

RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS

Penelitian Untuk Tesis S 2

Program Magister Psikolog

Konsentrasi Psikologi Klinis



Diajukan Oleh :

RR. DWI ASTUTI, S.Psi

07915025

PROGRAM MAGISTER PSIKOLOG

FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2012

RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS

Penelitian Untuk Tesis S 2

Program Magister Psikolog

Konsentrasi Psikologi Klinis



Diajukan Oleh :

RR. DWI ASTUTI, S.Psi

07915025

PROGRAM MAGISTER PSIKOLOG

FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2012

TESIS

Validasi Modul

**RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

RR. DWI ASTUTI, S.Psi

07915025

Telah dipertahankan di depan sidang Dewan Penguji

Pada tanggal 29 November 2011

Susunan Dewan Penguji

Dosen Pembimbing I

Anggota Tim Penguji

H. Fuad Nashori, S. Psi, M. Si, Psikolog

Yapsir Gandhi Wirawan, Dr., MA

Dosen Pembimbing II

RA. Retno Kumolohadi, S. Psi, M. Si.

Indria Laksmi Gamayanti, Dr.

Psikolog

Psikolog

**Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh
gelar Master Psikologi (M. Psi)**

Tanggal

Ketua Program Magister Profesi Psikologi

RA. Retno Kumolohadi, S. Psi, M. Si, Psikolog

PERYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini selaku peneliti :

Nama : Rr. Dwi Astuti, S. Psi

NIM : 07 915 025

Jurusan : Klinis

Judul Tesis : *Rational Emotive Behavior Therapy* Sebagai Upaya

Meningkatkan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa yang tertulis dalam Tesis ini benar-benar hasil kerja peneliti sendiri bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam tesis ini dikutip berdasarkan kode etik ilmiah.

Apabila pernyataan tersebut tidak benar, maka peneliti bersedia bersedia menema sanksi derajat keserjanaan dicabut.

Yogyakarta, 3 Januari 2012

Rr. Dwi Astuti, S.Psi

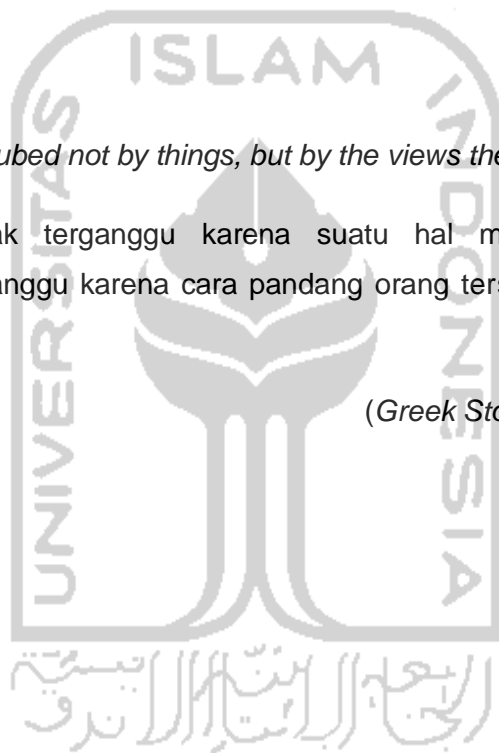
MOTTO

“Berperasangka baiklah engkau terhadap segala yang telah Ku hadirkan dalam hidupmu. Jangan mengeluh dan jangan kesal, jangan menggerutu. Sebab kesedihan-kesedihanmu, kesusahan-kesusahanmu, adalah juga tanda kasihKu padamu. Maka manakah rasa syukurmu itu?”

People are disturbed not by things, but by the views they take of them.

Seseorang tidak terganggu karena suatu hal maupun masalah, namun seseorang terganggu karena cara pandang orang tersebut pada suatu hal atau masalah.

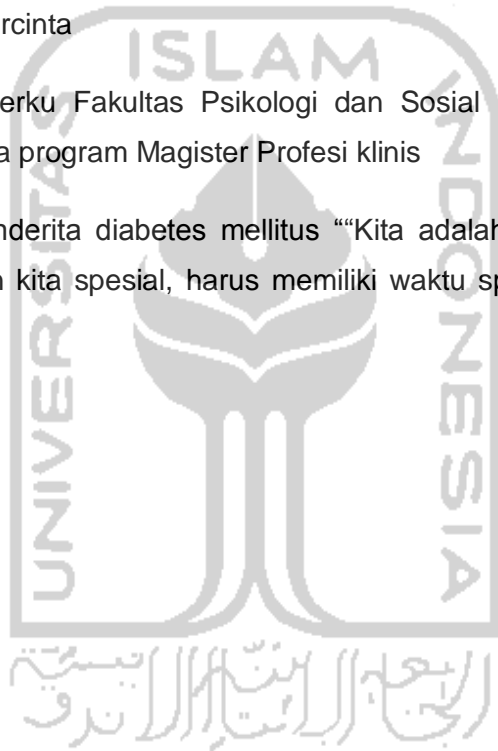
(Greek Stoic philosopher Epictetus)



PERSEMBAHAN

Karya ini Kupersembahkan kepada :

- ❖ Suamiku dan pangeran kecilku, telah memberikanku semangat. Titipan Ilahi Robbi utukku.
- ❖ Kedua orang tua yang selalu mengiringiku dengan doa, serta kakak dan adikku tercinta
- ❖ Almamaterku Fakultas Psikologi dan Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia program Magister Profesi klinis
- ❖ Para penderita diabetes mellitus “Kita adalah orang yang spesial, jadi makanan kita spesial, harus memiliki waktu spesial juga untuk merawat diri kita”.



Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Allah SWT, saya panjatkan atas terselesaikannya tugas penelitian ini sebagai syarat menempuh tesis untuk memperoleh derajat kesarjanaan S2 pada program pasca sarjana psikolog Universitas Islam Indonesia. Semoga karya ini dapat memberikan sumbangan nyata pada pengembangan ilmu baik terkait ilmu psikologi, kesehatan, maupun bidang lain dan bagi masyarakat pada umumnya.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis tidak mungkin dapat terselesaikan tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terimakasih pada kspada :

1. Sus Budiarto, S. Psi., M. Si., Psikolog selaku Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia, yang telah emberikan izin peneltian ini
2. R.A. Retno Kumolohadi, S. Psi., M. Si., Psikolog, selaku Ketua Magister Profesi Psikolog Universitas Islam Indonesia, serta selaku pembimbing II peneliti yang telah memberikan ijin penelitian ini dan membimbing peneliti dengan sabar dalam melaksanakan penelitian dari awal hingga akhir penulisan hasil penelitian ini
3. H. Fuad Nashori, S. Psi, M. Si., Psikolog, selaku pembimbing I peneliti yang telah dengan sabar bersedia membimbing, memberikan arahan kepada peneliti serta *support* selama peneliti melaksanakan penelitian ini dari awal penulisan hingga penulisan hasil ini
4. Yabsir Gandhi Wirawan, Dr., MA, selaku penguji, yang telah bersedia membimbing, memberikan saran dan masukan yang sangat membantu peneliti menyelesaikan karya ini
5. Indria Laksmi Gamayanti, Dr., Psikolog, selaku penguji, yang telah bersedia memberikan saran, nasehat dan bimbingannya pada penelitian ini. Trimakasih ya ibu ilmunya.

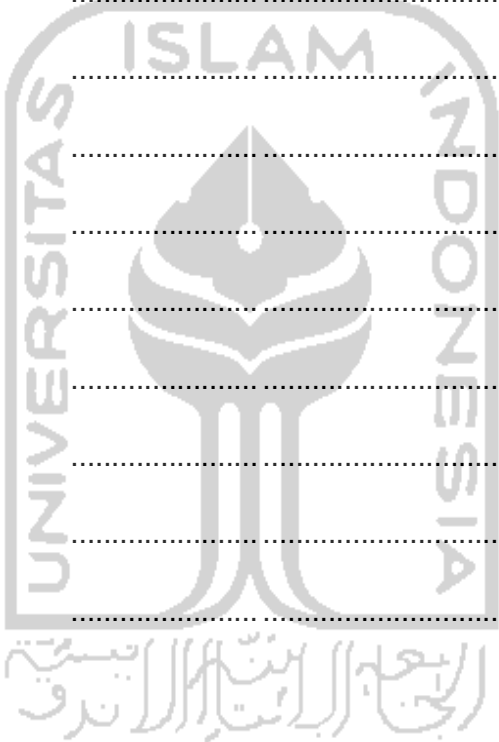
6. Ratna Syifa'a Rachmana, M. Si, Psikolog, selaku Penguji proposal dan seminar hasil yang telah memberikan saran-saran, nasehat serta arahan pada peneliti
7. K. Eko Relawati, S. Km, selaku Kepala Puskesmas Ngaglik I Sleman yang telah memberikan izin atas berangsungnya penelitian ini di puskesmas setempat.
8. Ibu Hartatik, Amg, selaku ahli gizi Puskesmas Ngaglik I Sleman yang telah bersedia memberikan bimbingan pada peneliti terkait gizi dan ketaatan diet selama proses penelitian berlangsung
9. Tri Subekti, S. Psi, M. Psi, selaku Psikolog Puskesmas Ngaglik Sleman serta selaku terapis penelitian ini, yang telah bersedia memberikan bimbingan serta membantu pelaksanaan penelitian ini
10. Mbak Elly selaku psikolog Puskesmas Depok II yang bersedia membimbing selama peneliti melakukan penelitian di Puskesmas Depok II
11. Nur Hidayat, dr., S. PD., selaku peneliti terkait kualitas hidup penderita diabetes mellitus sebelumnya, yang telah bersedia memberikan bimbingan pada peneliti
12. Bpk Dkn, Sby, Ylftr, Endh, Wgh, Myt, Prj yang telah bersedia dengan ikhlas menjadi peserta dalam pelaksanaan penelitian ini. Trimakasih telah bersedia menjadi guru bagi peneliti, tanpa peranserta bapak ibu penelitian ini tidak dapat berjalan dengan baik. Semoga apa yang telah kita pelajari bersama dapat bermanfaat bagi ibu dan bapak sekalian, juga bagi peneliti
13. Kedua orang tua peneliti ibunda tercinta serta ayah yang telah memberikan support baik moril maupun materiil, serta kakak dan adik peneliti yang selalu memberikan semangat, terimakasih buat candaannya, temen begadang, cemilan, juga film komedynya. I LOVE U ALL

14. Terimakasih pada keluarga bapak Bambang Eko Wilopo, atas doa restunya
15. Suami saya, Djalu Ranadhi, atas doa restu, serta apapun yang telah kau berikan padaku. Terimakasih, semua menjadikan ku jauh lebih baik, dan hikmah yang kudapatkan sangat besar sekali. Kan ku jadikan semuanya pelajaran hidup yang sangat berharga hingga akhir nanti. Terimakasih Ayah
16. R. Abyasa Satu Tanaya Ranadhi, pangeran kecilku. Terimakasih ya celotehannya, tangisnya, tawanya, lucunya, bandelnya, usilnya, nyanyian merdunya ya nak. Semuanya bunda lakukan buat aby sayang. Bunda sayang aby
17. Mas Maryadi, makasih ya mas dah bersedia mengantarkan peneliti selama penelitian berlangsung.
18. Desy makasih ya dek dah memberikan ilmu tentang diet diabetes juga menghitung ketaatan diet
19. Karyawan mapro psikologi UII, mbak Mus, mas Robit, pak Fatur, mas Imawan, trimakasih ya bantuannya selama ini
20. Mbak Ilma, mbak Retno makasih ya dah menemani konsultasi di RSUD Karanganyar
21. Terimakasih pada semua pihak yang membantu subjek, teman teman seangkatan subjek mbak Lila, makasih ya mbak, Anita Rahmawati, Huda, Ayu, Mbak Desy, Dewi Luky, Ravi, Yuke, Kartika, *keep fighting*

Yogyakarta, 03 Januari 2012

Rr. Dwi Astuti, S. Psi

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Pengesahan	ii
Pernyataan	iii
Motto	iv
Persembahan	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Grafik	xv
Daftar Lampiran	xvi
ABSTRACT	xvii
	
BAB I.	
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan dan Manfaat	16
1. Tujuan	16
2. Manfaat	16
a. Manfaat Praktis	16
b. Manfaat Teoritis	16
C. Keaslian	16
BAB II.	
TINJAUAN PUSTAKA	20

A. Kualitas Hidup	20
B. Diabetes Mellitus	25
C. <i>Rational Emotive Behavior Therapy</i>	42
D. Landasan Teori	55
E. Hipotesis	84
BAB III.	
METODE PENELITIAN	85
A. Identifikasi Variabel Penelitian	85
B. Definisi Operasional Variabel	85
C. Subjek Penelitian	86
D. Alat Pengumpul Data	89
E. Rancangan Penelitian	93
F. Jalannya Penelitian	97
1. Persiapan Penelitian	97
2. Pelaksanaan Penelitian	99
G. Metode Analisis Data	142
BAB IV.	
Hasil Penelitian dan Pembahasan	143
A. Hasil Penelitian	143
1. Analisis Data Kelompok	143
a. Diskripsi Data Penelitian	143
b. Hasil Analisis <i>Mann Whitheny-U</i>	147
2. Analisis Data Individual	150
a. Subjek Pertama	150
b. Subjek Kedua	153
c. Subjek Ketiga	155
d. Subjek Keempat	157
e. Subjek Kelima	158
f. Subjek Keenam	159
g. Subjek Ketujuh	162
B. Pembahasan	164
1. Subjek Penelitian	164
2. Pelaksanaan Eksperiman	170
3. Temuan Penelitian	173
4. Kelemahan Penelitian	177
BAB V.	
Kesimpulan dan Saran	178
A. Kesimpulan	178
B. Saran	178
Daftar Pustaka	180
Lampiran	187

Daftar Gambar

Halaman

Gambar 1 : Bagan interaksional proses REBT terkait gangguan psikologis dan perubahan psikologis (Dryden & Neenan, 2003; Ellis, 2001)	.....	53
Gambar 2 : ilustrasi <i>cognitif triangle</i> (Friedman)	.....	61
Gambar 3: Bagan alur peristiwa, pikiran, keyakinan dan konsekuensi yang diakibatkan	.....	63
Gambar 5: Bagan proses <i>emotive techniques</i> pada REBT penderita diabetes mellitus (Dryden & Neenan, 2003; Ellis, 2001; MacDonald, 2007)	.....	65
Gambar 6: Bagan proses <i>behavior techniques</i> pada REBT pasien diabetes mellitus (Dryden & Neenan, 2003; Ellis, 2001)	.....	68
Gambar 7: Bagan jumlah peserta terapi REBT	.....	88
Gambar 8: Rancangan Eksperimen (<i>Pretest-posttest control group design</i> menurut Kazdin (1995))	.....	94
Gambar 9: Bagan alur <i>activating event, belief system</i> dan <i>consequensi</i> pada kasus Dkn	.....	104
Gambar 10: Bagan alur <i>activating event, belief system</i>		

dan <i>consequensi</i> pada kasus Myt	.....	110
Gambar 11: Bagan alur <i>activaing event, belief system</i>		
dan <i>consequensi</i> pada kasus Wgh	.....	113
Gambar 12: Bagan alur <i>activaing event, belief system</i>		
dan <i>consequensi</i> pada kasus Prj	.....	115
Gambar 13: Bagan alur <i>activaing event, belief system</i>		
dan <i>consequensi</i> pada kasus Sby	.....	118
Gambar 14: Bagan alur <i>activaing event, belief system</i>		
dan <i>consequensi</i> pada kasus Endh	.....	120
Gambar 15: Bagan alur <i>activaing event, belief system</i>		
dan <i>consequensi</i> pada kasus Ylft	.....	122



Daftar Tabel

Halaman

Tabel 1: Butir skala *Diabetes Quality Of Life Clinical Trial*

Quesionere

(modifikasi dari *Diabetes Quality Of Life Clinical Trial*

<i>Questioner – Revised (DQOLCTQ-R))</i>	.....	90
Table 2: Pelaksanaan terapi pada subjek sebelum intervensi di Puskesmas	.....	102
Tabel. 3: Distribusi Skor Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus	.....	126
Tabel 4 ; Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Pertama Tahap Monitoring	.....	131
Tabel 5 ; Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Kedua Tahap Monitoring	.....	134
Tabel 6 ; Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Ketiga Tahap Monitoring	.....	136
Tabel 7 ; Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Keempat Tahap Monitoring	.....	138
Tabel 8 ; Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok		

Eksperimen Kunjungan Kelima Tahap	
Monitoring	..... 139
Tabel 9 ; Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok	
Eksperimen Kunjungan Keenam Tahap	
Monitoring	..... 141
Tabel. 10: Distribusi Karakteristik Subjek Penelitian	..... 143
Tabel. 11: Distribusi Skor Kualitas Hidup subjek setelah <i>matching by subjek</i>	..... 144
Table.12: Distribusi Rerata Skor Kualitas Hidup Pre Test dan Post Test	..... 144
Tabel. 13: Skor Kualitas Hidup <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Tiap Subjek Dari Masing – Masing Kelompok Penelitian	..... 146
Table.14: Analisis <i>Mann-Whitney</i> (Uji U)	..... 148
Table.15: Analisis <i>Mann-Whitney</i> (Uji U)	..... 148
Table.16: Distribusi hasil Mann-Whitney (Uji U) <i>Gain Score Kualitas Hidup</i>	..... 148
Tabel.17: Distribusi hasil Mann-Whitney (Uji U) <i>Gain Score Kualitas Hidup laki – laki</i> dengan Perempuan	..... 149

Daftar Grafik

	Halaman
Grafik.1:Grafik Rerata Skor Kualitas Hidup Diabetes Mellitus Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol	145
Grafik.2:Grafik <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> Pada Kelompok Eksperimen	147
Grafik.3: Grafik <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Pada Kelompok Kontrol	147
Grafik.4: Perubahan skor kualitas hidup Dkn	152
Grafik.5: Grafik perubahan aspek kualitas hidup Dkn	153
Grafik.6:Perubahan kualitas hidup subjek Myt	154
Grafik.7: Grafik perubahan aspek kualitas hidup Myt	155
Grafik.8:Perubahan skor kualitas hidup subjek Wgh	156
Grafik.9: Grafik perubahan aspek kualitas hidup Wgh	156
Grafik.10:Perubahan skor kualitas hidup subjek Prj	158
Grafik.11: Grafik perubahan aspek kualitas hidup Prj	158
Grafik.12: Perubahan skor kualitas hidup Sby	160
Grafik.13: Grafik perubahan aspek kualitas hidup Sby	160
Grafik.14: Perubahan skor kualitas hidup Endh	161
Grafik.15: Grafik perubahan aspek kualitas hidup Endh	162
Grafik.16: Perubahan skor kualitas hidup Ylft	163
Grafik.17: Grafik perubahan aspek kualitas hidup Ylft	164

Daftar Lampiran

	Halaman
Lampiran 1: Surat Ijin Magister Profesi Psikolog Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia	187
Lampiran 2: Surat Ijin Bapeda Sleman	188
Lampiran 3: Surat Ijin Dinas Kesehatan Sleman	189
Lampiran 4: Surat Keterangan Persetujuan, Bimbingan Penggunaan Skala Kualitas Hidup	190
Lampiran 5: Skala Kualitas Hidup DQOLCTQ-R	191
Lampiran 6: Skoring Skala Kualitas hidup DQOLCTQ-R	192
Lampiran 6: <i>Infom Consent</i>	193
Lampiran 7: Modul peserta	194

ABSTRACT

RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY EFFORTS TO IMPROVE QUALITY OF LIFE AS A PATIENT DIABETES MELLITUS

Rr. Dwi Astuti, S.Psi.

H.Fuad Nashori, S. Psi., M. Si., Psikolog

RA. Retno Kumolohadi, S. Psi., M. Si., Psikolog

Faculty of Psychology And Social Culture Sciences

*Islamic University of Indonesia
Masters Program in Professional Psychology
Clinical Major*

Background: Patients with diabetes mellitus decreased quality of life associated with the complications posed by the disease. Quality of life can also be used as a parameter related to the impact the handling of patient treatment that has been done. Purpose: Knowing empirically rational emotive behavior therapy effectiveness in improving the quality of life of people with diabetes mellitus with diabetic patients' expectations can manage diabetes mellitus mellitus and live better. Methods: Quasi-experimental research uses. All subjects were given the scale of quality of life of diabetes mellitus DQOLCTQ-R. Then the experimental group is given for 12 times season REBT. Then there was a post test to see that given the impact of REBT on experimental group. Results: Subjects in this study amounted to 7 people for the experimental group and 7 for the control group. Significant differences between the quality of life of people with diabetes mellitus when administered before the intervention and after obtaining the intervention of rational emotive behavior therapy. This is indicated by the $z = -3.071$ with $p = 0.002$, for $p < 0.05$ with a significance level of 5%. Conclusion: There are significant differences between experimental groups quality of life scores with quality of life scores in the control group subjects. Quality of life scores of the experimental group is higher than the score of quality of life of the control group. REBT can improve the quality of life in patients with diabetes mellitus. Key words: Quality of life, rational emotive behavior therapy, diabetes mellitus, DQOLCTQ-R.

