

b) Etiologi DM tipe II

Usia : Usia diatas 30 atau 40 tahun cenderung akan meningkatkan resistensi insulin.

Pola makan : Makan secara berlebihan dan melebihi kadar jumlah kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memicu timbulnya DM tipe II, hal ini pankreas mempunyai kapasitas

jumlah/kadar insulin untuk disekresikan. Oleh sebab itu, mengkonsumsi makanan secara berlebihan dan tidak seimbang dengan sekresi insulin dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan menyebabkan DM.

Faktor genetik : Orang tua yang mengidap DM kemungkinan besar akan mewarisi gen penyebab DM tersebut ke anaknya. Biasanya, orang tua yang menderita DM mempunyai anggota keluarga yang juga terkena DM.

#### 4. Komplikasi

Menurut Price & Sylvia (2012), komplikasi yang timbul dari diabetes melitus adalah :

##### a) Akut

##### 1) Hipoglikemia

Keadaan klinis berupa gangguan saraf yang disebabkan oleh penurunan glukosa darah. Gejala ringan yang muncul berupa gelisah dan gelaja berat sampai berupa koma dan kejang.

Penyebabnya adalah obat-obat hipoglikemia oral golongan sulfoniluria, khususnya glibenklamid.

## 2) Hiperglikemia

Keadaan dimana masukan kalori yang berlebihan, penghentian obat oral maupun insulin yang didahului oleh stres akut. Tanda khas dari hiperglikemia yaitu kesadaran menurun disertai dehidrasi berat.

## 3) Ketoasidosis Diabetik (KAD)

Gangguan metabolik yang terjadi sebagai akibat defisiensi insulin lama yang dikarakteristikan dengan hiperglikemia yang ekstrem (lebih dari 300 mg/dl).

### b) Kronik

#### 1) Penyakit makrovaskular

Penyakit makrovaskular yang terjadi yaitu aterosklerosis yang mempengaruhi pembuluh darah besar dan sedang karena kekurangan insulin. Arterosklerosis dapat menyebabkan

penyakit arteri koroner, penyakit vaskuler perifer dan penyakit serebral.

## 2) Penyakit Mikrovaskular

Penebalan membran dasar kapiler dan peningkatan kadar glukosa darah yang kronis mempengaruhi pembuluh darah kecil. Hal ini dapat menyebabkan diabetik retinopati, neuropati dan nefropati.

## 5. Tatalaksana

Penatalaksanaan DM meliputi penatalaksanaan farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan farmakologi dimulai dengan obat anti hiperglikemia seperti sulfonilurea, glinid, metformin, dan tiazolidindion (TZD) yang dikonsumsi secara oral atau dengan suntikan. Sedangkan penatalaksanaan nonfarmakologi meliputi pola hidup sehat, terapi nutrisi medis, edukasi tentang manajemen DM, latihan aktivitas fisik dan jasmani. Penatalaksanaan dalam keadaan emergensi dengan dekomposisi

metabolik berat, misalnya: ketoasidosis, stres berat, berat badan yang menurun dengan cepat, atau adanya ketonuria, harus segera dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder atau tersier (Perkeni, 2015). Penatalaksanaan psikologis pada pasien DM meliputi psikoterapi suportif, cognitive behavior therapy, support group, serta psikoedukasi.

## **B. Masalah Psikologis Pasien DM**

De Groot *et al.*, (2016) mengatakan masalah psikologis pada penderita DM baik DM-I dan DM-II, sebagian besar mengalami masalah dalam kesehatan mentalnya. Permasalahan terkait kesehatan mental yang dihadapi oleh penderita DM meliputi depresi, gangguan kecemasan, gangguan makan, gangguan tidur dan gangguan kesehatan mental yang akut (*Severe Mental Illness/SMI*). Masalah psikologis yang terjadi pada pasien DM juga dipengaruhi oleh rasa kecemasan dan ketakutan yang disebabkan oleh pengobatan yang terus-

menerus, ketakutan akan munculnya komplikasi dari DM dan stress dikarenakan biaya dalam pengobatan.

Reaksi dari masalah psikologis ini dapat dianggap sebagai prevalensi dari gangguan kesehatan jiwa ringan yang berdampak pada resiko terjadinya gangguan kesehatan jiwa akut (Severe Mental Illness/ SMI). Pada pasien DM I dan DM II seharusnya tidak boleh mengalami depresi atau gangguan kesehatan mental lainnya, karena hal tersebut dapat mengakibatkan komplikasi dari DM itu sendiri (Chew, *et al*, 2016)

### **C. Depresi**

#### **1. Pengertian Depresi**

Depresi adalah suatu pengalaman yang menyakitkan yaitu suatu perasaan dimana individu tidak ada harapan lagi. Seorang individu yang mengalami depresi umumnya menunjukkan gejala psikis, gejala fisik dan sosial yang khas, seperti murung, sedih yang berkepanjangan, sangat sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilangnya semangat,

hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi, dan menurunnya daya tahan tubuh (Wang, *et al*, 2016).

Menurut Davis, *et al*, (2017) depresi didefinisikan pada dua keadaan, yaitu pada individu yang normal dan pada individu dengan kasus patologis. Seseorang yang normal, depresi merupakan keadaan kemurungan (kesedihan, patah semangat) yang ditandai dengan perasaan tidak puas, menurunnya kegiatan, dan rasa pesimis dalam menghadapi masa yang akan datang. Kasus patologis, depresi merupakan ketidakmampuan ekstrem untuk bereaksi terhadap perangsang, disertai dengan menurunnya nilai diri, delusi, ketidakmampuan dan putus asa. Perbedaan depresi normal dengan depresi klinis terletak pada tingkatannya, namun keduanya memiliki jenis symptom yang sama

Berdasarkan berbagai definisi yang disebutkan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa pengertian

depresi tersebut yaitu suatu keadaan dimana individu mengalami gejala-gejala tertentu seperti perasaan sedih, tertekan, kesepian, berkurangnya nafsu makan, gangguan tidur, kesulitan untuk memulai mengerjakan sesuatu, merasa tidak bersahabat, dan merasa tidak disukai oleh orang lain

## 2. Gejala Depresi

Dalam DSM-V-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fourth edition Text Revision*) dijelaskan bahwa kriteria depresi mayor terjadi apabila sedikitnya lima dari gejala dalam jangka waktu dua minggu yang sama. Menurut Khambaty *et al.*, (2017) gejala-gejala tersebut meliputi:

### a) *Mood* tertekan

Gejala ini ditandai dengan berkurangnya minat dan kesenangan dalam aktivitas sehari-hari yang terjadi sepanjang hari (ditunjukkan oleh

pertimbangan subjektif atau pengamatan dari orang lain)

b) Berkurangnya berat badan yang signifikan

Berkurangnya berat badan ini terjadi bukan karena melakukan diet, akan tetapi dikarenakan berkurangnya minat pada makanan serta pengaruh dari gejala lainnya seperti kesulitan tidur.

c) Insomnia atau hipersomnia yang terjadi hampir setiap hari

d) Agitasi atau retardasi psikomotorik yang terjadi hampir setiap hari

e) Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan Gejala ini terjadi sampai mencapai taraf delusional yang terjadi hampir setiap hari . Perasaan tersebut tidak hanya menyalahkan diri sendiri tetapi perasaan tidak berharga karena sakitnya

f) Lelah dan kehilangan energi

- g) Menurunnya kemampuan untuk berpikir atau berkonsentrasi
- h) Timbulnya pikiran tentang kematian yang berulang

Kondisi ini menimbulkan pikiran untuk mengakhiri hidup (bunuh diri) serta ada usaha yang dilakukan untuk bunuh diri.

### 3. Penyebab Depresi

Menurut Badescu (2016) gangguan depresi pada umumnya dicetuskan oleh pengalaman atau peristiwa hidup tertentu. Seperti halnya dengan penyakit lain, penyebab dari depresi sesungguhnya tidak dapat diketahui dengan pasti namun telah ditemukan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tercetusnya gangguan depresi pada seseorang. Seperti halnya dengan penyebab penyakit lain, ada penyebab biogenetis dan sosial lingkungan yang mempengaruhi (Dewi, *et al*, 2019)

a) Faktor Fisik

1) Faktor Genetik

Seseorang yang diketahui dalam keluarganya mengalami depresi berat beresiko lebih besar menderita depresi dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya. Faktor gen sangat berpengaruh dalam terjadinya depresi, tetapi banyak gen didalam tubuh manusia yang tidak seorang pun dapat meneliti secara pasti proses kerjanya dan tidak ada bukti yang pasti yang mengatakan bahwa faktor keturunan sebagai penyebab terjadinya gangguan depresi.

Seseorang tidak akan menderita gangguan depresi dikarenakan orang tuanya atau saudaranya mengalami depresi, tetapi memiliki resiko yang meningkat untuk terkena depresi. Faktor gen lebih berpengaruh pada gangguan *mood*, dimana *mood* seseorang tinggi maupun sebaliknya serta gangguan bipolar.