ABSTRAKSI

RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS

Rr. Dwi Astuti, S.Psi.

H.Fuad Nashori, S. Psi., M. Si., Psikolog

RA. Retno Kumolohadi, S. Psi., M. Si., Psikolog

Fakultas Psikologi Dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia

Program Magister Profesi Psikolog

Bidang Klinis

Latar Belakang: Penderita diabetes mellitus mengalami penurunan kualitas hidup terkait dengan komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut. Kualitas hidup juga dapat digunakan sebagai parameter penanganan terhadap pasien terkait dampak pengobatan yang telah dilakukan. Tujuan : Mengetahui secara empirik efektivitas *rational emotive behavior therapy* dalam meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes mellitus dengan harapan pasien diabetes mellitus dapat mengelola diabetes mellitus dan hidup lebih baik. Metode : penelitian ini menggunakan Quasi eksperimen. Semua subjek diberikan skala kualitas hidup diabetes mellitus DQOLCTQ-R. Kemudian kelompok eksperimen diberikan REBT selama 12 kali pertemuan. Kemudian diadakan post test untuk melihat dampak REBT yang diberikan pada kelompok eksperimen. Hasil : Subjek dalam penelitian ini berjumlah 7 orang untuk kelompok eksperimen dan 7 orang untuk kelompok kontrol. Perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup penderita diabetes mellitus saat sebelum diberikan intervensi dan setelah mendapatkan intervensi berupa *rational emotive behavior therapy*. Hal ini ditunjukkan dengan hasil $z = -3,071$ dengan $p = 0,002$, karena $p < 0,05$ dengan taraf signifikansi 5%. Kesimpulan : Ada perbedaan yang signifikan antara skor kualitas hidup kelompok eksperimen dengan skor kualitas hidup kelompok kontrol pada subjek penelitian. Skor kualitas hidup kelompok eksperimen lebih tinggi dari pada skor kualitas hidup kelompok kontrol. REBT dapat meningkatkan kualitas hidup pada penderita diabetes mellitus. Kata kunci : Kualitas hidup, *rational emotive behavior therapy*, diabetes mellitus, DQOLCTQ-R.

Naskah Publikasi

***RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY* SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

RR. DWI ASTUTI, S.Psi

07915025

Telah dipertahankan di depan sidang Dewan Penguji

Pada tanggal 29 November 2011

Susunan Dewan Penguji

Mengetahui,

Dosen Pembimbing

H. Fuad Nashori, S. Psi, M. Si., Psikolog



BAB I PENGANTAR

A. Latar Belakang

Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Indonesia menempati urutan keenam di dunia sebagai negara dengan jumlah penderita Diabetes Mellitusnya terbanyak setelah India, China, Uni Sovyet, Jepang, dan Brazil. Penyakit kronis, seperti diabetes, penyakit jantung, dan kanker adalah masalah dunia yang jumlahnya terus meningkat, tak terkecuali di Indonesia. Data terkini Badan Kesehatan Dunia (WHO) memprediksikan jumlah penderita diabetes di Indonesia akan meningkat dari 8,4 juta di tahun 2000 menjadi 21,3 juta di tahun 2030. Jumlah penderita diabetes di Indonesia ini, akan lebih besar dari jumlah seluruh penduduk Australia. Demikian ungkapan Gilbert Julien, Presiden Direktur *sanofi-aventis* Indonesia pada peluncuran *Innovation For Life*, Rabu (2/12/09) di Jakarta (<http://www.kabarbisnis.com>)

Menurut PERKENI (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2006), diabetes mellitus adalah suatu penyakit di mana kadar glukosa (gula sederhana) di dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara cukup. Insulin adalah hormon yang dilepaskan oleh pankreas, yang bertanggungjawab dalam mempertahankan kadar gula darah yang normal. Insulin memasukkan gula ke dalam sel sehingga bisa menghasilkan energi atau disimpan sebagai cadangan energi. Jika sudah mengidap penyakit ini penderita secara fisik dan psikisnya merasa terganggu. Umumnya penyakit diabetes memberi dampak komplikasi yang cukup mengkhawatirkan, seperti kelumpuhan, luka yang sulit disembuhkan, bahkan penyakit pengikut. Untuk mengatasi diabetes, perlu penanganan khusus, yaitu metode terapi kedokteran yang

komprehensif. Selain pengobatan medis, pasien juga diterapi secara psikologis berupa pendidikan tentang diabetes. Dengan diabetes, bukan berarti penderitanya menjadi orang yang tidak normal. Hanya saja si penderita memiliki keterbatasan seperti aktivitas dan pola yang harus diperketat. Dengan modal terapi di pusat diabetes sebuah rumah sakit, diharapkan pasien diabetes bisa menjaga kualitas hidupnya dengan baik.

Kualitas hidup adalah pengukuran kemampuan seseorang terkait *health* (fungsi fisik dalam kehidupan), *achievement* (tujuan dan potensi orang tersebut), *happiness* (perasaan positif, atau emosi positif), *satisfaction* (fungsi kognitif, pengambilan keputusan terkait evaluasi terhadap peristiwa yang dialaminya), *well being*, *utility* (mampu berperan sosial) (Remple, 2002).

Terkait pengendalian diabetes mellitus bagi para penderita baik pola makan, olah raga, gaya hidup, tata aturan bagi penderita, dampak penyakit diabetes mengakibatkan kecemasan bagi penderita. Hal tersebut dapat berdampak pada aspek-aspek kehidupan dari pasien tersebut, baik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Dengan kata lain, hal tersebut juga akan berdampak pada kebahagiaan dan kualitas hidup pasien. Hal serupa juga diungkapkan oleh salah seorang pasien puskesmas "M", seorang ibu berusia 55 tahun, yang mengungkapkan jika dirinya mengalami hambatan dalam beraktivitas, karena badannya sering sakit, kesemutan dan penglihatannya mulai terganggu (Wawancara, 30 April 2009).

Sementara itu hal yang diungkapkan subjek lain, "P", seorang bapak berusia 56 tahun mengeluh malas mengikuti aturan diet makan. Walaupun sering melakukan kontrol ke puskesmas ia juga sering melanggar pantangan diabetes

misalnya minum kopi manis dan teh manis serta mengkonsumsi gudeg. Jika diabetesnya kambuh, "P" merasa lemas, cepat lelah, dan sering tidur.

Hal lain yang serupa juga diungkapkan oleh penderita diabetes, "S", ibu berusia 60 tahun keluhan tentang kecemasan yang selalu ada didalam pikirannya. Ia cemas dengan dampak diabetes yang dideritanya. "S" memiliki kadar gula darah 500. Selain itu rutinitas berobat dan melakukan kontrol makanan juga membuat "S" merasa putus asa. "S" mengakui selalu mengayuh sepeda saat berangkat berjualan di pasar. Namun sejak menderita diabetes "S" sering capek, lemas dan pulang lebih awal saat berjualan, dan penghasilan pun berkurang. "S" bingung karena harus menafkahi keluarga dan membiayai sekolah anaknya (wawancara, 30 April 2009).

Sumber lain juga mengatakan hal serupa, "B", seorang laki - laki berusia 57 tahun, mengatakan jika dirinya sering uring-uringan jika sedang naik gula darahnya. "B" juga malas mengikuti aturan diet diabetes, berolahraga, karena diabetes tidak bisa sembuh. Saat kambuh "B" merasa sangat sensitif, mudah tersinggung dan uring-uringan. "B" hanya minum obat namun tidak mengikuti aturan penatalaksanaan diabetes mellitus. Sedangkan mengenai efek komplikasi diabetes mellitus, saat para penderita ditanya, mereka pada umumnya merasa takut, terlebih lagi beberapa pasien sudah pernah mengalami gejala komplikasi diabetes.

Hal tersebut diungkapkan oleh "M", berusia 52 tahun, yang pernah mengalami luka di kaki. Pada awalnya luka hanya kecil, namun lama sembuhnya. Semakin lama justru semakin lebar dan muncul seperti nanah. Setelah diperiksa, dokter menjelaskan jika hal tersebut efek dari diabetes yang dialaminya.

Kasus lain lagi yang dialami oleh almarhumah Y (46 tahun). Ia mengalami diabetes selama 1 tahun. Pada awalnya ia hanya hipertensi, namun sering sekali kambuh. Kemudian suatu saat ia terkejut ketika mendengar calon pembantunya meninggal karena tabrak lari. Sehari sebelum musibah itu terjadi ia bertemu dengan calon pembantunya tersebut. Beberapa hari kemudian teman dekatnya meninggal karena serangan jantung, dan sehari sebelumnya mereka sempat bercanda. Ia mengungkapkan jika sangat terkejut dan terpukul sekali karena dalam waktu satu minggu menerima kabar duka dari orang – orang yang dikenalnya.

Beberapa hari kemudian ia beserta suami berwisata. Sore harinya ia merasa sangat pusing, lemas dan tidak sadarkan diri. Ia langsung dirawat di salah satu rumah sakit swasta di Jogja. Diagnosis dokter menunjukkan terkena stroke karena komplikasi hipertensi dan diabetes mellitus, yang pada saat itu tensi 200 mm Hg, sedangkan kadar glukosa 600 mg/dl.

Menurut suaminya, almarhumah Y memiliki pola makan yang tidak baik, dan memang kurang bisa mengelola emosinya. Ia selalu mengatakan bahwa suatu hal yang wajar jika mudah marah karena memiliki hipertensi, semua saudaranya juga demikian. Ia berfikir bukan merupakan suatu masalah namun hal yang wajar - wajar saja. Almarhumah Y juga mengatakan pada awalnya mengikuti aturan diet namun karena banyak yang harus diubah dari kebiasaannya, ia memutuskan untuk tidak taat terhadap diet diabetes. Almarhumah Y masih sering mengatakan “Mengapa saya tidak bisa seperti yang lain, makan apa saja boleh”. Ia mengungkapkan sekarang tidak seperti dulu yang bisa melakukan banyak aktifitas. Saat ini berjalan dari rumah hingga tempat beliau bekerja dikecamatan sudah sangat capek. Sejak peristiwa kecelakaan

yang menimpa calon pembantunya itu, ia mengatakan sangat takut jika akan menyeberang jalan raya. Setelah kejadian itu ia juga sangat mudah terkejut misalnya mendengar suara klakson mobil atau hal – hal yang memiliki intensitas bunyi tinggi. Semenjak saat itu semakin sering naik tensi darahnya dan lebih sulit untuk mengontrol emosinya. Ia juga mengungkapkan jika kondisi kesehatannya sering menurun, tiba – tiba lemas dan tidak bisa berbuat apa – apa. Ketika intervensi penelitian ini berlangsung almarhum Y menyempatkan diri hadir pada sesi I, II dan III, dengan didampingi suami saat intervensi berlangsung. Ia juga mengalami simtom kabur pada penglihatan, terlihat sangat kesulitan saat membaca dan menulis. Buang air kecil juga sangat sering sekali, dan mengalami kesulitan tidur, rasa lapar terus menerus, haus terus menerus. Namun ia tidak hadir di sesi selanjutnya, karena kondisi kesehatan yang menurun. Pada tanggal 28 Juli 2011 pukul 19.00 beliau tutup usia karena komplikasi yang dideritanya.

Penelitian Goodridge, dkk (2005) mengungkapkan diabetes dapat mempengaruhi kualitas hidup para penderitanya terkait emosi negatif, efek sosial, berkurangnya aktifitas sosial, kondisi keluarga yang kurang kondusif misalnya menjadi tegang atau perhatian berlebihan, kerja yang sangat kurang (terhambat) hingga masalah keuangan.

Data di atas menunjukkan bahwa penderita diabetes mengalami kecemasan. Sebenarnya kecemasan itu sendiri dapat menjadi pemicu naiknya gula darah, namun para penderita tidak mengetahui hal tersebut. Selain itu kualitas hidup penderita juga mengalami penurunan, karena hambatan yang dialami penderita dalam kehidupan sehari harinya. Hal di atas sejalan dengan penelitian Grigg, dkk (2006) yang mengungkapkan penderita diabetes mengalami penurunan kualitas hidup terkait dengan dampak penyakit yang dialaminya.

Penderita akan kehilangan berat badan secara drastis, mudah lelah, mengalami gangguan dalam penglihatan, harus mengkonsumsi obat, diet atau menjaga pola makan. Hal tersebut akan mempengaruhi aktivitas penderita, seperti hambatan dalam bekerja dan sosialisasi.

Kondisi psikologis pasien juga erat kaitannya dengan aspek kognitif dan emosional dari strategi pertahanan terhadap penyakit (*illness-coping strategies*), yang secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap kebiasaan mencari obat. Penilaian atau kesadaran subjektif dari pasien bahwa kesehatan terkait dengan kebiasaan yang dilakukan dan keyakinannya bahwa dia mampu melakukan sikap hidup tersebut, merupakan tanda pasien akan patuh terhadap pengobatan yang diberikan dan akan berpengaruh terhadap kualitas hidupnya (Rose et al., 2002).

Penelitian Solli, dkk (2010) juga mengungkapkan bahwa penderita diabetes baik tipe 1 maupun 2 mengalami penurunan kualitas hidup terkait dengan ketakutan yang dialami atas komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh penyakit tersebut.

Namun Grigg, dkk (2006) dalam penelitiannya juga mengungkapkan jika kualitas hidup penderita diabetes mellitus dapat ditingkatkan dengan mengatur pola makan, olahraga, dan mengkonsumsi obat secara teratur.

Kualitas hidup pasien seharusnya menjadi perhatian penting bagi para profesional kesehatan karena dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan atau intervensi atau terapi. Di samping itu, data tentang kualitas hidup juga dapat merupakan data awal untuk pertimbangan merumuskan intervensi/tindakan yang tepat bagi pasien.

Beberapa penelitian sebelumnya telah membuktikan bahwa kualitas hidup dapat ditingkatkan melalui beberapa metode. Antara lain dengan cara ;

1. *Support therapy* yang ditujukan baik pada pasien maupun *care givers* nya yaitu orang tua pasien. Dalam beberapa waktu kualitas hidup baik pasien maupun orangtua akan meningkat (Ohaeri, 2009).
2. Pendampingan oleh bidang klinis berupa konseling, *screening* dan terapi obat juga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Dubova, 2010). Pemberian *support group therapy* dan ketrampilan khusus juga dapat meningkatkan kualitas hidup (Marccuson, 1999).
3. Penelitian Sharma (2007) dengan subjek penderita gangguan jiwa, menyatakan bahwa metode pengobatan psikososial menyebabkan pengurangan cacat di jiwa pasien dan peningkatan kualitas hidup. Metode pengobatan utama yang diberikan pelatihan kejuruan, terapi kognitif, psikoedukasi, *life skills training*, *psychoeducation*, relaksasi dan meditasi metode tersebut dapat meningkatkan kemampuan kognitif, perawatan diri, peningkatan klinis kegiatan hidup sehari-hari, dan pekerjaan dan keterampilan. Hal – hal tersebut digunakan untuk mengidentifikasi kualitas hidup baik fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial maupun lingkungan.

Berdasarkan penelitian sebelumnya, terapi psikologis dapat meningkatkan kualitas hidup, walaupun tidak semua aspek kualitas hidup dapat ditingkatkan. Terapi psikologis dapat meningkatkan beberapa aspek kualitas hidup antara lain adalah kualitas hidup baik fisik maupun kesehatan psikologis, hubungan sosial maupun lingkungan.

Penelitian ini akan memfokuskan pada peningkatan kualitas hidup para penderita diabetes mellitus dengan membuang emosi emosi negatif, pikiran irasional, serta perilaku yang kurang tepat pada diri penderita diabetes mellitus, agar penderita dapat mengelola diri dengan baik. Sebagai upaya peningkatan

kualitas hidup para penderita diabetes mellitus dengan membuang emosi-emosi negatif, pikiran irasional, serta perilaku yang kurang tepat pada diri penderita diabetes mellitus, penulis memberikan *rational emotive behavior therapy* pada pasien diabetes mellitus. Dengan harapan pasien dapat mengontrol emosi, mengendalikan perilaku, dan pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes mellitus. Menurut Gayle (2007), tidak hanya aspek fisik, aktivitas sehari-hari dan kehidupan sosial yang memerlukan adanya perubahan, diperlukan pula bagi penderita penyakit kronis untuk mengintegrasikan kondisi psikologis yang memiliki peranan dalam adaptasi terhadap penyakit yang disertai, dalam hal ini diabetes mellitus.

Terapi yang diterapkan pada pasien diabetes mellitus dalam penelitian sebelumnya adalah

1. Meditasi pada pasien diabetes mellitus. Dalam penelitian yang memberikan perlakuan psikoedukasi tentang diabetes mellitus dan relaksasi pada kelompok eksperimen, sedangkan kelompok kontrol hanya diberikan psikoedukasi terkait diabetes mellitus tanpa relaksasi. Hasil penelitian menyatakan jika kelompok eksperimen mengalami penurunan kadar gula darah cenderung stabil, sedangkan kelompok kontrol hanya mengalami sedikit perubahan. Perbedaan kadar gula darah antara kelompok kontrol dan eksperimen sangat mencolok. Kaplan dalam hasil studi ilmiah yang dipublikasikan dalam *Archives of Internal Medicine* tahun 2006 bahwa teknik meditasi dapat mengurangi komponen-komponen "sindrom metabolik," penyebab utama kesehatan yang buruk dan kematian dini. Pasien dengan sindrom metabolik adalah ciri kelebihan berat badan, tekanan darah tinggi,

peningkatan gula darah dan trigliserida, dan HDL rendah (baik) kolesterol (www.rizhu.com).

2. Meditasi relaksasi membantu penyembuhan penderita Diabetes Melitus tidak Tergantung Insulin (DMTTI). Demikian hasil penelitian yang diungkapkan April 1999 oleh tim peneliti Universitas Udayana/RSUP Sanglah yang dipimpin Prof Dr dr Luh Ketut Suryani. Penelitian dilakukan selama bulan Maret-Mei 1998 dengan 100 sampel berusia 40-70 tahun, yang dibagi dalam kelompok kontrol yaitu mereka yang mendapatkan terapi diabetes standar berupa obat, pengaturan diet dan olah raga (jalan kaki) serta kelompok sampel yang selain mendapat terapi standar juga mendapat latihan meditasi relaksasi spiritual (MRS). Namun pada akhir penelitian, kelompok kontrol tinggal 20 orang, demikian pula kelompok sampel. Kelompok sampel yang mendapat latihan meditasi dalam perjalanan waktu terbagi dalam dua subkelompok, yaitu kelompok yang melakukan meditasi dan pengobatan standar secara disiplin serta kelompok yang tidak disiplin. Hasil penelitian, tujuh orang yang melakukan meditasi teratur menunjukkan tingkat kesembuhan baik dan tiga orang menunjukkan tingkat kesembuhan sedang. Yang tak teratur meditasi dan terapi standarnya hanya seorang yang tingkat kesembuhannya sedang dan sembilan orang tingkat kesembuhannya jelek. Sementara dari kelompok kontrol empat orang menunjukkan tingkat kesembuhan baik, enam orang tingkat kesembuhannya sedang dan 10 orang tingkat kesembuhannya jelek. Meditasi dan relaksasi berpengaruh pada pola tidur. Pada kelompok yang rajin meditasi semuanya menyatakan bisa tidur nyenyak dan 90 persen bangun dengan segar. Kebutuhan waktu tidur juga berkurang. Sedang kelompok yang tak teratur meditasi 90 persen bisa tidur

nyenyak tetapi hanya 60 persen yang bangun dengan segar. Peneliti lain adalah Tjokorda Alit Kamar Adnyana, N Dwi Sutanegara, Made Nyandra, IGN Sastradi, I Dewa Gede Basudewa, dan AAAA Indriany. Penelitian dibiayai oleh Sentra Proyek Pengembangan Pengobatan Tradisional Propinsi Bali. Diabetes melitus terjadi karena gangguan fungsi endokrin pankreas. Pada penderita diabetes melitus terjadi keadaan di mana insulin tak berfungsi optimal, karena kualitas dan kuantitasnya tak memadai. Penyebabnya, reseptor insulin tak memadai atau ada faktor hormon yang melawan efek insulin, yaitu *counter regulatory hormone* (CRH), pada keadaan tertentu bisa juga karena penurunan produksi insulin tubuh. Padahal insulin diperlukan tubuh untuk menjaga kadar gula darah. Penderita diabetes harus mampu mengendalikan kadar gula darah menjadi normal atau mendekati normal agar tak terhindar dari komplikasi kronis. Dalam penelitian, penanganan penderita diabetes dilakukan secara holistik dengan pendekatan bio-psiko-spirit-sosiobudaya. Di samping diberi obat, menjalani pengaturan diet dan olahraga, penderita diberi terapi tambahan berupa meditasi relaksasi spiritual. Meditasi relaksasi membantu penderita mencapai homeostasis, yaitu suatu keseimbangan dalam tubuh-di mana regulasi tubuh, yaitu sistem saraf otonom, endokrin dan daya tahan tubuh, berfungsi maksimal-sehingga tercapai penyembuhan oleh diri sendiri (Kompas, Sabtu, 08/05/1999).