## 2) Susunan Kimia Otak Dalam Tubuh

Beberapa bahan kimia yang ada di dalam otak dan tubuh manusia memegang peranan penting dalam mengendalikan sebuah emosi. Seseorang yang mengalami depresi biasanya ditemukan perubahan dalam jumlah bahan kimia di otak. Hormone noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, mengalami pengurangan pada seseorang yang mengalami depresi. Pada seorang wanita, perubahan hormon dikaitkan dengan kelahiran anak dan masa menopause juga dapat meningkatkan resiko terjadinya gangguan depresi.

Secara biologis, gangguan depresi ini terjadi di otak. Dimana otak manusia adalah sumber pusat dari komunikasi paling rumit dan paling canggih. 10 miliar sel mengeluarkan

milirian pesan pada tiap detiknya. Ketika neurotransmitter berada pada tingkatan yang normal, otak akan bekerja dengan stabil. Hal ini yang menyebabkan seseorang merasa baik, punya harapan dan tujuan. Walaupun kadang mengalami kesenangan dan kesusahan dalam hidup, mood secara keseluruhan akan dalam keadaan baik.

### 3) Faktor Usia

Beberapa penelitian mengatakan usia remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi dikarenakan pada usia ini terdapat tahapan serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan antara masa kanak-kanak ke masa remaja, masa remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas sampai ke pernikahan. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita gangguan depresi

semakin menurun yang menunjukkan bahwa usia remaja dan anak-anak semakin banyak yang terkena gangguan depresi. Survei masyarakat terakhir melaporkan bahwa adanya prevalensi yang tinggi dari gejala-gejala depresi pada golongan usia dewasa muda yaitu 18-44.

#### 4) Faktor Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita gangguan depresi dibandingkan dengan pria. Hal tersebut bukan berarti seorang wanita lebih mudah mengalami depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui bahwa mengalami adanya depresi daripada pria dan dokter lebih sering dapat mengenali gangguan depresi pada seorang wanita.

### 5) Gaya Hidup

Kebiasaan dan gaya hidup yang tidak sehat kebanyakan berdampak pada timbulnya penyakit, seperti penyakit jantung yang juga dapat memicu timbulnya kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stress dan kecemasan yang bersamaan dengan mengkonsumsi makanan yang tidak sehat, pola tidur yang tidak baik dan minimnya berolahraga dalam jangka waktu yang panjang dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi.

### 6) Penyakit Fisik

Penyakit fisik dapat memicu timbulnya depresi. Hal tersebut dikarenakan oleh perasaan terkejut karena mengetahui memiliki penyakit serius yang dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan harga diri. Beberapa penyakit seperti DM dapat

menyebabkan timbulnya depresi dikarenakan pengaruhnya terhadap tubuh dan psikologis. Depresi juga dapat menyertai penyakit lain seperti Parkinson dan multiple sclerosis karena efeknya terhadap otak serta penyakit yang mempengaruhi hormon dapat menyebabkan timbulnya depresi.

#### 7) Obat-obatan Terlarang

Obat-obatan terlarang terbukti dapat menyebabkan timbulnya depresi karena memengaruhi sistem kimia dalam otak dan dapat menimbulkan kecanduan/ketergantungan.

#### 8) *Seseonal Affective Disorder (SAD)*

SAD terjadi dikarenakan tingkat hormon yang disebut melatonin dilepaskan dari kelenjar pineal ke otak. Pelepasannya sensitif terhadap cahaya, lebih banyak dilepaskan saat gelap. Seseorang yang baik-baik saja ketika

musim panas tetapi berubah menjadi depresi ketika musim dingin.

b) Faktor Psikologis

Faktor Psikologis menurut Wahyuni & Chandra (2019) meliputi:

1) Kepribadian

Faktor kepribadian berperan dalam mempengaruhi tinggi rendahnya seseorang mengalami depresi. Pola pikir yang negatif, pesimis, juga tipe kepribadian introvert termasuk keadaan yang lebih rentan terkena depresi.

2) Harga Diri

Salah satu faktor yang sangat menentukan perilaku individu yaitu harga diri. Setiap individu pasti sangat menginginkan penghargaan yang positif terhadap pribadinya, sehingga seseorang akan merasakan bahwa dirinya mempunyai arti dan berguna bagi orang

disekitarnya meskipun dirinya memiliki kelemahan baik secara fisik maupun mental.

### 3) Stress

Peristiwa-peristiwa negatif atau peristiwa yang tidak menyenangkan yang dialami oleh seseorang seperti pengalaman penuh stress yang ekstrem seperti bencana alam, kematian, perang, perceraian, pertengkaran, serta mikrostressor yang meliputi aktivitas-aktivitas sehari-hari dapat memicu timbulnya depresi.

### c) Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan ini mencakup lingkungan keluarga dan sosial yang mana seseorang yang mengalami situasi atau pengalaman yang tidak menyenangkan serta minimnya dukungan bisa memicu timbulnya depresi (Golden *et al.*, 2017).

## 4. Pengukuran Depresi

Terdapat beberapa instrumen dalam pengukuran depresi antara lain:

a) Skala Nilai Depresi dari Hamilton atau

*Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

HDRS adalah alat pengukuran pertama yang dikembangkan untuk mengukur beratnya gejala dari depresi. HDRS ini pertama kali diperkenalkan oleh Max Hamilton ditahun 1960 yang kemudian secara luas diterima dan digunakan untuk mengevaluasi beratnya depresi. HDRS terdiri dari 21 item pernyataan yang berfokus pada gejala somatik. HDRS selanjutnya digunakan sebagai evaluasi utama ‘*National Institute of Mental Health*’ untuk membandingkan farmakoterapi dengan psikoterapi dalam pengobatan depresi (Bobo *et al.*, 2016).

b) Skala Depresi Geriatri atau *Geriatri*

*Depression Scale (GDS)*

GDS adalah salah satu instrumen yang dapat membantu mengukur tingkat depresi. GDS

merupakan alat ukur yang berupa kuesioner yang terdiri dari 30 pertanyaan. GDS ini dapat dipersempit menjadi hanya 15 pertanyaan. Jawaban dari kuesioner GDS sederhana saja, cukup dengan menjawab “Ya atau Tidak”. Skala yang digunakan meliputi 5 rangkai respon kategori. Skala ini menggunakan angka dengan memberi satu pokok untuk masing-masing jawaban yang cocok dengan apa yang ada dalam sintesa di belakang pertanyaan tertulis tersebut. Angka akhir antara 10 sampai 11, biasanya dipergunakan untuk memisahkan pasien masuk ke dalam kelompok depresi atau kelompok non depresi (Liviana *et al*, 2018).

c) *Beck Depression Inventory* (BDI)

BDI merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur derajat depresi. BDI pertama kali diperkenalkan oleh dr. Aaron T. Beck. BDI telah terbukti memiliki validitas dan

reliabilitas yang cukup tinggi untuk melakukan pengukuran depresi. Pengukuran depresi dengan menggunakan alat ukur BDI akan memperoleh hasil yang lebih valid dan reliable. BDI ini sendiri mengandung skala depresi yang terdiri dari 21 item. Setiap gejala yang ada dinilai dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya akan ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63, tingkat depresi yang lebih berat memiliki nilai yang lebih tinggi. 21 item tersebut menggambarkan perasaan kesedihan, perasaan gagal, perasaan pesimistik, ketidakpuasan, rasa bersalah, perasaan akan hukuman, kekecewaan terhadap diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, menangis, iritabilitas, pengambilan keputusan, hubungan sosial, ketidakberhargaan diri, kehilangan tenaga, insomnia, perasaan marah, anoreksia, kesulitan berkonsentrasi, kelelahan, perasaan

ingin bunuh diri dan penurunan libido (Macêdo *et al.*, 2018).

Menurut Sugra & Imran (2018) penilaian depresi dilakukan dengan menggunakan kuesioner, dimana derajat:

- a) Derajat 0-9 menunjukkan normal dengan tidak ada gejala depresi
- b) Derajat 10-15 menunjukkan adanya depresi ringan
- c) Derajat 16-23 menunjukkan adanya depresi sedang
- d) Derajat 24-63 menunjukkan adanya depresi berat

Pengelolaan derajat depresi pada pasien DM dapat dilakukan dengan intervensi psikoedukasi dalam meningkatkan kemampuan berespon secara adaptif dalam mengurangi stres yang akan meningkatkan

adaptasi dari individu dalam menghadapi situasi tertentu

#### **D. Psikoedukasi**

##### **1. Pengertian Psikoedukasi**

Psikoedukasi adalah sebuah intervensi yang sistematis, terstruktur untuk mentransferkan pengetahuan tentang penyakit dan cara penanggannya, mengintegrasikan aspek emosional dan motivasi yang bertujuan agar pasien dapat mengatasi penyakitnya dan meningkatkan kepatuhan pengobatan dan efektifitasnya. Psikoedukasi merupakan suatu komponen penting dalam penanganan gangguan medis dan kejiwaan, terutama gangguan mental yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan akan penyakit tertentu. Konten dari psikoedukasi adalah etiologi dari suatu penyakit, proses terapi, efek samping dari obat, strategi koping, edukasi keluarga, dan pelatihan keterampilan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien (Ekhtiari et al., 2017).