3. *Cognitive behavior therapy*, dalam penelitian Alicia Heapy, *Cognitive Behavioral Therapy for Diabetic Neuropathic Pain*. Penelitian dengan pemberian CBT, farmasi dan perawatan standart pada kelompok eksperimen dan psikoedukasi, farmasi dan perawatan standart pada kelompok kontrol. 215 peserta akan direkrut. Para peserta akan secara acak dalam jumlah

sama dengan dua kondisi. Metodologi: peserta studi akan dievaluasi pra-perlakuan (baseline), 12 minggu pasca-awal (pasca-perlakuan) dan pada 36 minggu pasca-awal (tindak lanjut). Baseline penilaian akan mencakup pemeriksaan fisik untuk mengkonfirmasi diagnosis neuropati diabetes. Ukuran hasil utama akan intensitas nyeri. ukuran hasil sekunder akan kualitas rasa sakit, cacat rasa sakit yang terkait, dan fungsi fisik dan emosional. Ukuran kelayakan pengobatan juga akan diperiksa. CBT dan psikoedukasi diabetes melitus akan disediakan di 10 mingguan, sesi perawatan yang terpisah dari 60 menit. Peningkatan kesiapan untuk menjalani manajemen diri akan positif dengan perawatan dan pengobatan lebih baik, tingginya tingkat kehadiran sesi pengobatan. Peningkatan kesiapan untuk menjalani manajemen diri selama pengobatan akan dikaitkan dengan hasil yang lebih baik setelah pengobatan. Peningkatan kesiapan untuk menjalani manajemen diri pada saat keputusan pengobatan secara signifikan akan memprediksi pemeliharaan manfaat pengobatan pada tindak lanjut. Kelompok kontrol sedikit mengalami kemajuan, lebih rendah tingkat kehadiran sesi pengobatan, lebih rendah tingkat kepatuhan terhadap rekomendasi terapi.

4. Surve Brian J. Fertig; David A. Simmons; and Donald B. Martin, (1994), *Therapy for Diabetes*, mengungkapkan terapi yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus di Amerika antara lain adalah diet makanan, konsumsi obat oral, suntik insulin, psikoedukasi diabetes mellitus, mengontrol kadar gula darah secara rutin, transplantasi pancreas.

Penelitian ini menggunakan *rational emotive behavior therapy* yang diterapkan sebagai upaya peningkatan kualitas hidup penderita diabetes mellitus.

Terapi *rational emotive behavior* adalah terapi konseling yang digunakan untuk memmanajemen masalah maladaptive, yang memfokuskan pada keyakinan irasional yang memunculkan emosi negative, dan dengan terapi ini akan digantikan dengan hal yang rasional dan produktif dengan harapan akan merubah kebiasaan individu (Egbochuku, 2007) .

Froggatt (2005) mengungkapkan *rational emotive behavior therapy* dapat diaplikasikan sebagai terapi baik dalam kasus klinis maupun non klinis. Kasus klinis yang terbukti efektif menggunakan metode REBT antara lain kasus depresi dalam penelitiannya Garzon (2005) yang berjudul *Interventions that apply scripture in psychotherapy*, gangguan kecemasan penelitian Egbochuku (2008) *efficacy of rational-emotive behaviour therapy on the reduction of test anxiety among adolescents in secondary schools*, manajemen stres (Bhonsle, 2004) dalam penelitiannya *the myth of the 'superwoman': stress management for the Indian woman*, gangguan tingkah laku anak dan remaja, *cople therapy*, masalah keluarga dalam penelitian Nasir (2009) *an application of rational emotive behavior therapy in group counseling: a case study on adolescents whose parents were divorced*, kemudian kasus *obsessive compulsive, agoraphobia*, gangguan kecemasan menyeluruh, *posttraumatic stress disorder, eating disorders*, kecanduan, *anger management*, antisosial, gangguan kepribadian, *sexual abuse*, proses pemulihan penyakit kronis, *mental disorder, pain management*.

Terkait dengan efektifitas aplikasi REBT sebagai treatment penyakit kronis yaitu penelitian Alizadeh (2011), *Effect of rational-emotive behavioral therapy on resilience and mental health in HIV-positive women who have high risk sexual behaviors and use drugs*. Penelitian ini melibatkan 60 wanita yang memiliki

perilaku berisiko tinggi (rata-rata adalah 32 tahun) di provinsi Teheran Iran yang merujuk ke *Noore Sepide Hedayat Harm Reduction Institute*. Penelitian ini mengungkapkan REBT dapat diaplikasikan untuk perempuan HIV-positif yang memiliki perilaku risiko tinggi seksual dan menggunakan obat-obatan. Terapi tersebut untuk meningkatkan ketahanan mereka dan tingkat kesehatan mental sebagai upaya meningkatkan kualitas hidup positif yang tinggi bagi mereka.

Efektifitas *rational emotive behavior therapy* pada pasien diabetes mellitus hingga saat ini penulis belum menemukan. REBT telah dipraktikan sendiri oleh Ellis baik pada dirinya sendiri maupun kliennya yang mengalami diabetes mellitus (Ellis, 1997). Dalam artikel *using rational emotive behavior therapy techniques to cope with disability* yang ditulisnya mengungkapkan, REBT yang dapat membantunya hidup bersahabat dengan diabetes sejak usia 40 tahun. Ellis juga mengungkapkan jika REBT dapat dikenakan pada klien – klien yang memiliki keterbatasan lain, atau cacat fisik. Ellis juga telah menerapkan terapinya tersebut pada klien yang mengalami cacat fisik. Ellis dalam terapinya mencoba untuk mengajarkan mereka bahwa mereka memiliki kemampuan untuk konsisten dan sangat meyakinkan diri bahwa tidak ada yang sangat mengerikan, bahwa tidak ada manusia yang tidak berharga, dan bahwa mereka dapat praktis selalu menemukan beberapa kenikmatan yang nyata dalam hidup mereka dalam kondisi apapun (Ellis, 1997). Ellis juga menunjukkan kepada klien bagaimana dirinya bertahan cukup dengan baik dengan berbagai kesulitan, keterbatasan yang dimilikinya, dengan fisik yang masih dapat menjadi energik dan relatif sehat. Ellis mengungkapkan beberapa waktunya yang digunakan untuk manajemen diri, dan disiplin yang digunakan dalam kehidupannya sendiri. Ellis ingin menunjukkan bahwa dirinya tidak hanya merancang beberapa filosofi yang

masuk akal untuk orang cacat, namun dirinya benar-benar menerapkannya dalam pekerjaan, kehidupan pribadinya sendiri.

Rational emotive behavior therapy ini menggunakan tiga teknik, yaitu teknik *cognitive* untuk mengganti keyakinan irrasional dengan keyakinan yang rasional dengan mencari bukti nyata, teknik *emotive* untuk mengganti emosi negatif dengan emosi yang positif, dan teknik *behavior* untuk mengganti perilaku maladaptive dengan perilaku adaptive (Ellis, 2003)

Dengan adanya pemberian terapi rational emotive behavior klien dapat mengubah keyakinan irrasionalnya dengan keyakinan rasional, memiliki tingkahlaku yang sesuai yang adaptive, dapat mengikuti petunjuk dokter, menerima keadaan diri, dan dapat melakukan *self monitoring* terkait penyakit diabetes mellitus yang semuanya akan memberikan dampak positif bagi kesehatan klien. Jika hal tersebut dapat terlaksana diharapkan akan meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes mellitus.

Konsekuensi dari penyakit kronis pada diri individu memunculkan reaksi seperti shock yang ditunjukkan dengan seolah – olah akan pingsan atau merasa bingung, adanya reaksi otomatis yang ditunjukkan, adanya perasaan ingin melepaskan diri dari situasi yang terjadi (lari dari masalah, tidak mau menerima kenyataan). *Encounter* adalah bentuk reaksi lainnya yang muncul karena adanya ketidakselarasan antara pikiran dan perasaan kehilangan, tidak berdaya, sedih, putus asa, merasa kewalahan terhadap situasi yang terjadi, serta *retreat* sebagai keadaan dari adanya strategi pengalihan yang cenderung dilakukan oleh individu yang didiagnosis penyakit kronis (Safarino, 1997).

Terkait dengan ajaran Islam sebagai manusia hendaknya selalu kembali pada Allah SWT. atas apapun yang menimpa pada diri kita sebagai makhluk

ciptaan Nya. Keresahan, kegelisahan, dan ketakutan sebenarnya adalah nikmat dan karunia dari Allah bagi orang beriman. Artinya, keresahan yang tengah menggerogoti hati kita menunjukkan bukti kasih sayang Allah kepada kita. Dalam firman-Nya. "Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan, Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar (yaitu) orang-orang yang apabila ditimpa musibah, mereka mengucapkan: "Inna lillahi wa innaa ilahi Raaji'un." (QS. Al-Baqarah[2]:155-156). Sejalan dengan ayat di atas Allah pun mengingatkan dalam Al-Quran surat Al-Anbiya ayat 35. "Kami akan menguji kamu dengan keburukan dan kebajikan sebagai suatu ujian dan kepada Kami kamu akan dikembalikan." Dari kedua ayat di atas, terdapat suatu gambaran, selama hidup tidak akan lepas dari berbagai ujian dan cobaan. Adapun bentuk ujian dan cobaan itu antara lain, kecemasan, kegelisahan serta ketakutan. Dalam ajaran Islam salah satu cara mengatasi hal tersebut dengan meningkatkan dzikrullah. Allah berfirman dalam Al-Quran surat Ar-Rad ayat 28, "(yaitu) Orang-orang yang beriman, dan mereka meenjadi tenang dengan mengingat Allah." Manusia yang kurang berdzikir kepada Allah akan banyak mengalami kesulitan dan keresahan. Selain itu, akan menimbulkan kekerasan hati (*qaswatul qalb*). Cara lain adalah dengan *husnudzon*, berpikir positif, optimis dan membuang buruk sangkaan (*su'udzon*). "Berprasangka baiklah (*husnudzon*-lah) engkau terhadap segala yang telah Kuhadirkan dalam hidupmu. Jangan mengeluh dan jangan kesal, jangan menggerutu. Sebab kesedihan-kesedihanmu, kesusahan-kesusahanmu, adalah juga tanda kasihKu kepadamu. Maka, manakah rasa syukurmu itu?"

Sabar dan syukur adalah pasangan yang tak bisa dan tak akan pernah bisa dipisahkan. Sabar dan syukur adalah bentuk *husnudzon* kepada Allah SWT. Hanya dengan (selalu) berhusnudzon terhadap segalanya yang telah Dia hadirkan dengan sengaja ke dalam kehidupan inilah, maka butir-butir pelajaran yang ingin Dia sampaikan dan ajarkan akan dapat ditemukan dan dipahami.

B. Tujuan dan Manfaat

1. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui secara empirik efektivitas *rational emotive behavior therapy* dalam meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes mellitus dengan harapan pasien diabetes mellitus dapat mengelola diabetes mellitus dan hidup lebih baik.

2. Manfaat Penelitian

- a. Manfaat secara teori dari penelitian ini adalah menambah khasanah penelitian dalam bidang psikologi klinis, khususnya masalah kualitas hidup penderita diabetes mellitus dan *rational emotive behavior therapy*.
- b. Manfaat praktis dari penelitian ini adalah jika terapi *rational emotive behavior* mengakibatkan munculnya perasaan positif, maka cara ini akan digunakan sebagai salah satu metode untuk mengatasi penurunan kualitas hidup. Selain bermanfaat bagi penderita diabetes khususnya, secara umum terapi ini juga berguna bagi siapa saja yang menginginkan munculnya perasaan positif sebagai pengganti adanya perasaan negatif (sedih).

C. Keaslian Penelitian

Penelitian terkait kualitas hidup telah banyak dilakukan baik di dalam maupun di luar negeri. Goodridge (2005), dalam penelitiannya *Health-*

Related Quality of Life in Diabetic Patients With Foot Ulcers, mengungkapkan jika penderita diabetes memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan orang lain, termasuk di dalamnya terkait komplikasi diabetes dan kaki yang luka, membusuk dan bernanah. Dalam studi kualitatif penderita diabetes yang mengalami luka dan pembusukan pada kakinya akan menghambat aktivitas dan mobilitas. Selain itu juga menyebabkan muncul efek negatif baik secara psikologis maupun sosial, adanya tekanan dalam keluarga, masalah pekerjaan dan keuangan. Dalam penelitian ini menggunakan support therapy baik bagi penderita maupun keluarga.

Penelitian lain tentang kualitas hidup adalah penelitian Priambodo (2007), Kualitas Hidup Pasien yang Menjalani Pemasangan Soma Usus di Kota Bandung. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kualitas hidup, persepsi terhadap kesehatan umum, dan menguji perbedaan antara kualitas hidup pasien-pasien yang dilakukan pemasangan soma usus berdasarkan karakteristik demografi tertentu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar subjek (77,4%) mempersepsikan tingkat kualitas hidupnya dari rentang sangat kurang sampai cukup dan untuk kesehatan umum pun sebagian besar (83,1%) menganggap sangat tidak puas sampai cukup puas. Kepuasan terhadap dukungan dari teman merupakan item kualitas hidup yang paling tinggi menurut responden, diikuti dengan kepuasan dengan kondisi tempat tinggal, kepuasan terhadap bantuan kesehatan, makna hidup, dan menikmati hidup. Sedangkan kepuasan terhadap hubungan seksual merupakan skor terendah diikuti oleh item kemampuan untuk berjalan atau berpergian, kemampuan untuk bekerja, kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada

skor total kualitas hidup subjek berdasarkan kelompok usia, pendidikan, pekerjaan, lamanya menjalani soma, jenis kelamin, dan masalah kesehatan yang menyertai. Implikasi dari penelitian ini menyarankan bahwa perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan perlu menyadari dan memperhatikan dengan baik aspek-aspek kualitas hidup pasien yang menjalani terapi pemasangan soma. Penelitian ini menggunakan metode konseling.

Selain itu penelitian Grigg, dkk (2004), *Comparing Self Rated Health, statifaction And Quality Of Life Score Between Diabetics And Other Living In Bella Coola Velley*, mengungkapkan penderita diabetes memiliki kesehatan yang lebih buruk dari pada orang lain, serta mempunyai kepuasan terhadap kehidupannya yang rendah. Penelitian ini menyebutkan kualitas penderita diabetes lebih rendah dari pada orang yang tidak menderita diabetes mellitus.

Penelitian Sharma (2008) dengan subjek penderita gangguan jiwa di Mongolia, *Psychosocial Rehabilitation Treatment Method Leading To Improvement In Quality Of Life And Reduction Of Disability In Psychiatric Patients*, menyatakan bahwa metode pengobatan psikososial menyebabkan pengurangan cacat di jiwa pasien dan peningkatan kualitas hidup. Metode pengobatan utama yang diberikan adalah pelatihan kejuruan, terapi kognitif, psikoedukasi, *life skills training, psychoeducation*, relaksasi dan meditasi metode tersebut dapat meningkatkan kemampuan kognitif, perawatan diri, peningkatan klinis kegiatan hidup sehari-hari, dan pekerjaan dan keterampilan. Hal – hal tersebut digunakan untuk mengidentifikasi kualitas hidup baik fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial maupun lingkungan.

Dari beberapa penelitian di atas tentunya terdapat perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti. Perbedaan tersebut antara lain :

1. Keaslian topik

Penelitian yang akan dilakukan peneliti memiliki topik yang berbeda yaitu *rational emotive behavior therapy* untuk meningkatkan kualitas hidup pada penderita diabetes millitus.

2. Keaslian intervensi

Peneliti melakukan modifikasi dari modul intervensi David (2008) *REBT Depression Manual; Managing Depression Using Rational Emotive Behavior Therapy* dan Modul *Anger Managemen* dari Monica Freedman (*Center for School Mental Health at the University of Maryland*). Teknik kognitif dalam modul ini diambil dari *Anger Managemen*, sedangkan teknik emotif diambil dari *Depression Manual; Managing Depression Using Rational Emotive Behavior Therapy*. Dan untuk teknik *behavior* peneliti menggunakan modifikasi perilaku terkait aspek diet diabetes, relaksasi, pikiran negatif, intake obat dan olahraga. Kegiatan tersebut selama penelitian berlangsung akan dimonitoring oleh terapis dengan metode *functional behavior analisis*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut WHOQL BREF (1996), kualitas hidup adalah persepsi individu terkait posisinya dalam hidup, konteks budaya dan sistem nilai yang berkembang terkait tujuan, pengharapan, standart dan perhatian.

Menurut Buschak (2004), kualitas hidup adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan subjek yang terkait nilai nilai, yang diukur dengan multidimensional.

Menurut Donegan (2007), kualitas hidup adalah hal yang melekat pada diri seseorang terkait kesehatan, *psychological well being*, relasi sosial, aktivitas, rumah dan tetangga (*home and enviroment*), *financial*, *spiritualitas*. Donegan (2007) juga mengungkapkan jika individu yang sakit dan yang sehat memiliki kualitas hidup yang berbeda.

Kualitas hidup, menurut Apolore, adalah persepsi posisi individu dalam hidup, konteks budaya dan sistem nilai yang berkembang terkait tujuan, pengharapan, standart dan perhatian hal yang melekat pada diri seseorang tersebut antara lain kesehatan, *psychological well being*, relasi sosial, aktivitas, rumah dan tetangga (*home and enviorement*), *financial*, *spiritualitas* (Rampel, 2002).

Kualitas hidup hal – hal yang terdapat pada individu (*health related quality of life/HRQOL*) meliputi aspek fisik, psikologis, dan sosial, dari bidang kesehatan yang dipengaruhi oleh pengalaman pribadi seseorang kepercayaan, harapan

serta persepsi (yang secara kolektif disebut dengan persepsi sehat/ *perception of health*) sehubungan dengan penyakit tertentu dan atau pengobatan menurut Wildes (2003).

Penulis dapat menyimpulkan kualitas hidup adalah persepsi individu terkait dengan posisinya dalam hidup baik dalam konteks budaya, sistem nilai yang berkembang menyangkut tujuan pengharapan standart, perhatian yang aspeknya meliputi fisik, psikologis, sosial, dari bidang kesehatan yang dipengaruhi oleh pengalaman pribadi seseorang, kepercayaan (spiritualitas) harapan serta persepsi (yang secara kolektif disebut dengan persepsi sehat/ *perception of health*) sehubungan dengan penyakit tertentu dan atau pengobatan.

2. Indikator

Indikator kualitas hidup menurut WHOQL BREF (1996) terdiri dari lima indikator, yaitu sebagai berikut :

a. Kesehatan fisik

Mencakup kemampuan dalam beraktivitas sehari hari, ketergantungan dengan obat, energi dan kelelahan, tidur dan istirahat, mobilitas, kapasitas atau kemampuan kerja, sakit dan ketidaknyamanan.

b. Psikologis

Terdiri dari image diri, perasaan negatif, perasaan positif, spiritualitas, kognitif (berfikir, ingatan, belajar, konsentrasi), harga diri.

c. Hubungan sosial

Terkait dengan hubungan interpersonal, dukungan sosial, aktivitas seksual.

d. Lingkungan

Mencakup keuangan, kebebasan dan kenyamanan fisik, kesehatan dan kepedulian sosial dari orang lain thdap dirinya, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan informasi dan keahlian, lingkungan fisik (kebisingan, polusi, lalu lintas, iklim).

Menurut Bushchak (2004), indikator kualitas hidup antara lain :

a. Situasi ekonomi

Terkait dengan kondisi keuangan dan level ekonomi

b. Perumahan dan lingkungan sekitar

Status Penguasaan merupakan indikasi sumber daya materi dan jangka panjang keamanan. Perumahan kondisi dan lingkungan sekitar sama pentingnya dalam membentuk kualitas hidup.

c. Pekerjaan, pendidikan dan keterampilan

Pekerjaan berkualitas sangat penting untuk melindungi individu dan rumah tangga dari kemiskinan. Kehilangan pekerjaan, cara mempertahankan pekerjaan, level pekerjaan, level pendidikan.

d. Rumah Tangga (struktur dan hubungan keluarga)

Keluarga berperan besar untuk merasakan seseorang dari kesejahteraan dan rasa keamanan dan milik. pola yang berbeda untuk pria dan wanita mungkin dilihat dalam rumah tangga dan keluarga sebagai gender Pembagian kerja masih mengatur tanggung jawab utama untuk pekerjaan rumah tangga dan perawatan keluarga.

e. *work – life balance*

Adanya kesetaraan gender. Tujuan mendamaikan keluarga dengan pembagian kerja bukan hanya oleh perempuan tetapi juga oleh laki-laki.

Oleh karena itu mencapai kehidupan yang lebih baik bekerja keseimbangan harus dilakukan dalam konteks baru.

f. Kesehatan dan perawatan kesehatan

Baik kesehatan tidak hanya penting bagi rasa kesejahteraan namun juga bagaimana kondisi kesehatannya dan pemeliharannya.

g. Kesejahteraan subyektif

Level kepuasan dan kebahagiaan, motivasi untuk kepuasan dan ketidakpuasan, pengharapan tentang masa depan, optimis dengan masa depan dengan kelompoknya,

h. Hubungan sosial

Kualitas hidup dapat dikaitkan dengan cara menarik sebuah masyarakat yang tinggal dan tingkat kepercayaan warga. bagaimana hubungan sosialnya.