## 2. Strategi Psikoedukasi

Kathryne & David (2011) mengemukakan bahwa terdapat empat konten dari strategi psikoedukasi, yaitu :

### a. Strategi untuk mendapatkan informasi

Strategi ini dapat membantu individu menemukan berbagai informasi tentang diri mereka serta membantu menyelesaikan permasalahan yang terjadi.

### b. Strategi untuk menjelaskan hubungan

Strategi ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai isu hubungan, dan membantu memahami sifat hubungan.

### c. Strategi untuk menjelaskan perilaku

Strategi ini bertujuan untuk menjelaskan sekaligus mengenalkan tentang permasalahan-permasalahan yang biasa dialami individu yang dapat mempengaruhi pola perilaku, sehingga dapat mengidentifikasi pola perilaku mereka sendiri.

d. Strategi untuk membantu mengubah perilaku

Strategi ini membantu mengubah perilaku individu yang salah dan menyimpang yang diawali dengan cara mengidentifikasi masalah, lalu membuat daftar semua kemungkinan solusi, lalu menulis keuntungan dan kerugian setiap solusi, lalu memilih solusi yang terbaik, lalu menuliskan langkah-langkah yang akan diambil untuk mencapai hasil yang diinginkan, dan terakhir yaitu memperbaiki dan mulai melakukan perubahan.

## **E. Komunikasi Teraupetik**

### **1. Pengertian Komunikasi Teraupetik**

Menurut Anjaswarni (2016) kata komunikasi berasal dari bahasa Latin yaitu *communicare/communicatio* dan *communicatus* yang berarti suatu alat yang berhubungan dengan sistem penyampaian dan penerimaan sebuah berita. Sederhananya komunikasi dapat diartikan sebagai suatu proses pertukaran, penyampaian, dan penerimaan berita, ide,

gagasan atau informasi dari seseorang ke orang lain baik yang disadari maupun yang tidak disadari, baik secara verbal atau tulisan, gerakan, ekspresi wajah, dan semua yang ada dalam diri komunikator dengan tujuan untuk memengaruhi orang lain. Komunikasi juga sifatnya dinamis yang selalu berubah-ubah sesuai dengan situasi dan kondisi lingkungan (Kumala et al., 2016). Terapeutik merupakan sebuah kata sifat yang berhubungan dengan seni dalam penyembuhan. Maka terapeutik dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan (Sasmito, *et al*, 2018).

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. Oleh sebab itu, 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)

## 2. Tujuan Komunikasi Teraupetik

Dalam pelayanan keperawatan kepada pasien, pertama-tama pasien harus mempercayai perawat mampu memberikan pelayanan keperawatan dalam mengatasi keluhannya, begitu juga sebaliknya perawat harus dapat dipercaya dan diandalkan atas kemampuan yang telah dimiliki oleh perawat (Indirawaty & Syamsuddin, 2015). Menurut Martin and Chanda, (2016) perawat dengan memiliki modal keterampilan berkomunikasi terapeutik akan lebih mudah menjalin sebuah hubungan yang saling percaya dengan pasien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah

diterapkan, serta memberikan kepuasan dalam pelayanan keperawatan yang profesional.

Menurut Negi *et al.*, (2017) pelaksanaan 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. Komunikasi terapeutik diharapkan juga dapat membantu mengurangi keraguan dalam mengambil keputusan serta membantu dilakukannya tindakan efektif, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri serta memperkuat hubungan interaksi kedua belah pihak, yakni antara pasien dan perawat secara profesional dan proporsional guna membantu penyelesaian masalah pasien.

Tujuan komunikasi terapeutik juga sebagai sebuah pembentukan kesadaran diri, penerimaan diri, dan meningkatnya harga diri. Komunikasi terapeutik

dapat meningkatkan identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya integritas pribadi yang meliputi kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan, hubungan interpersonal, dengan kapasitas memberi dan menerima cinta, mendorong fungsi dan meningkatkan kemampuan untuk mencapai tujuan pribadi yang lebih realistis (Abdullah & Linda, 2018).

### 3. Unsur Komunikasi Teraupetik

Menurut Anjaswari (2016) komunikasi teraupetik memiliki unsur-unsur penting dalam berlangsungnya sebuah komunikasi teraupetik. Unsur-unsur tersebut meliputi komunikator (*sender*), informasi/pesan/berita, komunikan (*reciever*), umpan balik, atmosfer/konteks.