Menurut Fahay, dkk (2003) menyatakan bahwa indikator kualitas hidup meliputi :

- a. Pekerjaan
- b. Ekonomi
- c. Keluarga
- d. Komunitas hidup dan partisipasi sosialnya
- e. Kesehatan dan pemeliharannya
- f. Ilmu pengetahuan, pendidikan, dan pelatihan.

WHO mendefinisikan sehat tidak hanya terbebasnya seseorang dari penyakit dan kelemahan tetapi juga meliputi kesehatan maupun kenyamanan fisik, mental, dan sosial. Isu kualitas hidup menjadi lebih penting dalam pelayanan kesehatan dan penelitian (Testa & Simonson, 1996). WHO

mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang keberadaannya di kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana dia hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan, harapan, norma-norma, dan perhatiannya. Jadi merupakan konsep dengan skala luas, meliputi berbagai sisi kehidupan seseorang baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi, dan hubungan social untuk berinteraksi dengan lingkungannya (WHOQOL, 1996). Definisi ini merefleksikan pandangan bahwa kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif, yang tertanam dalam konteks kultural, sosial dan lingkungan. Kualitas hidup tidak dapat disederhanakan dan disamakan dengan status kesehatan, gaya hidup, kenyamanan hidup, status mental, dan rasa nyaman.

Kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan (*health related quality of life/HRQOL*) meliputi aspek fisik, psikologis, dan sosial, dari bidang kesehatan yang dipengaruhi oleh pengalaman pribadi seseorang kepercayaan, harapan serta persepsi (yang secara kolektif disebut dengan persepsi sehat/ *perception of health*). Tiap tiap bidang dapat diukur melalui dua dimensi yaitu penilaian secara objektif terhadap fungsi atau status kesehatan, dan persepsi kesehatan subjektif (Tasta & simonson, 1996). Beberapa variabel demografi dilaporkan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien diabetes. Laki laki dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik daibandingkan wanita, demikian juga usia yang lebih muda dan orang dengan pendidikan yang lebih tinggi dan pendapatan lebih banyak secara umum mempunyai kualitas hidup yang lebih baik (Rubin, 2000).

Kualitas hidup dipengaruhi oleh tipe dan jumlah penyakit penyerta sekunder, serta frekuensi komplikasi metabolik yang muncul. Walaupun demikian karakteristik hubungan interpersonal juga mempengaruhi kualitas hidup. Hal serupa juga dapat dilihat pada pasien diabetes dengan predisposisi kepribadian

yang secara signifikan lebih mempengaruhi kualitas hidupnya dibandingkan dengan penyakit lainnya (Hanninen et al., 1999).

Indikator-indikator kualitas hidup dalam penelitian ini merujuk indikator kualitas hidup yang terdapat pada skala kualitas hidup Diabetes Quality Of Life Clinical Trial Questioner – Revised (DQOLCTQ-R), yang dikembangkan oleh United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) meliputi 8 domain yaitu : (1) Fungsi fisik (*physical function*), (2) Energi (*energy/fatigue*), (3) Kesehatan (*health distress*), (4) Kesehatan mental (*mental health*), (5) Kepuasan pribadi (*satisfaction*), (6) Kepuasan pengobatan (*treatment flexibility*), (7) Gejala penyakit (*frequency of symptoms*). Skor keseluruhan adalah antara 0 (kualitas hidup terendah) sampai 700 (kualitas hidup tertinggi), skor yang lebih tinggi menandakan suatu status kesehatan yang lebih baik (Shen et al., 1999).

B. Diabetes Mellitus

1. Definisi Diabetes Mellitus

Menurut PERKENI (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2006), diabetes mellitus adalah suatu penyakit di mana kadar glukosa (gula sederhana) di dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara cukup. Insulin adalah hormon yang dilepaskan oleh pankreas, yang bertanggungjawab dalam mempertahankan kadar gula darah yang normal. Insulin memasukkan gula ke dalam sel sehingga bisa menghasilkan energi atau disimpan sebagai cadangan energi. Jika sudah mengidap penyakit ini penderita secara fisik dan psikisnya merasa terganggu.

Diabetes (kencing manis) adalah penyakit di mana tubuh penderitanya tidak bisa mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darahnya. Jadi penderita

mengalami gangguan metabolisme dari distribusi gula oleh tubuh sehingga tubuh tidak bisa memproduksi insulin secara efektif. Akibatnya, terjadi kelebihan gula di dalam darah sehingga menjadi racun bagi tubuh. Sebagian glukosa yang tertahan dalam darah tersebut melimpah ke sistem urin. Ditinjau dari segi ilmiah, diabetes mellitus merupakan penyakit kelainan metabolik glukosa (molekul gula paling sederhana yang merupakan hasil pemecahan karbohidrat) akibat defisiensi atau penurunan efektifitas insulin. Kurangnya sekresi insulin menyebabkan kadar glukosa darah meningkat dan melebihi batas normal jumlah glukosa yang seharusnya ada dalam darah. Kelebihan gula dalam darah tersebut dibuang melalui urin.

2. Gejala dan Tanda-tanda Awal

Adanya penyakit diabetes ini pada awalnya seringkali tidak dirasakan dari tidak disadari oleh penderita. Beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian antara lain adalah :

a. Penurunan berat badan

Penurunan berat badan yang berlangsung dalam waktu relatif singkat harus menimbulkan kecurigaan. Hal ini disebabkan glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot. Akibatnya penderita kehilangan jaringan lemak dan otot sehingga menjadi kurus.

b. Banyak kencing

Karena sifatnya, kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan banyak kencing. Kencing yang sering dan dalam jumlah banyak akan sangat mengganggu penderita, terutama pada waktu malam hari.

c. Banyak minum

Rasa haus sering dialami oleh penderita karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing. Keadaan ini justru sering disalahtafsirkan. Dikira sebab rasa haus ialah udara yang panas atau beban kerja yang berat. Untuk menghilangkan rasa haus itu penderita minum banyak.

d. Banyak makan

Kalori dari makanan yang dimakan, setelah dimetabolisme menjadi glukosa dalam darah tidak seluruhnya dapat dimanfaatkan, penderita selalu merasa lapar.

Keluhan lain yang juga sering dialami oleh para penderita antara lain adalah :

a. Gangguan saraf tepi / Kesemutan

Penderita mengeluh rasa sakit atau kesemutan terutama pada kaki di waktu malam, sehingga mengganggu tidur.

b. Gangguan penglihatan

Pada fase awal penyakit diabetes sering dijumpai gangguan penglihatan yang mendorong penderita untuk mengganti kacamatanya berulang kali agar ia tetap dapat melihat dengan baik.

c. Gatal / Bisul

Kelainan kulit berupa gatal, biasanya terjadi di daerah kemaluan atau daerah lipatan kulit seperti ketiak dan di bawah payudara. Sering pula dikeluhkan timbulnya bisul dan luka yang lama sembuhnya. Luka ini dapat

timbul akibat hal yang sepele seperti luka lecet karena sepatu atau tertusuk peniti.

d. Gangguan Ereksi

Gangguan ereksi ini menjadi masalah tersembunyi karena sering tidak secara terus terang dikemukakan penderitanya. Hal ini terkait dengan budaya masyarakat yang masih merasa tabu membicarakan masalah seks, apalagi menyangkut kemampuan atau kejantanan seseorang.

e. Keputihan

Pada wanita, keputihan dan gatal merupakan keluhan yang sering ditemukan dan kadang-kadang merupakan satu-satunya gejala yang dirasakan.

3. Faktor Penyebab

Menurut Snoek (2000), penyakit diabetes mellitus dapat disebabkan oleh beberapa hal :

a. Pola Makan

Pola makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya diabetes mellitus. Hal ini disebabkan jumlah atau kadar insulin oleh sel β pankreas mempunyai kapasitas maksimum untuk disekresikan.

b. Obesitas

Orang yang gemuk dengan berat badan melebihi 90 kg mempunyai kecenderungan yang lebih besar untuk terserang diabetes mellitus dibandingkan dengan orang yang tidak gemuk.

c. Faktor genetik

Seorang anak dapat diwarisi gen penyebab diabetes mellitus orang tua. Biasanya, seseorang yang menderita diabetes mellitus mempunyai anggota keluarga yang juga terkena.

d. Bahan-bahan kimia dan obat-obatan

Bahan kimiawi tertentu dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas. Peradangan pada pankreas dapat menyebabkan pankreas tidak berfungsi secara optimal dalam mensekresikan hormon yang diperlukan untuk metabolisme dalam tubuh, termasuk hormon insulin.

e. Penyakit dan infeksi pada pankreas

Mikroorganisme seperti bakteri dan virus dapat menginfeksi pankreas sehingga menimbulkan radang pankreas. Hal itu menyebabkan sel β pada pancreas tidak bekerja secara optimal dalam mensekresi insulin.

4. Klasifikasi

Berdasarkan klasifikasi American Diabetes Association / World Health Organization (ADA/WHO), diabetes mellitus diklasifikasikan menjadi empat tipe berdasarkan penyebab dan proses penyakitnya.

a. Diabetes mellitus tipe 1 (Insulin Dependent Diabetes Mellitus)

Pada tipe I, sel pankreas yang menghasilkan insulin mengalami kerusakan. Akibatnya, sel-sel β pada pankreas tidak dapat mensekresi insulin atau jika dapat mensekresi insulin, hanya dalam jumlah kecil. Akibat sel-sel β tidak dapat membentuk insulin maka penderita tipe I ini selalu tergantung pada insulin. Tipe ini paling banyak menyerang orang muda di bawah umur 30 tahun. Namun, kadang-kadang tipe ini juga dapat menyerang segala umur.

Dari hasil penelitian, persentase penderita diabetes mellitus tipe 1 sebesar 10-20%, sedangkan penderita diabetes mellitus tipe II sebesar 80-90%.

b. Diabetes Mellitus tipe II (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus)

Pada tipe II, sel-sel β pankreas tidak rusak, walaupun mungkin hanya terdapat sedikit yang normal sehingga masih bisa mensekresi insulin, tetapi dalam jumlah kecil sehingga tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Biasanya, penderita tipe ini adalah orang dewasa gemuk diatas 40 tahun, tetapi kadang-kadang juga menyerang segala umur. Tipe II merupakan kondisi yang diwariskan (diturunkan). Biasanya, penderitanya mempunyai anggota keluarga yang juga terkena. Sifat dari gen yang menyebabkan diabetes tipe ini belum diketahui. Gejala diabetes tipe II lebih bertingkat dan tidak muncul selama bertahun-tahun setela serangan penyakit. Pengobatan kebanyakan dilakukan dengan pola makan khusus dan olahraga.

c. Diabetes mellitus saat kehamilan

Diabetes mellitus saat kehamilan merupakan istilah yang digunakan untuk wanita yang menderita diabetes selama kehamilan dan kembali normal setelah melahirkan. Banyak wanita yang mengalami diabetes kehamilan kembali normal saat *postpartum* (setelah kelahiran), tetapi pada beberapa wanita tidak demikian.

d. Diabetes tipe spesifik lain

Tipe ini disebabkan oleh berbagai kelainan genetik spesifik (kerusakan genetik sel β pankreas dan kerja insulin), penyakit pada pankreas, obat-obatan, bahan kimia, infeksi, dan lain-lain.

5. Komplikasi Diabetes Mellitus

Komplikasi-komplikasi diabetes mellitus antara lain:

- a. Komplikasi Akut merupakan keadaan gawat darurat yang terjadi pada perjalanan penyakit diabetes mellitus. Menurut Subekti (2004), komplikasi akut dapat dibedakan menjadi 2 yaitu:

- 1). Hipoglikemia

Suatu keadaan klinik gangguan saraf yang disebabkan penurunan glukosa darah. Gejala ini dapat ringan berupa koma dengan kejang.

- 2). Ketoasidosis Diabetik

Merupakan defisiensi insulin berat dan akut dari suatu perjalanan penyakit diabetes mellitus.

- b. Komplikasi Kronik merupakan komplikasi yang terjadi dalam waktu yang lama. Menurut Waspadji (2004), komplikasi kronik dibagi menjadi :

- 1). Mikrovaskuler

- a) Ginjal

Mengalami kegagalan ginjal karena fungsi ginjal makin menurun ditandai sembab muka, tekanan darah tinggi dan pucat.

- b) Retina mata

Mengalami kebutaan atau pengurangan penglihatan karena terjadi kelainan yang timbul pada retina akibat proses retinopati diabetik menyebabkan lensa, saraf, otot, selaput pembuluh darah mata dapat terganggu fungsinya.

- 2). Makrovaskuler

- a) Jantung koroner atau penyakit jantung arteriosklerotik karena otot jantung kurang mendapatkan darah (makanan) dari pembuluh darah jantung.
- b) Pembuluh darah kaki karena penyempitan hingga penutupan pembuluh darah sehingga terjadi berkurangnya sampai berhentinya peredaran darah didalam tungkai dan kaki menyebabkan kematian jaringan tungkai dan kaki dihilir pembuluh darah tersebut.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes mellitus dapat dilakukan dengan cara pengelolaan yang baik. Tujuan pengelolaan secara umum menurut Perkeni (2002) adalah meningkatkannya kualitas hidup penderita diabetes. Penatalaksanaan dikenal dengan empat pilar utama pengelolaan diabetes mellitus, yang meliputi :

a. Edukasi

Diabetes mellitus umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan kokoh. Keberhasilan pengelolaan diabetes mandiri membutuhkan partisipasi aktif penderita, keluarga dan masyarakat. Tim kesehatan harus mendampingi penderita dalam menuju perubahan perilaku. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perilaku, dibutuhkan edukasi yang komprehensif pengembangan ketrampilan dan motivasi. Edukasi secara individual dan pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil. Perubahan perilaku hampir sama dengan proses edukasi yang memerlukan penilaian, perencanaan, implementasi, dokumentasi dan evaluasi. Diabetes Tipe 2 biasa terjadi pada usia dewasa, suatu periode dimana telah terbentuk kokoh pola gaya hidup dan perilaku.

Pengelolaan mandiri diabetes secara optimal membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam merubah perilaku yang tidak sehat. Tim kesehatan harus mendampingi pasien dalam perubahan perilaku tersebut, yang berlangsung seumur hidup. Keberhasilan dalam mencapai perubahan perilaku, membutuhkan edukasi, pengembangan keterampilan (*skill*), dan motivasi yang berkenaan dengan (Perkeni, 2006):

- 1) Makan makanan sehat, melakukan kegiatan jasmani secara teratur.
- 2) Menggunakan obat diabetes secara aman, teratur, dan pada waktu – waktu yang spesifik.
- 3) Melakukan pemantauan gula darah mandiri dan memanfaatkan berbagai informasi yang ada.
- 4) Melakukan perawatan kaki secara berkala
- 5) Mengelola diabetes dengan tepat.
- 6) Mengembangkan system pendukung dan mengajarkan ketrampilan.
- 7) Dapat mempergunakan fasilitas perawatan kesehatan.

b. Perencanaan makan

Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat, protein, lemak, sesuai dengan kecukupan gizi baik, yaitu karbohidrat (60 – 70%), protein (10 – 15%), lemak (20 – 25 %). Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress akut, dan kegiatan jasmani untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal. Jumlah kalori yang diperlukan dihitung dari berat badan ideal dikali kebutuhan kalori basal (30 Kkal/kg BB untuk laki-laki dan 25 Kkal/kg BB untuk wanita). Kemudian ditambah dengan kebutuhan kalori untuk aktivitas, koreksi status gizi,

dan kalori yang diperlukan untuk menghadapi stres akut sesuai dengan kebutuhan. Tujuan diet diabetes mellitus menurut Pranadji (1997), adalah membantu diabetesi atau penderita diabetes memperbaiki kebiasaan gizi dan olah raga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik, serta beberapa tujuan khusus yaitu:

- 1) Memperbaiki kesehatan umum penderita.
- 2) Memberikan jumlah energi yang cukup untuk memelihara berat badan ideal atau normal.
- 3) Memberikan sejumlah zat gizi yang cukup untuk memelihara tingkat kesehatan yang optimal dan aktivitas normal.
- 4) Menormalkan pertumbuhan anak yang menderita diabetes.
- 5) Mempertahankan kadar gula darah sekitar normal.
- 6) Menekan atau menunda timbulnya penyakit angiopati diabetik.
- 7) Memberikan modifikasi diet sesuai dengan keadaan penderita, misalnya sedang hamil, mempunyai penyakit hati, atau tuber kolosis paru.
- 8) Menarik dan mudah diterima penderita.

Pada dasarnya kebutuhan kalori pada diabetes tidak berbeda dengan non diabetes yaitu harus dapat memenuhi kebutuhan untuk aktifitas baik fisik maupun psikis dan untuk mempertahankan berat badan supaya mendekati ideal. Ahli gizi lain, dr. Andry Hartono D.A. Nutr., dari RS Panti Rapih, Yogyakarta menyarankan pola 3J: yakni jumlah kalori, jadwal makan, dan jenis makanan. Pada pelaksanaan diet diabetes sehari-hari hendaknya diikuti pedoman 3J yang artinya: (1) jumlah kalori yang diberikan harus habis; (2) jadwal diet harus diikuti sesuai dengan intervalnya, yaitu tiga jam; (3) jenis makanan yang manis-manis harus dihindari. Dalam mengatur makanan sehari-hari digunakan standar

makanan yang telah disusun khusus bagi diabetes berdasarkan kebutuhan standar diet diabetes. Standar diet diabetes adalah table jumlah kebutuhan maksimum kebutuhan kalori dalam bentuk penukar makanan. Daftar bahan makanan penukar adalah suatu daftar nama bahan makanan dengan ukuran tertentu dan dikelompokkan berdasarkan kandungan kalori, protein, lemak dan hidrat arang. Untuk mempermudah kebutuhan makanan sehari hari diberikan dalam ukuran penukar sehingga pasien diabetes dapat menyusun menu yang bervariasi dan dapat disesuaikan dengan pola makan (Tjokroprawiro, 1999).

Bagi penderita yang tidak mempunyai masalah dengan berat badan tentu lebih mudah untuk menghitung jumlah kalori sehari-hari. Caranya, berat badan dikalikan 30. Misalnya, orang dengan berat badan 50 kg, maka kebutuhan kalori dalam sehari adalah 1.500 (50 x 30). Kalau yang bersangkutan menjalankan olahraga, kebutuhan kalorinya pada hari berolahraga ditambah sekitar 300-an kalori. Jadwal makan pengidap diabetes dianjurkan lebih sering dengan porsi sedang. Maksudnya agar jumlah kalori merata sepanjang hari. Tujuan akhirnya agar beban kerja tubuh tidak terlampau berat dan produksi kelenjar ludah perut tidak terlalu mendadak. Di samping jadwal makan utama pagi, siang, dan malam, dianjurkan juga porsi makanan ringan di sela-sela waktu tersebut (selang waktu sekitar tiga jam). Yang perlu dibatasi adalah makanan berkalori tinggi seperti nasi, daging berlemak, jeroan, kuning telur. Juga makanan berlemak tinggi seperti es krim, ham, sosis, cake, coklat, dendeng, makanan gorengan. Sayuran berwarna hijau gelap dan jingga seperti wortel, buncis, bayam, caisim bisa dikonsumsi dalam jumlah lebih banyak, begitu pula dengan buah-buahan segar. Namun perlu diperhatikan bila penderita menderita gangguan ginjal, konsumsi sayur-sayuran hijau dan

makanan berprotein tinggi harus dibatasi agar tidak terlalu membebani kerja ginjal (Intisari, 1999).

Menurut Perkeni (2002) faktor – faktor kebutuhan kalori bagi penderita diabetes millitus tergantung jenis kelamin, usia, aktifitas, berat badan. Secara etai sebagai berikut :

- 1) Kebutuhan kalori untuk perempuan adalah berat badan, BB x 25 kkal/kg, sedangkan untuk laki – laki adalah berat badan, BB x 30 kkal/kg.
- 2) Untuk pasien usia 40 – 59 tahun kebutuhan kalori dikurangi 5%. Usia 60 – 69 tahun kebutuhan kalori dikurangi 10%. Dan usia di atas 69 tahun kebutuhan kalori dikurangi 20%.
- 3) Penambahan 10% dalam keadaan istirahat, 20% dengan aktifitas ringan, 30% dengan aktifitas sedang, dan 50% dengan aktifitas berat.
- 4) Untuk penderita diabetes yang kegemukan dikurangi 20% – 30%.
- 5) Untuk penderita diabetes millitus yang kurus ditambah 20% - 30%.

Misalnya subjek Sby menderita diabetes millitus, memiliki tinggi badan 165 cm, berat badan 60 kg. Diketahui usia subjek 54 tahun, aktifitas PNS. Maka banyaknya kalori yang dibutuhkan agar kondisi stabil sebagai berikut:

$$E = (BB \times 30) - 5\%$$

$$E = (60 \times 30) - 90$$

$$= 1800 - 90$$

$$= 1710$$

Aktifitas subjek Sby dapat digolongkan kategori sedang sehingga kebutuhan kalori menjadi:

$$E = 1710 + (30\% \times 1710)$$

$$= 1710 + 513$$

$$= 2223$$

Subjek tidak memerlukan penambahan kalori maupun pengurangan kalori karena indeks masa tubuh (IMT) subjek normal, Almtsier (2007).

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB}}{\text{T}^2}$$

BB = berat badan (kg)

T² = tinggi badan dalam meter dan dikuadratkan.

Prinsip makan selanjutnya adalah menghindari konsumsi gula dan makanan yang mengandung gula. Juga menghindari konsumsi hidrat arang olahan yakni hidrat arang hasil dari pabrik berupa tepung dengan segala produknya. Ditambah lagi mengurangi konsumsi lemak dalam makanan sehari-hari (lemak binatang, santan, margarin, dll.), sebab tubuh penderita mengalami kelebihan lemak darah. Yang perlu diperbanyak justru konsumsi serat dalam makanan, khususnya serat yang larut air seperti pektin (dalam apel), jenis kacang-kacangan, dan biji-bijian (bukan digoreng). Bila penderita juga mengalami gangguan pada ginjal, yang perlu diperhatikan adalah jumlah

konsumsi protein. Umumnya, digunakan rumus 0,8 g protein per kilogram berat badan. Bila kadar kolesterol/trigliserida tinggi, disarankan melakukan diet rendah lemak. Bila tekanan darahnya tinggi, dianjurkan mengurangi konsumsi garam. Kegagalan berdiet bisa disebabkan karena pasien kurang berdisiplin dalam memilih makanannya atau tidak mampu mengurangi jumlah kalori makanannya. Bisa juga penderita tidak mempedulikan saran dokter.

c. Latihan jasmani

Kegiatan fisik ternyata mempunyai manfaat yang besar bagi pasien penderita DM tipe II yang masih terkontrol gula darahnya dan tidak mempunyai komplikasi. Ternyata dengan melakukan kegiatan fisik seperti olahraga, selain mampu menurunkan berat badan untuk mencapai berat badan yang ideal, ternyata dengan olahraga mampu menurunkan kadar gula darah. Hediger (1994), tubuh manusia mempunyai beberapa sistem transportasi yang mengantarkan gula yang terdapat di dalam darah untuk masuk ke dalam sel, dimana gula ini di dalam sel akan dibakar untuk menjadi energi supaya manusia bisa tetap hidup dan bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Sistem transport gula tersebut disebut juga sebagai GLUT (*Glucose Transporter*). Olahraga yang teratur adalah salah satu pencegahan diabetes. Banyak sekali manfaat yang bisa kita dapatkan dari olahraga, disini kita akan membahas beberapa manfaat olah raga untuk penderita diabetes dan pencegahan diabetes terjadinya komplikasi diabetes. Manfaat olahraga bagi penderita diabetes antara lain:

- 1) Membakar kalori dan mengurangi lemak tubuh sehingga meningkatkan kemampuan metabolisme sel dalam menyerap dan menyimpan glukosa.

- 2) Meningkatkan sirkulasi darah, terutama pada kaki dan tangan, di mana biasanya penderita diabetes memiliki masalah.
- 3) Mengurangi stress yang sering menjadi pemicu kenaikan glukosa darah.
- 4) Penderita diabetes yang rajin berolah raga dapat melepaskan diri dari ketergantungan pada obat (Sukardji, 2008).

Rajin berolah raga dapat membantu penderita diabetes untuk meminimalisir ketergantungan obat.

Di dalam otot manusia terdapat GLUT tipe 4, dimana pada saat manusia ini aktif melakukan aktivitas fisik atau olahraga yang banyak mempergunakan otot, maka GLUT ini akan aktif menangkap gula yang beredar di dalam darah dan akan dimasukkan ke dalam otot dan dibakar untuk dirubah menjadi energi. Uniknya GLUT tipe 4 ini tidak memerlukan insulin dimana pada penderita DM tipe II biasanya ditemukan insulin yang sedikit sekali sehingga kurang cukup aktivitasnya untuk menurunkan kadar gula di dalam darah, sehingga cocok sekali dengan mengaktifkan sistem GLUT ini bagi penderita (Hediger, 1994). DM untuk menurunkan kadar gula di dalam darah dengan aktivitas fisik Dianjurkan latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit, sifatnya sesuai CRIPE (*Continuous, Rhithmical, Interval, Progressive training*). Sedapat mungkin mencapai zona sasaran 75-85 % denyut nadi maksimal ($220/\text{umur}$), disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi penyakit penyerta. Sebagai contoh olahraga ringan adalah berjalan kaki biasa selama 30 menit, olahraga sedang adalah berjalan selama 20 menit dan olahraga berat misalnya jogging.

Menurut dokter olahraga dr. Hario Tilarso, di Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat (BKOM) DKI Jaya ini, sebaiknya jenis olahraga bagi penderita diabetes dipilih yang memiliki nilai aerobik tinggi, macam jalan cepat, lari (joging), senam aerobik, renang, dan bersepeda. Jenis olahraga lainnya, tenis, tenis meja, bahkan sepakbola, dapat dilakukan namun dengan perhatian khusus (<http://www.indonesia.com>).

FID (frekuensi, intensitas, dan durasi) olahraga bagi penderita diabetes pada prinsipnya tidak berbeda dengan yang diterapkan untuk orang sehat. Frekuensi berolahraga adalah 3 – 5 kali seminggu. Olahraga dianjurkan dilakukan saat pagi hari, karena panas matahari bisa membakar kalori lebih banyak. Hal ini berbahaya karena dapat menyebabkan hipoglikemia, kekurangan gula darah penjelasan dari dr. Hario (<http://www.indonesia.com>). Penderita yang menggunakan suntikan insulin harus hati-hati. Harus diperhatikan waktu puncak kerja insulin yang disuntikkan. Pada saat puncak insulin bekerja, penderita dianjurkan untuk tidak berolahraga. Saat itu kadar gula darah akan banyak turun. Apabila ditambah latihan, akan mengakibatkan kadar gula menurun lagi dan dapat menimbulkan hipoglikemia. Insulin yang digunakan bagi penderita yang mengkonsumsinya harus diketahui dulu kerjanya, *short acting* atau *long acting*. Biasanya, berdasarkan kondisi penderita, dokter menentukan jenis insulin yang diberikan dan idealnya jadwal olahraga disesuaikan dengan kerja insulin itu.

Sedangkan intensitas olahraga berkisar 60 – 75% DSM (denyut nadi maksimal, yang perhitungannya 220 – umur dalam tahun). Durasinya kira-kira 60 menit setiap kali berolahraga pada zone latihan. Untuk penderita diabetes

yang berbadan gemuk, durasinya bisa ditambah, misal 90 menit (Sukardji, 2008)

Bagi penderita yang memilih jenis olahraga yang memerlukan waktu lama, misalnya tenis lapangan atau sepakbola, dianjurkan setiap 30 menit mengkonsumsi glukosa (makanan atau minuman manis). Dengan cara itu kadar gula darahnya bisa terjaga agar tidak terlalu turun. Hal lain yang perlu diperhatikan saat berolahraga adalah cuaca. Pada cuaca sangat panas, penyerapan insulin banyak. Berarti gula darah lebih terserap lagi. Maka sangat dianjurkan untuk berolahraga pada pagi hari atau sore hari karena cuaca tidak panas.

Menjaga kebersihan dan kesehatan kaki juga penting dalam berolahraga. Ketika sedang jogging atau jalan, kaki akan bergesekan dengan sepatu. Karena itu, kaus kaki yang dikenakan harus bersih. Sepatu pun harus yang lunak bagian dalamnya untuk menghindari lecet. Pakailah sepatu sesuai penggunaannya.

Dengan rajin berolahraga ditambah mengatur menu makanan serta mengontrol kadar gula darah secara teratur, komplikasi akibat diabetes dapat dihindari.

d. Pengelolaan farmakologis

Sarana pengelolaan farmakologis diabetes dapat berupa :

- 1) Pemicu sekresi insulin

- a) *Sulfonilurea* : menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan, menurunkan ambang sekresi insulin dan meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa.
 - b) *Biguanid* : menurunkan glukosa darah melalui pengaruh terhadap kerja insulin pada tingkat seluler, distal dari *reseptor* insulin serta juga pada efeknya menurunkan produksi glukos hati.
- 2) Penambah sensitivitas terhadap insulin
- a) *Tiazolidindion* : meningkatkan sensitifitas insulin
 - b) Penghambat glukosidase alfa : menurunkan penyerapan glukosa dan hiperglikemia *postprondial*.

C. Terapi *Rational Emotive Behavior*

1. Pengertian Terapi *Rational emotive Behavior*

Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) adalah *humanistic-existential-constructivist, active-directive*, filosofi dan empirik sebagai dasar *psychotherapeutic* dan *psychological system of theory and practices* yang dikembangkan oleh Albert Ellis, Ph.D (Corey, 88). Eksistensial dalam terapi ini memiliki pandangan bahwa manusia memiliki kebebasan dalam memilih, namun kebebasan tersebut bertanggungjawab. Hal tersebut memiliki arti bahwa manusia harus menerima segala resiko yang diakibatkan oleh pilihannya. Eksistensial humanistik berfokus pada kondisi manusia, merupakan pendekatan yang mencakup terapi – terapi yang berlainan yang kesemuanya berlandaskan konsep – konsep dan asumsi – asumsi tentang manusia. Berikut ini adalah konsep-konsep utama dari pendekatan eksistensial yang membentuk landasan bagi praktek terapeutik, antara lain adalah:

a. Kesadaran diri

Manusia memiliki kemampuan untuk menyadari dirinya sendiri, suatu kemampuan yang unik dan nyata yang memungkinkan manusia mampu berfikir dan memutuskan. Semakin kuat kesadaran diri itu pada seseorang, maka akan semakin besar pula kebebasan yang ada pada orang itu. Kemampuan untuk memilih alternatif-alternatif, yaitu memutuskan secara bebas di dalam kerangka pembatasnya, adalah suatu aspek yang esensial pada manusia. Kebebasan memilih dan bertindak itu disertai tanggungjawab. Para eksistensialis menekankan bahwa manusia bertanggung jawab atas keberadaan dan nasibnya.

b. Kebebasan dan tanggung jawab, dan kecemasan

Kesadaran atas kebebasan dan tanggung jawab bisa menimbulkan kecemasan yang menjadi atribut dasar pada manusia. Kecemasan eksistensial juga bisa diakibatkan oleh kesadaran atas keterbatasannya dan atas kemungkinan yang tak terhindarkan dari kematian. Kesadaran atas kematian ini memiliki arti penting bagi kehidupan individu saat ini, karena hal tersebut menghadapkan individu pada kenyataan bahwa dia memiliki waktu yang terbatas untuk mengaktualkan potensi-potensinya. Adanya pemahaman dosa eksistensial, yang juga merupakan bagian dari kondisi manusia yaitu akibat dari kegagalan individu untuk benar-benar menjadi sesuatu dengan kemampuannya.

c. Penciptaan makna

Adanya pemahaman manusia itu unik, dalam arti bahwa dia berusaha untuk menemukan tujuan hidup dan menciptakan nilai-nilai yang akan memberikan makna bagi kehidupan. Menjadi manusia juga berarti menghadapi

kesendirian (manusia lahir ke dunia sendirian dan mati sendirian), namun manusia memiliki kebutuhan berhubungan dengan sesamanya dalam suatu cara yang bermakna karena manusia adalah makhluk rasional. Kegagalan dalam menciptakan hubungan yang bermakna dapat mengakibatkan kondisi-kondisi isolasi, depersonalisasi, aliansi, keterasingan, dan kesepian. Manusia juga berusaha untuk mengaktualisasikan diri, yaitu mengungkapkan potensi-potensi manusiawinya. Apabila manusia tidak mampu mengaktualisasikan diri, ia dapat dianggap sakit. Patologi dipandang sebagai kegagalan menggunakan kebebasan untuk mewujudkan potensi-potensi seseorang.

Terapi eksistensial bertujuan agar klien mengalami keberadaannya secara otentik dengan menjadi sadar atas keberadaan dan potensi-potensi serta sadar bahwa ia dapat membuka diri dan bertindak berdasarkan kemampuannya. Membantu meluaskan kesadaran diri klien, sehingga dapat membantu klien dalam kemampuan memilih pilihannya, menjadi bebas dan tanggung jawab atas kehidupannya. Penerimaan tanggung jawab bukan suatu hal yang mudah, banyak orang yang takut menerima tanggung jawab atas pilihannya. Hal tersebut dapat terjadi karena tidak adanya jaminan-jaminan dalam pilihannya itulah yang dapat menimbulkan kecemasan. Terapi eksistensial membantu klien agar mampu menghadapi kecemasan sehubungan dengan tindakan memilih diri, dan menerima kenyataan. Bugental (Corey, 88) menyebutkan tiga karakteristik keberadaan otentik, yaitu:

- 1) Menyadari sepenuhnya keadaan sekarang
- 2) Memilih bagaimana hidup pada saat sekarang
- 3) Memikul tanggung jawab untuk memilih

Klien neurotik adalah orang yang kehilangan rasa ada, dan tujuan dalam terapi ini adalah membantunya agar ia memperoleh atau menemukan kembali kemanusiaannya yang hilang.

Active directive dalam terapi ini terapis secara aktif membantu membimbing dan melatih klien dalam menyelesaikan masalahnya, namun keputusan ada pada klien yang bersangkutan. Terapi membantu klien untuk menyadari keadaan saat ini, membantu klien agar mampu mengatasi kecemasan yang terkait dengan tindakan memilih dan menerima kenyataan. REBT adalah *cognitive-behavioral and psychoeducational therapeutic system* dan dengan pendekatan yang komprehensif untuk meningkatkan keberfungsian individu yang dapat diaplikasikan baik klinis maupun bidang lainnya. Terapi ini menggunakan metode kognitif, behavioral, dengan menyisipkan psikoedukasi dalam pelaksanaan proses terapinya. Terapi *rational emotive behavior* adalah terapi konseling yang digunakan untuk manajemen masalah maladaptive, yang memfokuskan pada keyakinan irasional yang memunculkan emosi negatif, dan dengan terapi ini akan digantikan dengan hal yang rasional dan produktif dengan harapan akan merubah kebiasaan individu (Egbochuku, 2007).

2. Tujuan Terapi

Tujuan dari terapi ini adalah peserta dapat menerima keadaan dirinya, menerima kondisi yang dialami, dapat membuang keyakinan irrasional yang dimiliki, sehingga dapat memunculkan perasaan atau emosi positif dan mampu melakukan tindakan yang adaptif. Menurut Ellis (1994), terapi ini menekankan masalah kesehatan dan gangguan emosi.

REBT memandang manusia sebagai makhluk *biopsysocial* sangat kompleks dengan kecenderungan yang kuat untuk mengejar dan membangun

berbagai sasaran, tujuan, dan nilai-nilai. Bagi orang-orang kemudian untuk mengetahui apakah mereka berada di jalur yang benar, mereka juga akan mengevaluasi hal-hal yang berkaitan dengan tujuan dan nilai-nilai.

Dalam penelitian ini pemberian REBT terhadap penderita diabetes mellitus dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas hidup. Penderita penyakit kronis diabetes di antaranya mengalami perubahan yang cukup mempengaruhi penderita, baik secara fisik maupun psikis. Hal tersebut seperti yang diungkapkan oleh Taylor (2006) bahwa diabetes mellitus sebagai salah satu bentuk penyakit kronis tentunya akan berdampak pada aspek-aspek kehidupan penderita baik secara fisik kegiatan yang dilakukan sehari hari serta kehidupan sosialnya yang memerlukan adanya perubahan baik sementara maupun jangka panjang. Tidak hanya aspek fisik, aktivitas sehari hari dan kehidupan sosial yang memerlukan adanya perubahan, diperlukan pula bagi penderita penyakit kronis untuk mengintegrasikan kondisi psikologis yang memiliki peranan dalam adaptasi terhadap penyakit yang diderita, dalam hal ini diabetes. Aspek psikis tersebut terkait dengan fisik, aturan aturan, dan dampak yang ditimbulkan oleh diabetes mellitus. Selain itu penderita juga mengalami emosi negatif yang disebabkan pikiran negatif yang muncul akibat diabetes mellitus itu sendiri. Menurut Forggott (2005), pikiran negatif itu sendiri sebuah menggambarkan kepercayaan sebagai 'irasional' yang dapat menyebabkan:

- a. Sebagai penghalang seseorang mencapai tujuan mereka, menciptakan emosi ekstrem yang berbahaya dan dapat melumpuhkan dapat menimbulkan tingkah laku yang maladaptive.
- b. Dapat mendistorsi realitas (salah tafsir yang terjadi dan tidak didukung oleh bukti nyata atau logis)

c. Berisi cara-cara irrasional (tidak logis) dalam mengevaluasi diri sendiri, orang lain, dan dunia ini.

Penderita diabetes yang mempunyai pikiran irrasional akan mempengaruhi kehidupannya. Banyak hal baru, yang menuntut penderita beradaptasi. Penderita merasakan ketidaknyamanan atau tidak enak. Hal ini berbeda dari sebelumnya maupun individu dengan lainnya. Penderita diabetes melakukan evaluasi terhadap dirinya selain itu juga harus melakukan perubahan dalam hidupnya misalnya pola makan, gaya hidup, kebiasaan, olahraga dan melakukan hal – hal baru yang mungkin sebelumnya belum pernah dilakukannya. Ellis (Froggatt, 2005) mengungkapkan bahwa evaluasi secara menyeluruh terhadap diri sering akan mengakibatkan gangguan emosional. Hal ini disebut sebagai gangguan ego (*ego disturbance*) yaitu sebuah konsep yang dapat diwujudkan dalam berbagai bentuk, misalnya citra diri rendah, rendah diri. Ellis (Froggatt, 2005) menyebutkan bahwa dalam diri individu dapat terjadi dua hal yaitu muncul keyakinan irasional tentang diri mereka (*ego disturbance*) atau muncul keyakinan irasional tentang ketidaknyamanan emosional atau fisik (*discomfort disturbance*). Dua hal tersebut sering muncul secara bersama namun terkadang ada yang lebih dominan. Gangguan ego merupakan dampak dari kekecewaan dengan citra diri (*self image*) hasil dari tuntutan terkait tentang diri seseorang (keyakinan harus) yang diikuti oleh evaluasi diri yang negatif (ketika gagal, mendapatkan ketidaksetujuan). Keyakinan ini menimbulkan kecemasan ego dan ketegangan emosional yang dihasilkan dari persepsi bahwa diri seseorang atau nilai pribadi terancam dan dapat menyebabkan masalah lain seperti menghindari situasi di mana kegagalan, penolakan yang mungkin terjadi, mencari orang lain untuk penerimaan dan perilaku asertif karena takut apa yang

orang lain pikiran. Hasil gangguan ketidaknyamanan dari tuntutan tentang orang lain (agar orang – orang harus memperlakukan individu tersebut dengan benar) dan tentang dunia (misalnya kondisi di mana individu tersebut tinggal harus sesuai dengan yang diinginkannya). Ellis (Froggatt, 2005) mengungkapkan gangguan ketidaknyamanan dapat muncul dalam dua macam yang sedikit berbeda tetapi memiliki keterkaitan. *Low frustration tolerance* (LFT) hasil penekanan terhadap frustrasi ketika hal buruk menimpa individu. Hal ini dapat muncul karena adanya kepercayaan yang ada dalam individu misalnya: dunia akan memberikan kepuasan dan kebahagiaan atau hal – hal yang diinginkan sebaiknya sesuai dengan apa yang diinginkannya dan jika tidak sesuai tidak dapat menerimanya. *Low discomfort tolerance* (LDT) hasil dari tuntutan ketika terjadi hal buruk namun tidak mengalami ketidaknyamanan emosional atau fisik. Hal ini dapat terjadi misalnya individu memiliki keyakinan harus bisa merasa bahagia dan nyaman setiap waktu, semua rasa ketidaknyamanan dan nyeri harus dihindari, individu tidak harus merasa buruk, harus selalu dalam kondisi baik. Gangguan ketidaknyamanan mengarah masalah - masalah misalnya :

- a. Ketidaknyamanan kecemasan (ketegangan emosional)
- b. Khawatir. Karena akan mengerikan, khawatir tentang hal ini akan terjadi terkait dampak diabetes
- c. Penghindaran. Terlalu sulit untuk dilakukan terkait kebiasaan baru yang harus dilakukan sehingga memilih untuk tidak melakukan.
- d. Menjengkelkan memiliki masalah, menyalahkan diri sendiri, menjadi gelisah , depresi dan sebagainya
- e. Stres dan lari dari masalah (diabetes yang dideritanya) dengan melakukan hal hal yang menyenangkan dirinya misalnya, narkoba, *free sex*

- f. *Procrastination*. Menjadi pemalas, tidak menyukai tugas yang sulit, menolak diet, menolak minum obat, periksa gula darah, masalah yang sulit, dan situasi yang tidak menyenangkan.
- g. *Negativity and complaining*, yaitu merasakan ketidakadilan, berbeda dengan orang lain.