#### a) Komunikator (*sender*)

Komunikator (*sender*) merupakan seseorang atau kelompok yang menyampaikan pesan/ide/informasi kepada orang lain sebagai lawan

bicara. Komunikator disini berarti seseorang yang menjadi sumber dalam menyampaikan berita/informasi atau disebut informan, yang disampaikan kepada komunikan. Seorang komunikator beraksi dan bereaksi secara utuh meliputi fisi, emosional, kognitif, dan intelektual.

b) Berita/pesan/informasi

Berita/pesan/informasi adalah keseluruhan yang disampaikan oleh komunikator, yang disampaikan secara disadari atau tidak disadari, langsung atau tidak langsung. Pesan yang disadari yaitu segala sesuatu yang diucapkan (bahasa verbal) yang disampaikan komunikator secara sengaja dan sudah dipersiapkan sebelumnya. Pesan yang tidak disadari yaitu pesan yang muncul secara beriringan atau bersamaan dengan pesan yang disampaikan pada saat komunikator sedang berbicara.

c) Komunikan (*reciever*)

Komunikasi merupakan seseorang atau sekelompok orang yang menerima pesan yang disampaikan oleh komunikator. Komunikasi yang dikatakan efektif yaitu komunikasi yang bersikap kooperatif, jujur, penuh perhatian, serta bersikap terbuka terhadap komunikator dan pesan yang disampaikan.

d) Umpan balik

Umpan balik adalah informasi yang dikirimkan balik kepada sumbernya. Umpan balik ini bisa berasal dari diri sendiri maupun dari orang lain. Umpan balik dari diri sendiri, misalnya, jika kita menyampaikan pesan melalui bicara, kita akan dapat secara langsung mendengar apa yang kita sampaikan. Umpan balik dari orang lain adalah umpan balik yang datang dari lawan bicara. Bentuk umpan balik yang diberikan meliputi anggukan, kerutan dahi, senyuman, gelengan kepala, interupsi pembicaraan,

pernyataan setuju atau tidak setuju, dan lain-lain. Umpan balik ini dapat berupa verbal ataupun nonverbal.

e) Atmosfer/konteks

Atmosfer/konteks merupakan situasi/keadaan lingkungan tempat komunikator dalam menyampaikan sebuah berita/informasi. Situasi/keadaan lingkungan sangat mempengaruhi dalam sebuah komunikasi.

4. Prinsip-prinsip Komunikasi Teraupetik

Menurut Kusumo (2017) ada beberapa prinsip-prinsip dasar yang harus dimiliki dalam membangun dan mempertahankan sebuah hubungan yang terapeutik, yaitu:

- a) Hubungan antara perawat dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan satu sama lain. hubungan ini didasarkan pada prinsip "*humanity of nurse and clients*". Kualitas hubungan perawat-klien

ditentukan oleh bagaimana seorang perawat mendefinisikan dirinya sebagai manusia yang memiliki martabat yang sama. Hubungan perawat dengan klien tidak hanya sekedar hubungan seorang penolong dengan pasiennya akan tetapi lebih dari itu, yaitu hubungan antar manusia yang bermartabat.

- b) Perawat harus menghargai keunikan yang dimiliki oleh pasien, dikarenakan setiap individu mempunyai karakter yang berbeda-beda. Seorang perawat perlu memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat perbedaan dari latar belakang keluarga, budaya, dan kepercayaan pasien.
- c) Komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri dari komunikator yaitu perawat maupun komunikan/pasien.
- d) Kunci dari komunikasi terapeutik yaitu komunikasi yang menciptakan tumbuhnya

hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, karena jika hal ini dapat tercapai maka dalam menggali permasalahan dan dalam memberikan alternatif pemecahan masalah dapat berlangsung dengan baik.

Muhith & Siyoto (2018) mengemukakan bahwa prinsip-prinsip dari komunikasi terapeutik bagi perawat terdiri dari 12 yaitu sebagai berikut ini:

- a) Perawat harus mampu mengenal dirinya sendiri dalam arti menghayati, dapat memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- b) Perawat dalam berkomunikasi harus ditandai dengan sikap yang saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- c) Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut oleh pasien.
- d) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik itu secara fisik maupun mental.

- e) Perawat harus mampu menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk merubah dirinya sendiri baik itu secara sikap, tingkah lakunya agar tumbuh semakin matang dan dapat memecahkan sendiri masalah-masalah yang dihadapi oleh pasien.
- f) Perawat harus mampu menguasai perasaan diri sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi suatu perasaan gembira, sedih, marah, maupun frustrasi.
- g) Perawat harus mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- h) Perawat harus mampu mempertahankan kejujuran dan komunikasi terbuka yang merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
- i) Perawat harus mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh sebab itu

perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat baik itu secara fisik, mental, gaya hidup maupun spiritual.

- j) Perawat mempunyai perasaan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
- k) Perawat harus berpegang pada etika dengan cara berusaha mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- l) Perawat bertanggung jawab dalam dua dimensi, yaitu: tanggung jawab terhadap dirinya sendiri atas tindakan apa yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain tentang apa yang dikomunikasikan.

#### 5. Teknik Komunikasi Teraupetik

Komunikasi yang dilakukan oleh seorang perawat agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan harus mampu menguasai teknik-teknik berkomunikasi terapeutik supaya didalam menggunakannya

berlangsung secara efektif. Berikut ini teknik komunikasi menurut Anjaswarni (2016) yang dikombinasikan dengan pendapat ahli lainnya yaitu:

a) Mendengarkan dengan penuh perhatian

*(listening)*

Mendengarkan dengan penuh perhatian disini merupakan suatu upaya untuk memahami seluruh pesan verbal maupun nonverbal yang sedang dikomunikasikan.

b) Menunjukkan penerimaan *(accepting)*

Menerima disini bukan berarti menyetujui. Menerima disini berarti menunjukkan bersedia untuk mendengarkan orang lain, tanpa menunjukkan keraguan atau sikap tidak setuju. Perawat tidak harus menerima semua perilaku pasien. Perawat sebaiknya menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan sikap tidak setuju, seperti

mengerutkan kening atau menggelengkan kepala yang seakan tidak percaya dengan apa yang disampaikan pasien.

c) Menanyakan pertanyaan yang berkaitan

Menanyakan pertanyaan yang berkaitan disini bermaksud agar mendapatlan informasi yang lebih spesifik dan akurat. Pertanyaan yang diajukan berkaitan dengan topik yang ada pada keluhan pasien dengan menggunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya pasien.

d) Mengulang (*restating/repeating*)

Teknik ini dilakukan dengan mengulang kembali ucapan pasien dengan bahasa perawat. Sehingga dapat memberikan makna bahwa perawat memberikan umpan balik sehingga pasien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan mengharapkan komunikasi tetap berlanjut.

e) Klarifikasi (*clarification*)

Teknik ini digunakan jika perawat tidak mengerti, tidak jelas, atau tidak mendengar apa yang dibicarakan pasien dan perawat ingin memperjelas dari apa yang telah diucapkan oleh pasien. Jadi perawat perlu mengklarifikasinya dengan tujuan untuk menyamakan persepsi dengan pasien.

f) Memfokuskan (*focusing*)

Teknik ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga tidak menyimpang dari topik pembahasan agar informasi yang didapatkan lebih spesifik dan dimengerti.

g) Merefleksikan (*reflecting/feedback*)

Teknik ini dilakukan dengan memberikan umpan balik kepada pasien dengan menyatakan hasil pengamatan sehingga pasien

dapat mengetahui apakah pesannya/  
informasinya diterima dengan benar.

h) Memberi informasi (*informing*)

Teknik ini dilakukan dengan memberikan informasi penting melalui pendidikan kesehatan dan setelah itu perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk membuat keputusan.

i) Diam (*silence*)

Teknik ini memberikan kesempatan kepada perawat dan pasien untuk mengorganisasikan pikirannya.

j) Identifikasi tema (*theme identification*)

Teknik ini dilakukan dengan menyimpulkan dari apa yang telah diperbincangkan antara perawat dan pasien agar dapat melanjutkan pembicaraan selanjutnya.

k) Memberikan penghargaan (*reward*)

Mengemukakan perubahan yang terjadi pada pasien dengan dalam upaya menghargai pasien.

6. Sikap Perawat Dalam Komunikasi Teraupetik

Pieter (2017) mengatakan bahwa ada beberapa sikap yang perlu diperhatikan perawat dalam berlangsungnya sebuah komunikasi yaitu:

a) Berhadapan

Perawat menempatkan posisi ini dalam arti bahwa siap untuk melayani pasien.

b) Mempertahankan kontak mata

Perawat dalam komunikasi teraupetik selalu menjaga kontak mata pada level yang sama yang berarti menghargai pasien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.

c) Membungkuk kearah klien

Pada posisi ini perawat menunjukkan sikap yang mempunyai arti keinginan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu keluhan atau perasaan dari pasien.