Prinsip REBT menurut Ellis (Froggatt, 2005) antara lain :

- a. Tujuan dasar REBT adalah untuk meninggalkan penyelesaian masalah klien dengan kebebasan emosi positif mereka, perilaku dan gaya hidup (dalam fisik, sosial dan ekonomi), dan dengan metode evaluasi diri dan perubahan pribadi yang akan menjadikan mereka dalam kondisi yang lebih baik.
- b. Tidak semua emosi yang tidak menyenangkan dipandang sebagai disfungsional. Juga tidak semua emosi menyenangkan fungsional. REBT bertujuan tidak di 'berpikir positif', tetapi lebih pada pikiran realistis, emosi, dan tingkah laku yang sesuai dengan keadaan individu
- c. Proses REBT dilakukan secara eklektik. Namun walaupun memiliki teknik sendiri, REBT juga menggunakan metode teknik lainnya. Ada beberapa asumsi dasar dan prinsip-prinsip, tetapi pelaksanaannya sesuai gaya sendiri dan kelompok klien
- d. REBT adalah edukatif dan kolaboratif. Terapis memberikan pelatihan klien dan semua dijelaskan dengan jelas ke klien.
- e. Hubungan antara terapis dan klien sangat penting, tetapi dipandang sebagai yang ada untuk proses terapeutik. Terapis menunjukkan penerimaan terhadap, tanpa syarat, dan pentatalaksanaan terapi, tetapi berhati-hati untuk menghindari ketergantungan atau memperkuat persetujuan.
- f. REBT aktif-direktif, terapis hendaknya selalu bekerja dalam nilai klien sistem.

- g. Membimbing dan berdiskusi dengan klien.
- h. Masa lalu seorang individu yang dianggap relevan, sebab orang berpikir rasional tetapi karena mengungkap masa lalu membantu dalam mengubah cara ulang orang. Terapis REBT melakukan untuk mengeksplorasi guna mendapatkan penyelesaian terhadap masalah yang dihadapi.
- i. Langkah terapi adalah minimum waktu dihabiskan untuk informasi latarbelakang dan historis dan berfokus pada penyelesaian masalah saat ini
- j. REBT adalah sebuah metode psikoterapi, adalah untuk menolong orang mengubah bagaimana mereka merasakan dan berperilaku sebagai reaksi terhadap peristiwa. Perubahan tersebut dapat diubah untuk memungkinkan seseorang lebih efektif mencari penyelesaian masalah karena perubahan lingkungan. Konsekuensi REBT membantu orang mengubah mereka dan keadaan yang tidak diinginkan mereka.
- k. Kritik umum dari psikoterapi adalah bahwa hal ini mungkin mendorong orang untuk menjadi diri-centred.
- l. REBT cenderung humanis dan ilmiah. Perilaku dipandang sebagai fungsional atau disfungsional, bukan sebagai baik atau jahat. REBT berdasar pada penelitian dan prinsip-prinsip logika empiris, dan mendorong cara berpikir rasional.
- m. Penekanannya pada perubahan besar dan terakhir dalam keyakinan klien tersebut yang mendasari, bukan hanya menghilangkan gejala akibat pikiran irasional . Klien dibiarkan berusaha berfikir sendiri, memahami, mengerti yang memungkinkan membantu mengatasi masalah jika masalah lain muncul di kemudian hari.

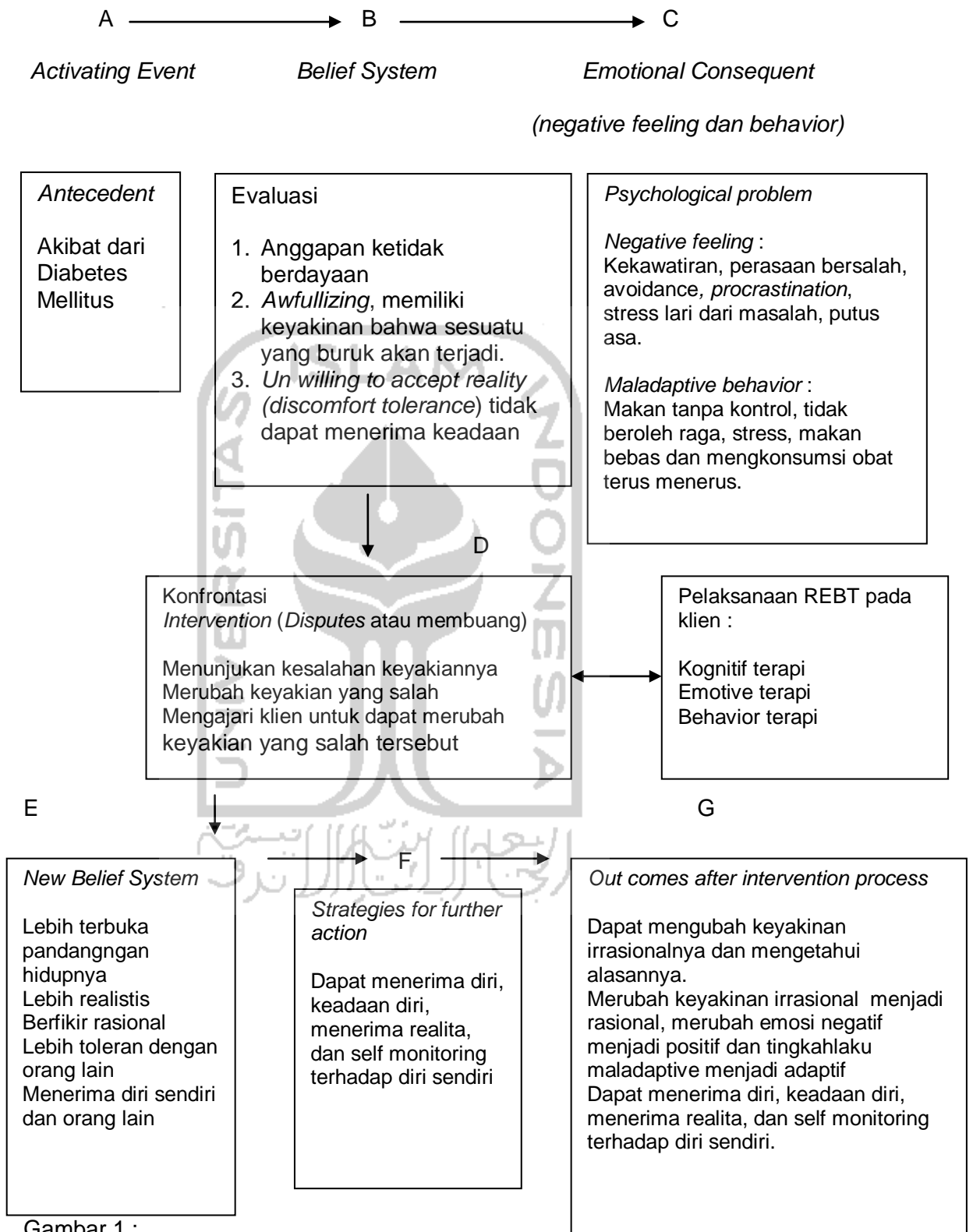
3. Proses terapi REBT

REBT memiliki model eksplisit tentang bagaimana orang-orang memiliki perilaku maladaptif dan kemudian apa yang harus mereka lakukan untuk merubah perilaku maladaptive tersebut kemudian memungkinkan mereka untuk memimpin lebih bahagia dan lebih memuaskan kehidupan. Seringkali langkah pertama dalam terapi REBT adalah bahwa klien mengakui bahwa ia memiliki masalah, menerima tanggung jawab untuk masalah emosional dan memiliki kemauan untuk berubah. Konsekuensi maladaptive dan gejala dapat ditemukan baik pada kognitif (tidak realistis dan condong berpikir), emosional (melemahkan perasaan) dan perilaku (destruktif dan unadaptive perilaku dan kecenderungan tindakan) tingkat. Selain orang sering memiliki kondisi yang semakin memburuk karena tingkah laku maladaptif yang mereka perbuat hasil dari emosi negatif yang mana emosi itu muncul karena pikiran negatif yang ada pada diri mereka sendiri. Oleh karena itu kecenderungan ini sering harus diatasi sebelum menjadi masalah utama yang dapat diubah (Dryden & Neenan, 2003; Ellis, 2001b).

Esensi REBT adalah untuk menggali (untuk menentukan dan mengidentifikasi) maladaptive dan merusak pikiran-perasaan-perilaku dan kemudian untuk memulai pertanyaan, tantangan, perselisihan dengan mengetahui keyakinan irrasional mereka dan secara aktif dan tegas membantu mengubah menjadi rasional. Fungsional pikiran-perasaan-perilaku adalah inti dari kesehatan mental. Dalam REBT terdapat proses belajar untuk menyelesaikan suatu masalah tertentu. Namun hal-hal yang sudah dipelajari (prosesnya) dapat digunakan dalam menyelesaikan masalah lain yang relevan. Dalam terapi ini klien belajar untuk berfikir rasional dan meninggalkan keyakinan (pikiran) yang

irrasional kemudian menggantinya dengan keyakinan (pikiran) yang rasional. Keyakinan irrasional tersebut akan merusak diri klien karena dapat menimbulkan emosi negatif dan perilaku maladaptive. Terapis bertugas membantu klien untuk menjalani proses tersebut (Dryden & Neenan, 2003; Ellis, 2001b). Hal tersebut dapat dilihat dalam gambar berikut ini:





Gambar 1 :
Bagan interaksional proses REBT terkait gangguan psikologis dan perubahan psikologis (Dryden & Neenan, 2003; Ellis, 2001)

“A (*event* Aktivasi)” merupakan suatu peristiwa aktual atau psikologis, *self-induced*, yang menghalangi orang mendapatkan apa yang mereka inginkan atau memberikan sesuatu yang tidak mereka inginkan. “A” kemudian adalah aspek situasi yang mengaktifkan dan memicu munculnya kepercayaan di “B” yang memunculkan tanggapan pada “C”. “A” bisa disimpulkan atau nyata, eksternal atau peristiwa internal dan dapat dikaitkan baik untuk situasi masa lalu, ada sesuatu di masa sekarang atau masa depan.

“B (Kepercayaan)”. “B” kemudian merupakan keyakinan implisit dan eksplisit (percaya-mengekspresikan emosi-tingkah laku) terkait dengan “A”. hal ini terkait dengan adanya keyakinan irrasional.

“C (Konsekuensi)”. “C” merupakan konsekuensinya, baik kognitif, emosional dan *behaviour* memegang seperangkat keyakinan (sekali lagi arti kombinasi perilaku disfungsi yang tidak terpisahkan-pikiran-perasaan). “A”, “B” dan “C” saling terkait, timbal balik dan dalam cara yang sangat kompleks saling mempengaruhi.

“D (mengkonfrontasikan)”, adalah dengan cara mengatur konfrontasi, pertanyaan dan membantah tidak rasional dan merugikan diri sendiri konstruksi di “B”, dan berakhir dengan filsafat baru efektif pada “E”. Proses ini dilakukan secara kognitif, emotif, dan perilaku meskipun berbagai teknik dan metode. Sebuah proses-klasik konfrontasi dilakukan dengan menguji kepercayaan baik realistis maupun empiris, logis dan praktis. Realistis dengan meminta bukti bahwa keyakinan itu konsisten dengan realitas, logis dengan menanyakan apakah keyakinan masuk akal dan logis konsisten dan praktis kemudian dengan bertanya di mana apakah keyakinan akan mendapatkan atau menghasilkan satu dengan kata lain realistis membantah.

"E (keyakinan baru yang lebih efektif)". Tujuan dari proses perubahan di "D" adalah dengan menyusun keyakinan baru yang efektif akan cenderung berkontribusi lebih sehat, lebih realistis dan seimbang berpikir dan perilaku konstruktif di "E". kemudian munculah perilaku konstruktif baru.

"F (*new more functional emotion and behavior*)", hasil dari merubah keyakinan negatif, irasional maka didapatkan emosi positif dan tingkahlaku yang lebih adaptif.

Pada subjek penelitian ini diharapkan dapat merasa lebih senang, rileks, tidak merasa kecewa, marah. Terkait dengan tingkahlaku yang adaptif, individu dapat melakukan self monitoring diabetes mellitus yang dideritanya. Dengan adanya hal tersebut diharapkan kualitas hidup penderita diabetes mellitus dapat meningkat.

C. Landasan Teori

Diabetes mellitus sebagai salah satu bentuk penyakit kronis tentunya akan berdampak pada aspek - aspek kehidupan penderita baik secara fisik kegiatan yang dilakukan sehari hari serta kehidupan sosialnya yang memerlukan adanya perubahan baik sementara maupun jangka panjang. Tidak hanya aspek fisik, aktivitas sehari hari dan kehidupan sosial yang memerlukan adanya perubahan, Diperlukan pula bagi penderita penyakit kronis untuk mengintegrasikan kondisi psikologis yang memiliki peranan dalam adaptasi terhadap penyakit yang diderita, dalam hal ini diabetes (Taylor, 2006). Konsekuensi dari penyakit kronis pada diri individu memunculkan reaksi seperti *shock* yang ditunjukkan dengan karakteristik seolah olah akan pingsan atau

merasa bingung, adanya reaksi otomatis yang ditunjukkan, adanya perasaan ingin melepaskan diri dari situasi yang terjadi. *Encounter* adalah bentuk reaksi lainnya yang muncul karena adanya ketidak selarsan antara pikiran dan perasaan kehilangan, tidak berdaya, sedih, putus asa, merasa kewalahan terhadap situasi yang terjadi, serta *retreat* sebagai keadaan dari adanya strategi pengalihan yang cenderung dilakukan oleh individu yang didiagnosis penyakit kronis (Sarafino, 1997).

Selain reaksi *shock*, *encounter*, maupun *retreat* yang dapat muncul sebagai konsekuensi dari diagnosis penyakit kronis, sebagai reaksi psikologis juga dapat terjadi pada individu ketika didiagnosis menderita diabetes mellitus antara lain pengingkaran, marah, perasaan bersalah, depresi, maupun penerimaan diri yang rendah. Hal ini terjadi karena kondisi yang tidak dapat diperbaiki menjadi seperti sebelum menderita diabetes mellitus, kondisi yang tidak menyenangkan, tidak diharapkan, dan individu membutuhkan waktu kurang lebih 12 bulan untuk dapat menerima penyakit diabetes yang diderita. Keadaan tersebut dapat terjadi karena diabetes mellitus merupakan satu penyakit kronis yang mengurangi tenaga dalam tubuh, berkaitan dengan gaya hidup yang berdampak pada aspek-aspek kehidupan individu penderita diabetes mellitus sehingga mengharuskan adanya beberapa penyesuaian dalam gaya hidup penderita diabetes seperti melakukan diet, berolahraga secara teratur, melakukan pengobatan dan pemantauan terhadap glukosa darah secara teratur, mengubah persepsi maupun strategi *coping* ketika menghadapi kondisi stress. Dampak diabetes mellitus terhadap aspek aspek kehidupan penderita diabetes mellitus tersebut membutuhkan suatu pengelolaan secara kompleks dan menuntut penderita diabetes mellitus dapat melaksanakannya secara tepat dan

disiplin (Sridhar dan Madhu, 2001; Sridhar dan Madhu, 2002; Coelho, Amorim dan Prata, 2003). Penderita diabetes mellitus yang mampu, berhasil dalam mengintegrasikan tuntutan-tuntutan dari penyakit diabetes mellitus itu sendiri sebagai aktivitas kehidupan sehari-hari, yang berlanjut pada diperolehnya kepuasan terhadap kontrol metabolisme, dan mencegah terjadinya komplikasi dalam jangka waktu yang lama.

Penelitian mengungkapkan bahwa pasien diabetes mengalami kecemasan yang tinggi terkait dampak komplikasi dari diabetes itu sendiri (Solli, 1999). Stres atau kecemasan yang terjadi pada diri pasien akan memperburuk kondisi pasien, karena akan meningkatkan kadar gula darah, namun karena pasien tidak bisa mengontrol kondisi tersebut pasien tidak berusaha untuk mengolah emosinya.

Dampak psikologis secara langsung dari perubahan dalam kehidupan penderita diabetes berkaitan dengan pengolahan penyakit adalah melalui adanya perubahan fisiologis yang dialami sebagai dampak dari penyakit diabetes mellitus itu sendiri. Dampak psikologis secara tidak langsung adalah melalui adanya ketidaktaatan terhadap aturan-aturan dari pengelolaan yang dilakukan terhadap penyakit diabetes yang di derita (Prokop dkk, 1991).

Kondisi psikologis pasien juga erat kaitannya dengan aspek kognitif, dan emosional dari strategi pertahanan terhadap penyakit (*illness-coping strategies*), yang secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap kebiasaan mencari obat. Penilaian atau kesadaran subjektif dari pasien bahwa kesehatan terkait dengan kebiasaan yang dilakukan dan keyakinannya bahwa dia mampu melakukan sikap hidup tersebut, merupakan tanda pasien akan patuh terhadap pengobatan yang diberikan dan akan berpengaruh terhadap kualitas hidupnya (Rose et al., 2002).

Karp (Soeharjono, Tjokroprawiro dan Adi, 2002), menambahkan bahwa berbagai masalah psikologis yang dihadapi penderita akan menimbulkan stres bagi penderita. Kehidupan yang penuh stres akan berpengaruh terhadap fluktuasi glukosa darah meskipun telah diupayakan diet, latihan fisik maupun pemakaian obat-obatan dengan secermat mungkin, oleh karena itu masalah-masalah psikologik yang dihadapi penderita diabetes mellitus akan dapat mempersulit pengendalian gula darahnya. Hal tersebut disebabkan terjadinya peningkatan hormon-hormon *glucocorticoid*, *cathecolamine*, *growth hormon*, *glicagon* dan *betaendorphine*.

Penelitian Solli, dkk (2010) juga mengungkapkan bahwa penderita diabetes baik tipe1 maupun 2 mengalami penurunan kualitas hidup terkait dengan ketakutan yang dialami atas komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh penyakit tersebut.

Dampak psikologis tersebut muncul karena adanya pikiran negatif yang menimbulkan munculnya emosi-emosi negatif. Emosi-emosi negative tersebut akan mempengaruhi kehidupan penderita. Kemudian akan memengaruhi perilaku penderita yang cenderung maladaptive. Perilaku maladaptive akan memperburuk kondisi kesehatan penderita diabetes mellitus (Snoek,2000). Oleh karena itu diperlukan treatment yang dapat merubah perilaku maladaptif penderita. Karena perilaku maladaptif tersebut muncul disebabkan oleh pikiran irasional, diperlukan cara untuk merubah pikiran irasional tersebut menjadi rasional. Dengan harapan dapat merubah emosi negatif dan merubah perilaku maladaptive menjadi adaptive (Ellis,2001).

Corey menyimpulkan proses REBT melalui 7 langkah yg disebut *philosophical restructuring* :

1. Pengetahuan yang dimiliki sebagian besar berasal dari emosional distress
2. Mau menerima jika pikiran yang rusak (*irrasional*) secara bertahap
3. Distress yang dialami berasal dari *irrasional belief*
4. Mengidentifikasi *core beliefs*
5. Percaya dan membuang keyakinan tersebut (*irrasional belief*)
6. Merealisasikan untuk merubah keyakinan yang salah tersebut
7. Mempraktikan metode REBT dalam kehidupan

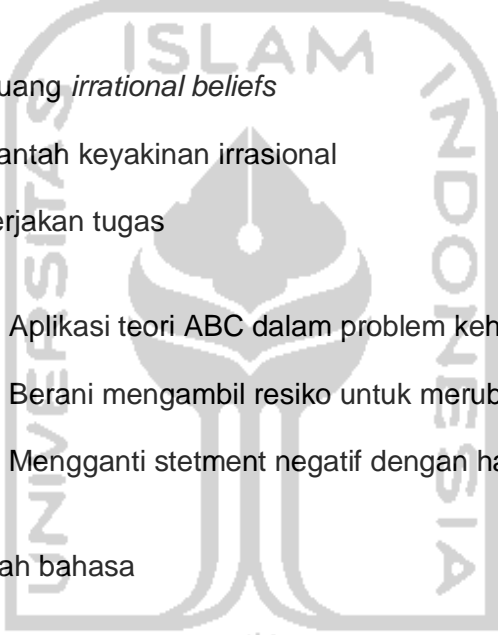
Ellis (Corey,1988) memberikan gambaran tentang apa yang dilakukan oleh para terapis antara lain :

1. Mengajak klien untuk berfikir tentang beberapa gagasan dasar yang irasional yang telah memotivasi banyak gangguan tingkahlaku
2. Menantang klien untuk menguji gagasan-gagasannya
3. Menunjukkan kepada klien ketidaklogisan pemikirannya
4. Menggunakan suatu analisis logika untuk meminimalkan keyakinan-keyakinan irasional klien
5. Menunjukkan bahwa keyakinan-keyakinan itu tidak ada gunanya dan bagaimana keyakinan-keyakinan itu akan mengakibatkan gangguan emosional dan tingkahlaku
6. Menggunakan humor untuk menghadapi irasional pikiran klien
7. Menerangkan bagaimana gagasan-gagasan yang rasional yang memiliki landasan empiris
8. Mengajari klien bagaimana menerapkan pendekatan ilmiah pada cara berfikir sehingga klien bisa mengamati dan meminimalkan gagasan-gagasan yang irasional dan kesimpulan-kesimpulan yang tidak logis sekarang maupun dimasa yang akan datang, yang telah mengajarkan cara mengelola emosi dan

mengajarkan perilaku adaptif untuk menghindari perilaku merusak diri (maladaptif).

Dalam REBT terdapat teknik terapi yang digunakan, yaitu *cognitive, emotive dan behavior therapy* Ellis (2007). Penerapan REBT pada penderita diabetes mellitus sebagai berikut :

1. *Cognitive techniques*

- 
- a. Membuang *irrational beliefs*
 - b. Membantah keyakinan irrasional
 - c. Mengerjakan tugas
 - 1) Aplikasi teori ABC dalam problem kehidupan sehari hari
 - 2) Berani mengambil resiko untuk merubah keyakinan tersebut
 - 3) Mengganti stement negatif dengan hal yang positif
 - d. Merubah bahasa

Ini pasti akan sangat mengerikan → ini hanya suatu cobaan, atau kesusahan saja

e. *Proselytizing*

Membantu mengatasi gangguan klien dan membantu menghilangkan kekecewaan yang dialaminya dengan memberikan *support* pada klien.

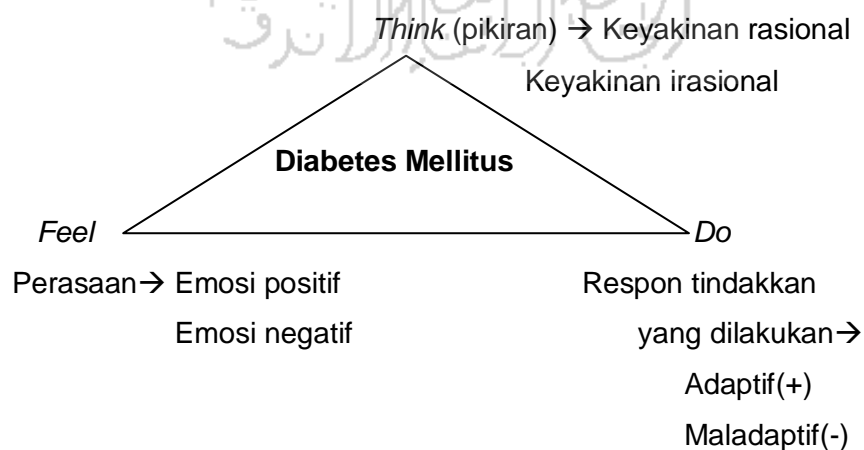
f. *Anti-catastrophizing and anti-awfulizing*

Menghadapi hal buruk yang dibayangkan oleh klien, memperkirakan pada skala seberapa besar kemungkinan itu terjadi, gambar hasil terbaik, merenungkan kemungkinan peristiwa ini terjadi, berapa banyak orang lain mengalami hal buruk tersebut. Bagaimana jika sesuatu hal yang buruk terjadi dan bagaimana mengatasinya.

g. Psikoedukasi

Memberikan informasi terkait dengan *self monitoring* diabetes, makanan, serta hal yang terkait dengan diabetes mellitus serta pemeliharannya.

Aplikasi kognitif terapi dalam penelitian ini, terapis memberikan pemahaman terkait penerimaan diri terhadap masalah atau kondisi yang sedang dihadapi (Ellis, 1997). Kemudian juga menjelaskan keterkaitan masalah dengan tiga hal yang dipengaruhi masalah tersebut yaitu pikiran, keyakinan dan tingkah laku. Terapis menjelaskan dengan gambar sebagai berikut:



Gambar. 2
Gambar ilustrasi *cognitif triangle* (Friedman)

Diabetes mellitus sebagai *activating event* yang dialami. Setiap *activating event*, peristiwa atau masalah akan menimbulkan pikiran yang mempengaruhi perasaan dan perilaku seseorang (Freedman). Dalam terapi REBT, masalah akan mengakibatkan muncul pikiran dan pikiran tersebut akan memunculkan keyakinan. Keyakinan yang muncul akan menimbulkan perasaan atau emosi yang ada pada individu yang bersangkutan. Perasaan tersebut akan mempengaruhi individu dalam bertindak. Individu yang memberikan respon pikiran rasional akan memunculkan keyakinan rasional serta menimbulkan perasaan atau emosi positif dan pada akhirnya akan memilih tindakan yang positif. Namun sebaliknya, individu yang merespon suatu masalah dengan pikiran irrasional akan menimbulkan keyakinan irrasional dan memunculkan emosi atau perasaan negatif dalam dirinya yang pada akhirnya akan memunculkan perilaku atau tindakan yang negatif juga. Individu dapat memaknai setiap masalah atau peristiwa dengan dua pikiran, yaitu menerima dan berpikiran rasional atau tidak mau menerima dan yang memunculkan pikiran irrasional. Dapat di ilustrasikan sebagai berikut:

<p>Andi ↳ “A (Mengaktifkan Situasi)” = diabetes mellitus. ↳ “B (Keyakinan / Pikiran)” = "Saya tidak boleh mengonsumsi gula ", “Saya hanya makanan tertentu yang boleh saya makan”, “Saya akan mengalami komplikasi yang sangat membahayakan”. ↳ “C (Akibat / Efek)” = cemas, marah, ketakutan, depresi</p>	<p>Budi ↳ “A (Mengaktifkan Situasi)” = Diabetes mellitus ↳ “B (Keyakinan / Pikiran)” = "Saya boleh mengonsumsi gula, tapi ada batasannya dan jangan terlalu banyak", Saya dianjurkan untuk tidak mengonsumsi makanan seperti biasanya, karena saya harus mengatur, mengontrol, merubah pola makan, menjaga pola makan saya agar gula darah saya lebih stabil”, “Diabetes mellitus memang dapat mengakibatkan komplikasi kronis bahkan kematian, namun jika saya dapat mengelolanya dengan baik, saya dapat hidup lebih baik dan nyaman” ↳ “C (Akibat / Efek)” = Isi, netral</p>
--	---

Gambar. 3 Bagan alur peristiwa, pikiran, keyakinan dan konsekuensi yang diakibatkan.

REBT mengajarkan individu sebagai manusia harus dapat menerima kondisi diri, memiliki kebebasan dalam hidup tidak terkecuali bebas memilih (Ellis, 1997). Individu juga bertanggung jawab atas pikiran mereka, dan mereka memiliki kekuatan untuk mengubahnya (Ellis, 1997). Dan setiap individu dapat merubah tiga hal yang ada pada tiga titik segi tiga tersebut. Peristiwa apaun yang terjadi kita harus dapat menerimanya, menerima

kondisi diri kita, dan mensikapi dengan baik. Kita berfikir dan kita juga harus menimbang konsekuensi dari apa yang akan kita perbuat. Tentunya kita akan lebih memilih yang memiliki konsekuensi atau akibat lebih bagus dari pada tindakan enak namun efek yang fatal atau buruk.

2. *Emotional Techniques*

a. *Rational-emotional imagery*

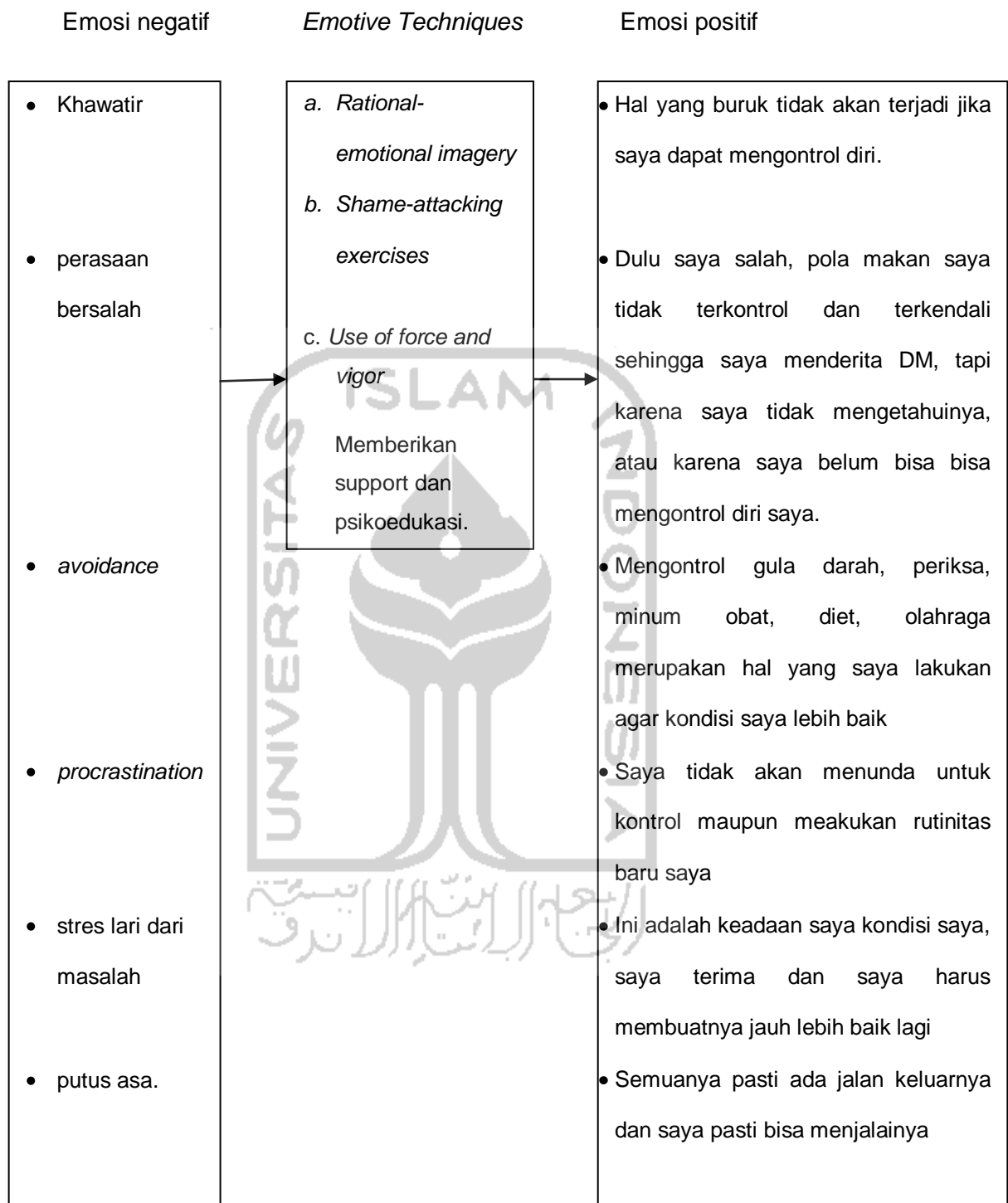
Merubah emosi negative dengan lebih berfikir positif, mensikapi suatu peristiwa dengan lebih baik, dengan menerima kenyataan. Digunakan metode terapi kognitif saat merubah pikiran negatif.

b. *Shame-attacking exercises*

Mau mengambil resiko untuk melakukan sesuatu yang sebelumnya takut melakukannya bisa hal hal yang lucu maupun memalukan. Misalnya menyanyi, bercanda, menarik perhatian orang lain.hal ini sebagai latihan menggabungkan komponen emosi dan perilaku.

c. *Use of force and vigor*

Memberikan support , psikoedukasi. Membiarkan klien untuk menceritakan pengalaman, apa yang pernah atau telah dilakukannya dan terapis memberikan pujian, semangat atas apa yang telah dilakukan klien. Metode ini juga disebut *devil's advocate/ reverse role-play*.



Gambar 4: Bagan proses *emotive techniques* pada REBT penderita diabetes mellitus (David, 2008, MacDonald, 2007)

Keyakinan atau *belief system* itu dianalisis berdasarkan empat tema sistem keyakinan irasional adalah sebagai berikut:

1. *Demandingness* (tuntutan) yaitu ketika individu melihat acara dengan kondisi tertentu seperti dengan penggunaan istilah “harus” , “seharusnya”, “tidak seharusnya”. Hal ini menyebabkan kepercayaan dalam memandang suatu kejadian sebagai baik apabila terjadi seperti yang diharapkan. *Demandingness* terlibat tertentu norma atau aturan yang harus mematuhi oleh diri sendiri atau orang lain. *Demandingness* adalah yang paling penting tema dalam menunjukkan pemikiran irasional dalam REBT dibandingkan dengan tiga tema lainnya
2. *Awfulizing* yaitu adalah kecenderungan individu untuk membesar-besarkan efek dan konsekuensi dari peristiwa tertentu apakah setelah, selama atau di masa depan. Fenomena masa lalu, sekarang dan masa depan akan selalu melihat dan dievaluasi sebagai peristiwa yang mengerikan, mengerikan dan sangat menakutkan
3. *Discomfort Intolerance* (ketidaknyamanan Intoleransi) yaitu ketidakmampuan individu untuk mentolerir atau menerima suatu peristiwa yang terjadi pada dirinya. *Unacceptance* ini diikuti oleh *awfulizing* dan desakan yang hal harus terjadi atau tidak terjadi seperti yang diharapkan
4. *People Rating* (penilaian orang) yaitu individu akan melalui proses penilaian diri atau penilaian diri atau menilai orang lain. Peringkat orang, adalah suatu usaha untuk mengidentifikasi jumlah individu nilai atau diri sendiri atau untuk menghukum diri sendiri berdasarkan sifat, perilaku dan tindakan sesuai dengan standar atau norma. Orang Peringkat akan menjadi penyebab untuk merasa rendah diri, depresi, pembelaan diri, kesombongan, permusuhan dan terlalu khawatir tentang sesuatu (Froggat, 2005).

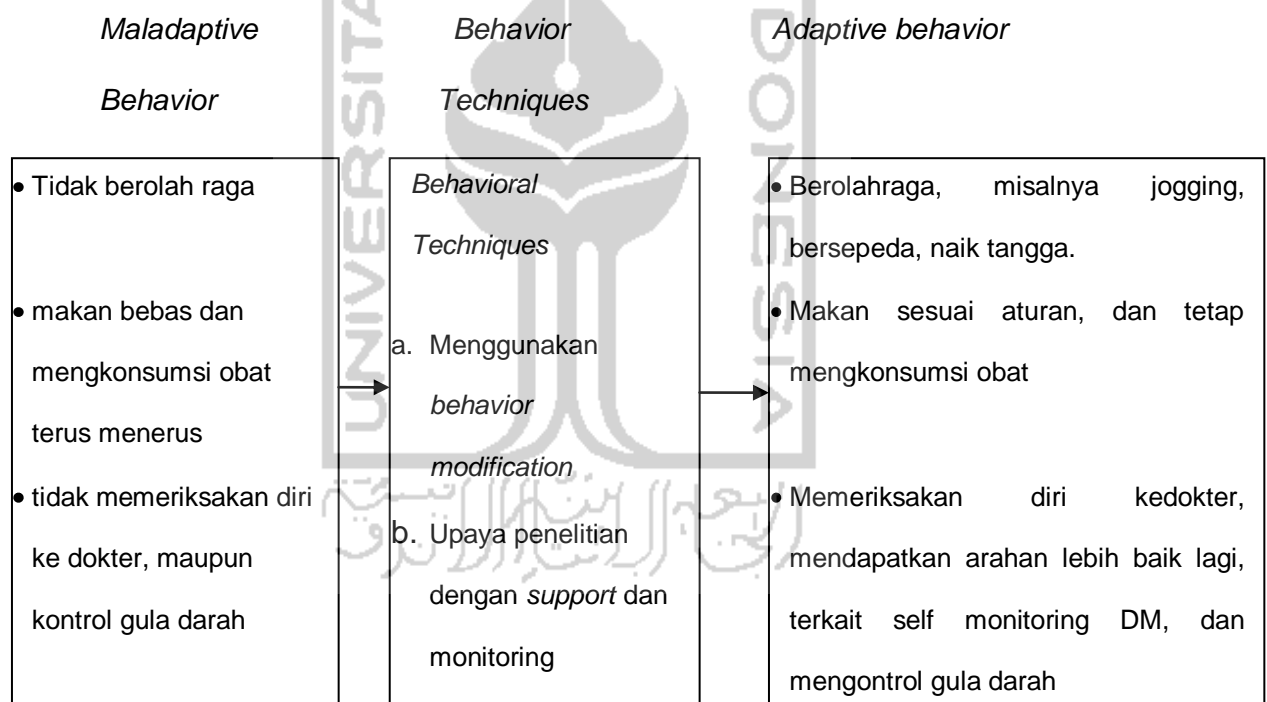
Kekecewaan, rasa bersalah dan emosi negatif lainnya tidak akan mengubah keadaan menjadi lebih baik, justru akan memperburuk keadaan, karena penderita akan stress dan dapat meningkatkan kadar glukosa dalam darah. Penerimaan diri dan menjaga kondisi dalam keadaan rileks dapat membantu menstabilkan kadar gula darah. Selain support, melakukan hal hal yang menyenangkan, menenangkan seperti menyanyi, komedi, mau menerima kenyataan dan menyikapinya dengan positif dapat memunculkan emosi positif.

Pelaksanaan emotif terapi dalam penelitian ini menggunakan *rational emotional imagery*, terapis mengajarkan peserta untuk dapat membuang emosi negatif dengan lebih berfikir rasional, mensikapi suatu peristiwa dengan lebih baik, dengan menerima kenyataan. Digunakan metode terapi kognitif saat merubah pikiran negatif. Selain itu terapis juga memberikan *support* pada pada peserta terapi, memberikan pujian atas usaha yang telah dilakukannya. Misalnya ketika seorang peserta belum bisa menerima kondisi diabetes yang dimilikinya dan merasa marah, sedih akan kondisi yang dialaminya, merasa tidak berguna, tidak bisa berbuat apa-apa karena diabetes tidak bisa disembuhkan terapis dapat memberikan pandangan baru bagi peserta. Terapis memberikan pernyataan pada peserta misalnya dengan mengatakan hal yang buruk seperti komplikasi tidak akan terjadi pada diri saya jika saya dapat mengontrol diri. Hal tersebut dapat di berikan pada peserta yang mengalami kecemasan terkait komplikasi diabetes. Terapis dapat melakukan hal yang sama pada peserta yang putus asa atau stres karena belum bisa menerima keadaan dirinya dengan diabetes yang dimilikinya, misalnya dengan pernyataan “ini adalah kondisi saya, saya harus menerima dan membuatnya jauh lebih baik lagi karena semuanya pasti ada jalan keluarnya dan saya pasti bisa menjalaninya”.

Selain itu terapis juga mengajarkan bagaimana cara relaksasi, karena sangat membantu peserta untuk mengurangi kecemasan, ketegangan, dan membantu dapat istirahat, tidur lebih nyaman, selain itu juga membantu peredaran darah lebih lancar.

3. Behavioral Techniques

- a. Menggunakan *behavior modification*
- b. Upaya penelitian dengan support terapi



Gambar 5:
Bagan proses *behavior techniques* pada REBT pasien diabetes mellitus (David, 2008).

Behavior techniques dalam penelitian ini menggunakan modifikasi perilaku. Modifikasi perilaku adalah sebuah teknik yang berangkat dari konsep Skinnerian yang menyatakan bahwa dalam setiap situasi atau dalam merespon stimulus, individu telah memiliki perbendaharaan respon yang mungkin sesuai dengan

stimulus tersebut, dan mengeluarkan perilaku yang dikuatkan atau diberi reward (Mc Leond, 2006). Prinsip tersebut dikenal dengan *operant conditioning* (pengkondisian operan). Hal tersebut dapat diilustrasikan misalnya ketika seseorang bertanya akan ada banyak cara meresponnya, misalnya dengan menjawab pertanyaan tersebut, mengacuhkannya atau lari. Skinner (Mc Leond, 2006) mengemukakan bahwa respon yang dikeluarkan adalah respon yang paling sering dikuatkan dimasa lalu. Sebagian besar orang akan menjawab pertanyaan tersebut, karena dimasa lalu perilaku ini menghasilkan pujian, perhatian dari si penyanya. Namun jika orang yang ditanya dibesarkan dalam keluarga yang menjadika jawaban atas pertanyaan akan bermuara agresi verbal, celaan, atau agresi fisik, maka orang tersebut akan merefleksikan sejarah penguatan perilakunya sehingga orang tersebut akan diam.

Aplikasi dalam penelitian ini adalah adanya *reward* dan *punishment* pada penderita diabetes mellitus. Tjokropawiro (2002) penyakit diabetes mellitus sebenarnya dapat memberikan *reward* (hadiah) dan *punishment* (hukuman) kepada penderitanya. Ini berarti bahwa bila penderita diabetes banyak melanggar aturan terapi yang diberikan, maka ia akan mendapatkan hukuman (*punishment*) berupa komplikasi dikemudian hari. Sebaliknya jika penderita diabetes tertib merawat penyakitnya dengan baik (seperti selalu mengontrol pola makan, kadar gula darah, olahraga dan sebagainya), selalu mengikuti aturan terapi yang berlaku, komplikasi penyakit tersebut tidak atau sulit muncul dan ini merupakan hadiah (*reward*).