d) Bersikap terbuka

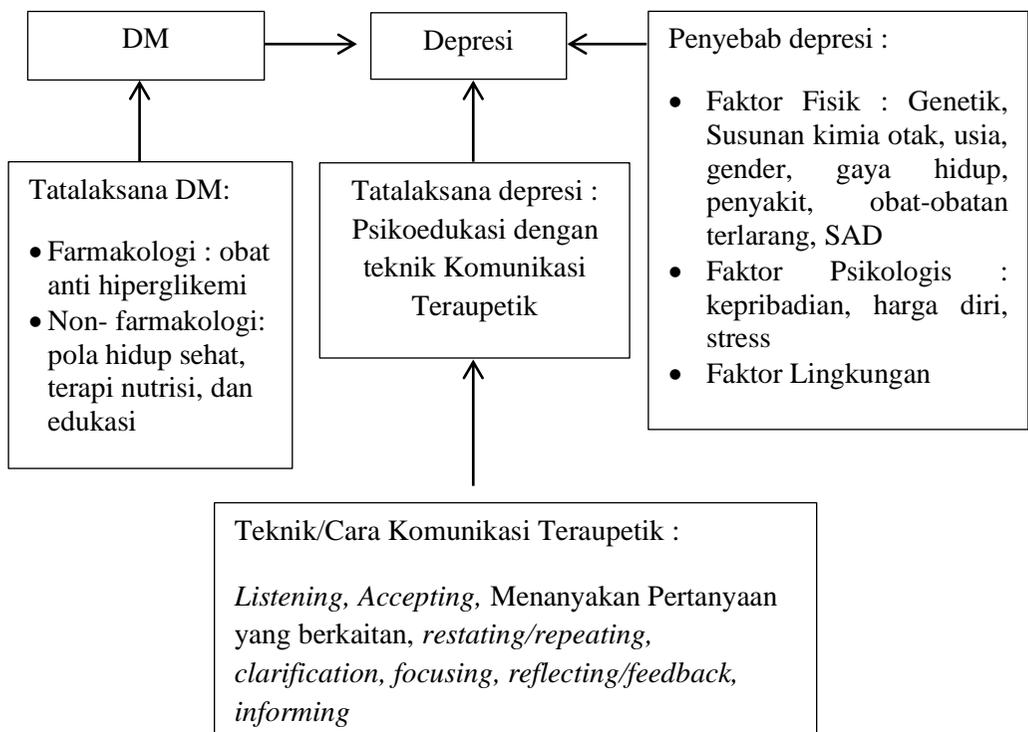
Perawat dalam hal ini diharapkan bersikap terbuka dengan sikap tidak melipat kaki atau tangan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu.

e) Tetap rileks

Perawat mampu tetap dapat mengendalikan keseimbangan, antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respons kepada pasien, meskipun dalam situasi yang kurang menyenangkan sekalipun.

## F. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini dapat di lihat pada gambar Sebagai berikut:



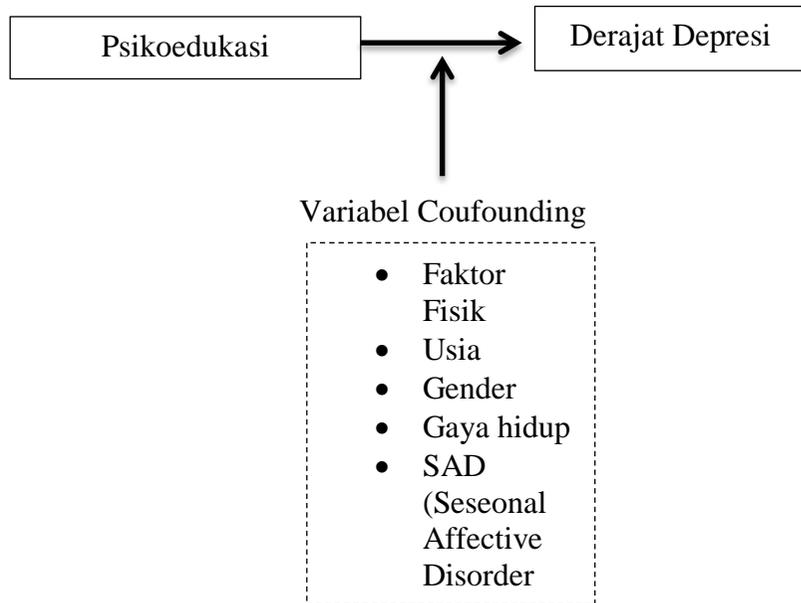
Keterangan :

→ : Memiliki Hubungan

Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Anjaswarni (2016), DeGroot, Golden & Wagner (2016), Dewi, *et al*, (2019), Sugra & Imran (2018), Wahyuni & Chandra (2019)

### G. Kerangka Konsep



Keterangan :

: Diteliti   
  : Tidak diteliti  
 —————> : Memiliki Hubungan

Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian

## **H. Hipotesis**

Adapun hipotesis pada penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

Ho : Psikoedukasi tidak efektif menurunkan derajat depresi pada pasien DM

Ha : Psikoedukasi lebih efektif dibandingkan dengan edukasi dalam menurunkan derajat depresi pada pasien DM