Ellis (1997) mengemukakan selain menerima kondisi diabetes yang dialaminya kemudian berpikir rasional dan meyakini keyakinan rasional beliau juga melakukan banyak perubahan didalam kehidupannya. Perubahan yang dilakukan

oleh Ellis antara lain suntik insulin dua kali sehari, mengkonsumsi roti selai kacang, minum obat teratur, mengukur kadar gula darah secara teratur, olahraga. Semua hal itu dilakukan untuk mendapatkan kondisi yang nyaman dan stabil. Walaupun begitu Ellis pernah mengalami hipoklemik dan dirawat di rumah sakit sebanyak tiga kali. Kasus yang dialami Ellis dapat dijadikan sebagai contoh *reward* dan *punishment* yang diperolehnya. Ellis (1997) menceritakan kondisi tubuh dapat lebih baik, sehat, stabil, nyaman saat dirinya menjalankan aktifitas barunya yang menurutnya sangat menjengkelkan yaitu diet, cek gula darah, suntik insulin, olahraga, periksa kedokter. Namun Ellis tidak munafik jika dirinya juga mengalami saat bosan dengan rutinitas barunya dan melanggarnya ketentuan tersebut yang berakibat kondisinya memburuk bahkan harus dirawat di rumah sakit.

Ellis (1997) mengemukakan penderita diabetes harus bersedia melakukan kontrol pada makanan atau diet, mengecek gula darah, olahraga dan minum obat. Selain itu individu juga harus mau menerima kondisi diri karena dibalik kelemahan ada maknanya (hikmah). Pernyataan – pernyataan tersebut selalu dikemukakan Ellis pada kliennya yang mengalami penyakit kronis, keterbatasan, cacat.

Modifikasi perilaku yang diterapkan dalam penelitian ini merujuk pada penelitian Viens dan Hranck pada tahun 1992 tentang modifikasi perilaku pada penderita bulimia (Mc Leond, 2006). Penelitian tersebut menggunakan modifikasi perilaku dengan membuat aturan pola makan baru yang frekuensinya diatur, kemudian menggunakan sesi relaksasi, menimbang berat badan setiap hari dan melaporkan pada buku catatan yang dibuat grafik kemudian diserahkan pada terapis setiap minggunya, monitoring diri terkait makanan yang dimakan, berapa

banyaknya, serta yang dimuntahkan kembali, terlibat dalam aktivitas fisik setiap hari dan melaporkan pada terapis setiap minggunya, kemudian terapis memberikan psikoedukasi kepada key person terkait terapi yang dilakukan oleh pasien dan tugas yang dilakukan oleh *key person* tersebut.

Modifikasi perilaku pada penelitian ini dilakukan dengan membuat aturan pola makan baru sesuai diet diabetes yang berdasarkan jumlah, jam dan jenis makanan, kemudian mencatat dan melaporkan menu makanan tiap hari jumlah makanan, jenisnya dan waktunya. Olahraga yang dilakukan setiap hari dengan lama waktu pelaksanaannya. frekuensi pelaksanaan relaksasi setiap harinya. Periksa ke dokter cek gula darah dan intake obat maupun insulin. Semua pencatatan tersebut diserahkan setiap empat hari sekali pada terapis. Terapis juga memberikan psikoedukasi terkait terapi yang dilakukan oleh peserta kepada *key person*, serta menjelaskan tugas yang dilakukan oleh *key person* tersebut.

Viens dan Hranckuck mengungkapkan bahwa monitoring terhadap pasien yang diterapis setiap minggu memiliki kontribusi yang sangat besar untuk menguatkan kemajuan dan perkembangan klien, jauh dibanding kontribusi terapis saat sesi terapi berlangsung (Mc Leond, 2006). Hal ini menunjukkan bahwa proses monitoring peserta terapi sangat penting.

Ellis (1997) juga mengungkapkan hal yang sama. Pada saat kondisi kesehatan Ellis memburuk hingga harus dirawat di rumah sakit, Ellis memutuskan untuk memiliki dokter dan perawat untuk membantu dan memonitor kebiasaan baru yang harus dilakukannya tersebut. Dan Ellis juga mengemukakan jika hal tersebut sangat membantunya membuat kondisinya stabil.

Self monitoring merupakan konsep kepribadian yang diperkenalkan oleh Snyder (dalam Snyder dan Gangestad, 1986). Snyder (Czellar, 2003)

mendefinisikan *self monitoring* sebagai kemampuan individu dalam mengontrol diri dan mengelola faktor – faktor perilaku sesuai dengan situasi dan kondisi untuk menampilkan diri dalam situasi sosial. Czellar (2003) mengungkapkan bahwa sedikit sekali orang yang mepedulikan akan kepantasan penampilannya dihadapan orang lain atau lingkungannya. Individu yang seperti ini adalah individu yang memiliki *self monitoring* rendah. Mereka lebih percaya akan perilaku dan kepercayaan diri dalam dirinya sendiri daripada pengaruh lingkungan sosialnya, sehingga mereka tidak banyak terpengaruh dengan perbedaan situasi sosial.

Individu yang memiliki pemantauan diri rendah akan mengalami kesulitan untuk menempatkan dirinya dalam situasi sosial, karena mereka dalam situasi berbeda tetap menampilkan perilaku yang sama, jika hal ini terjadi terus menerus maka akan terjadi konflik antara individu tersebut dengan lingkungan. Orang tersebut dinilai tidak dapat menyesuaikan diri karena berperilaku tidak pada tempatnya (Murni, 2004).

Selain terdapat individu yang memiliki *self monitoring* yang rendah juga terdapat individu yang memiliki *self monitoring* yang tinggi (Czellar, 2003). Individu yang memiliki *self monitoring* tinggi mempunyai kemampuan yang baik dalam mengontrol ekspresi atas tinggahlaku sosial mereka untuk menyesuaikan penampilan dan tindakan – tindakan mereka. Snyder dan Gangestad (1986), pemantauan diri yang tinggi ditunjukkan dengan adanya kepedulian terhadap tingkah laku yang pantas untuk ditampilkan dalam situasi sosial, sehingga tinggahlakuknya akan berubah – ubah sesuai dengan situasi yang dihadapi. Individu yang pemantauan dirinya tinggi biasanya berperilaku lebih responsif terhadap petunjuk situasional, luwes, berusaha memperlancar interaksi sosial.

Sebaliknya individu yang pemantauan dirinya rendah cenderung bertindak dengan keadaan dirinya yang sesungguhnya, sehingga dalam situasi berbeda tetap menampilkan situasi yang sama, dengan kata lain orang yang memiliki self monitoring yang rendah akan selalu berperilaku konsisten antara sikap, perasaan, dan nilai – nilai yang dianut walaupun ia berada dalam kondisi.

Faktor – faktor yang mempengaruhi *self monitoring*, Webb (1989) dalam penelitiannya menemukan bahwa *self monitoring* sangat dipengaruhi oleh motivasi, kemampuan dan faktor performansi dalam menyesuaikan perilaku seseorang sebagai respon terhadap situasi sosial. Lippa (1983) mengemukakan bahwa jenis kelamin mempunyai pengaruh terhadap *self monitoring* individu. Seorang pria yang memiliki self monitoring tinggi memperhatikan ekspresi sikap dengan frekuensi yang lebih kecil dan durasinya lebih singkat dibandingkan wanita.

Snyder (1986) mengungkapkan *self monitoring* dapat dikaitkan sebagai kemampuan individu untuk melakukan kontrol dalam menghadapi pola, kesan dan citra yang dibentuk orang lain. Adapun pengontrolan itu dikaitkan terhadap perilaku, interaksi sosial serta perasaan. Sementara menurut Murni (2004) konsep *self monitoring* ini didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan presentasi diri. *Self monitoring* merupakan kecakapan individu dalam membaca situasi dan lingkungannya, serta kemampuan untuk mengontrol diri dan mengelola faktor faktor perilaku sesuai dengan situasi dan kondisi untuk menampilkan diri dalam situasi sosial. *Self monitoring* dalam penelitian ini antara lain diet, *intake* obat, olahraga. *Self monitoring* terkait dengan cara individu mengontrol dan memantau keadaan penyakit diabetesnya.

Pementauan status metabolik pasien diabetes mellitus merupakan hal yang penting sebagai bagian dari pengelolaan diabetes mellitus (Perkenin, 2006). Soegondo (1996) menjelaskan tujuan pengendalian diabetes mellitus secara rinci adalah sebagai berikut:

1. Menghilangkan gejala
2. Menciptakan dan mempertahankan rasa sehat
3. Memperbaiki kualitas hidup
4. Mencegah komplikasi akut dan kronik
5. Mengurangi laju perkembangan komplikasi yang telah ada
6. Mengurangi kematian mengurangi penyakit penerta jika adan

Tidak ada obat untuk penyakit diabetes mellitus, dan pengobatan seumur hidup dibutuhkan untuk mengontrol gangguan tersebut.

Proses monitoring terapis terhadap modifikasi perilaku pada peserta dalam terapi ini menggunakan fungsional analisis. Yaitu salah satu teknik analisis dengan cara menemukan mengontrol variabel untuk langsung menilai dampaknya pada perilaku maladaptif, yang disebut sebagai penilaian fungsional eksperimental atau analisis fungsional.

Penilaian fungsional mengacu pada berbagai pendekatan untuk mencoba mengidentifikasi pendahulu dan konsekuensi perilaku sementara analisis fungsional mengacu pada manipulasi sistematis kegiatan lingkungan untuk uji eksperimental peran mereka sebagai pendahulu atau konsekuensi dalam mengendalikan dan memelihara perilaku masalah khusus.

Setiap perilaku manusia pasti memiliki maksud dan tujuan. Selain itu dalam fungsional analisis masalah perilaku dikelola oleh perhatian dari orang lain sebagai penguatan positif sosial.

Fungsional penilaian perilaku memberikan hipotesis tentang hubungan antara peristiwa lingkungan spesifik dan perilaku. Dasawarsa penelitian telah menetapkan bahwa baik diinginkan dan perilaku yang tidak diinginkan dipelajari melalui interaksi dengan lingkungan sosial dan fisik. *Functional behavior analysis* (FBA) digunakan untuk mengidentifikasi jenis dan sumber penguat untuk menantang perilaku sebagai dasar untuk upaya intervensi dirancang untuk mengurangi terjadinya perilaku ini.

Fungsi perilaku dapat dianggap sebagai tujuan perilaku untuk melayani seseorang. Semua perilaku mempunyai suatu tujuan. Menurut Alberto (2009), perilaku dapat memiliki fungsi-fungsi berikut untuk individu:

1. Untuk mendapatkan perhatian: misalnya dari guru, orang tua, pelanggan, dari teman sepermainan atau gang (*peer*). Fungsi ini memiliki penguatan positif berupa menerima perhatian atau dapat meningkatkan memotivasi orang untuk terlibat lebih dalam tentang suatu hal, dan dapat membuat orang tersebut mengulangi perbuatannya tersebut.
2. Untuk mendapatkan sesuatu misalnya dapat berupa benda, aktifitas, atau acara. Fungsi ini memiliki penguatan positif meningkatkan memotivasi orang untuk terlibat lebih dalam tentang suatu hal, dan dapat membuat orang tersebut mengulangi perbuatannya tersebut.
3. Untuk mendapatkan rangsangan sensorik misalnya berupa visual, pendengaran, penciuman, gustatory, kinestetik, proprioseptif. Fungsi ini memiliki penguatan otomatis positif penyediaan input sensorik dengan terlibat dalam perilaku yang meningkatkan memotivasi orang untuk

terlibat lebih dalam tentang suatu hal, dan dapat membuat orang tersebut mengulangi perbuatannya tersebut.

4. Untuk luput dari perhatian misalnya perhatian dari rekan atau interaksi sosial dewasa dengan peer. memiliki penguatan negatif, menghapus mahasiswa dari interaksi yang meningkatkan permusuhan tingkat masa depan atau kemungkinan perilaku.
5. Melarikan diri dari misalnya menuntut atau membosankan pengaturan tugas, aktivitas, acara. Fungsi ini memiliki penguatan negatif, menghilangkan stimulus individu menemukan permusuhan atau kemungkinan perilaku.
6. Untuk melarikan diri dari rangsangan indra misalnya berupa rangsangan internal yang menyakitkan tidak menyenangkan. berpenguatan negatif otomatis, stimulasi intrnal menyakitkan atau tidak menyenangkan dengan melakukan perilaku itu sendiri.

Fungsi ini diidentifikasi dalam sebuah FBA dengan mengidentifikasi jenis dan sumber jika penguatan untuk suatu perilaku. Mereka *reinforcement* mungkin positif atau *reinforcement* negatif sosial yang diberikan oleh seseorang yang berinteraksi dengan orang, atau *reinforcement* otomatis diproduksi langsung oleh perilaku sendiri.

1. Positif Penguatan - penguatan positif sosial (perhatian), penguatan nyata, dan dukungan positif otomatis.
2. Negatif Penguatan - penguatan negatif sosial (melarikan diri), penguatan negatif otomatis.

Perilaku mungkin tampak berbeda, tetapi dapat memiliki fungsi yang sama dan juga perilaku yang tampak sama dapat memiliki fungsi ganda.

Identifikasi kondisi yang menjelaskan suatu perilaku, menunjukkan kondisi apa perlu diubah untuk mengubah perilaku. Oleh karena itu, penilaian fungsi perilaku dapat menghasilkan informasi yang berguna berkaitan dengan strategi intervensi yang mungkin efektif.

Metode FBA dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis menurut Cooper (2007):

1. Fungsional (eksperimental) Analisis

Analisis fungsional adalah salah satu yang hidup sebelum masa dan konsekuensi yang dimanipulasi untuk menunjukkan efek terpisah mereka tentang suatu perilaku. Jenis pengaturan ini sering disebut sintesis karena mereka tidak dilakukan dalam konteks yang terjadi secara alami. Namun, penelitian menunjukkan bahwa analisis fungsional dilakukan dalam lingkungan alam akan menghasilkan hasil yang sama atau lebih baik. Analisis fungsional standar biasanya memiliki empat kondisi (kondisi pengujian tiga dan satu kontrol):

- a. Kontinjensi perhatian (*Contingent attention*)
- b. Kontinjensi melarikan diri (*Contingent escape*)
- c. Sendirian (*Alone*)
- d. Kontrol kondisi (*Control condition*)

Sedangkan kondisi empat di atas adalah analisis fungsional yang paling banyak digunakan kondisi eksperimental, dengan menggunakan metodologi dasar analisis fungsional (dan analisis eksperimental pada umumnya) adalah mungkin untuk mengatur setiap kombinasi pendahulu dan konsekuensi perilaku untuk menentukan efek apa, jika ada, mereka

terhadap perilaku. Keuntungan - memiliki kemampuan untuk menghasilkan sebuah demonstrasi yang jelas dari variabel (s) yang berhubungan dengan terjadinya masalah perilaku. Ini berfungsi sebagai standar bukti ilmiah oleh penilaian alternatif lain yang dievaluasi. Ini merupakan metode yang paling sering digunakan dalam penelitian tentang penilaian dan pengobatan perilaku bermasalah. Proses penilaian Keterbatasan - sementara dapat memperkuat atau meningkatkan perilaku yang tidak diinginkan untuk serius tingkat yang tidak dapat diterima atau hasil dalam perilaku yang tidak menyenangkan mendapatkan fungsi baru.

2. Penilaian Deskriptif

Seperti Analisis Fungsional, penilaian perilaku deskriptif fungsional menggunakan observasi langsung terhadap perilaku dan pengamatan yang dilakukan di bawah kondisi yang terjadi secara alami. Oleh karena itu, penilaian deskriptif melibatkan pengamatan perilaku masalah sehubungan dengan peristiwa yang tidak diatur secara sistematis. Ada tiga variasi dari penilaian deskriptif:

- a. ABC (anteseden-perilaku-konsekuensi) perekaman kontinyu - pengamat catatan kejadian perilaku yang ditargetkan dan peristiwa lingkungan yang dipilih dalam rutinitas alam. Sehari hari tergantung hal hal yg diamati, simtom dll.
- b. ABC merekam narasi - data yang dikumpulkan hanya ketika perilaku diamati, dan perekaman mencakup setiap peristiwa yang segera mendahului dan mengikuti perilaku target.

c. *Scatterplots* - sebuah prosedur untuk mencatat sejauh mana suatu perilaku sasaran terjadi lebih sering pada waktu tertentu daripada yang lain.

3. Tidak langsung Penilaian (Indirect Assessment)

Metode ini menggunakan wawancara terstruktur, checklist, skala rating, atau kuesioner untuk mendapatkan informasi dari orang-orang yang akrab dengan orang yang menunjukkan perilaku untuk mengidentifikasi kondisi yang mungkin atau peristiwa di lingkungan alam yang berhubungan dengan masalah perilaku. Mereka disebut "tidak langsung" karena mereka tidak melibatkan observasi langsung perilaku, melainkan mengumpulkan informasi berdasarkan ingatan orang lain tentang perilaku.

a. Keuntungan - beberapa dapat memberikan sumber yang berguna untuk informasi dalam membimbing berikutnya, penilaian lebih objektif, dan memberikan kontribusi pada pengembangan hipotesis tentang variabel yang mungkin kesempatan atau menjaga perilaku yang memprihatinkan.

b. Keterbatasan - informan mungkin tidak akurat dan tidak bias mengingat perilaku dan kondisi-kondisi yang terjadi.

Prosedur behavior assessment dalam praktiknya memiliki beberapa langkah yang berhubungan target tingkahlaku dan pengontrolan kondisi (situasi) menurut Martin (2005):

- a. Membuat daftar masalah klien
- b. Menjembatani perbedaan antar masalah klien dengan sumber lain (narasumber)

- c. Pilih masalah yang akan diubah
- d. Menbuat target respon, hal hal yang dapat dilakukan untuk mengkontrol antecedents, konsekuensi negative, hal yang dapat dilakukan untuk mengkontrol konsekuensi, dan respons strength (perubahan yang dapat dilakukan klien)
- e. Mengumpulkan data assessment dr klien
- f. Menganalisis data untuk menentukan pendahulunya mengendalikan kemungkinan dan konsekuensi.

Beberapa teknik yang dapat digunakan yang ditemukan melalui penelitian antara lain adalah menurut :

- a. Analisis Tugas adalah sebuah proses di mana tugas dianalisis menjadi beberapa bagian sehingga bagian-bagian dapat diajarkan melalui penggunaan *chaining: forward chaining, backward chaining* dan presentasi total tugas. Tugas analisis telah digunakan dalam manajemen perilaku organisasi, perilaku pendekatan analitik untuk perubahan organisasi Perilaku *script* sering muncul dari analisis tugas. Misalnya diet diabetes, maupun self monitoring diabetes.
- b. *Chaining* adalah keterampilan yang harus dipelajari dipecah menjadi unit-unit kecil untuk belajar mudah. Misalnya, seseorang belajar untuk menyikat gigi secara independen dapat mulai dengan belajar untuk buka tutup pasta gigi. Begitu mereka telah mempelajari ini, langkah berikutnya mungkin meremas tabung, dll. Untuk perilaku bermasalah, rantai juga dapat dianalisis dan rantai dapat terganggu untuk mencegah perilaku bermasalah Beberapa terapi perilaku, seperti dialektis Perilaku Terapi, Membuat ekstensif menggunakan analisis perilaku rantai. Secara

perlahan lahan mengatur pola makan dapat diawali dengan mengurangi konsumsi gula, makanan yang berkadar karbohidrat tinggi, kemudian lebih banyak mengkonsumsi serat, dan rutin berolah raga ringan misalnya jalan santai, naik sepeda sebagai upaya pemeliharaan kesehatan khususnya membantu menstabilkan gula darah.

c. Memaksa adalah sebuah isyarat atau bantuan untuk mendorong respon yang diinginkan dari individu (anjuan) menurut Martin (2003). Sering dikategorikan ke dalam hierarki dari paling sedikit mengganggu mengganggu. Ada beberapa kontroversi tentang apa yang dianggap paling mengganggu: fisik mengganggu versus tersulit memudar (mis. verbal). Anjuan yang dapat membantu secepat mungkin untuk menghindari ketergantungan. Tujuan mengajar dengan mendorong akan membantu subjek untuk menuju kemerdekaan, sehingga tidak diperlukan tuntunan atau bimbingan untuk mendorong individu dalam melakukan perilaku yang diinginkan. Jenisnya antara lain:

- 1) Verbal : Memanfaatkan vokalisasi untuk menunjukkan respon yang diinginkan. Memberikan pemahaman terkait perilaku maladaptive serta dampaknya dan mengingatkan perilaku yang seharusnya dikerjakan.
- 2) Visual : Sebuah isyarat visual atau gambar. Adanya gambar dampak diabetes mellitus misalnya sosialisasi atau tempelan gambar gangren, jantung, kebutaan dan lain lain.
- 3) Gerak : Memanfaatkan gerakan fisik untuk menunjukkan respon yang diinginkan. Adanya *diabetes club* yang mengadakan senam diabetes untuk umum dan khususnya para penderita diabetes secara

rutin. Adanya penyelenggaraan relaksasi masal baik untuk umum maupun penderita diabetes.

- 4) Posisi : Item target ditempatkan lebih dekat kepada individu.
- d. Modeling: Modeling respon yang diinginkan untuk siswa. Jenis yang cepat sangat cocok bagi individu yang belajar melalui imitasi dan dapat hadir untuk model. Memberikan contoh missal tokoh terkenal atau pasien yang pernah menderita diabetes yang akut, namun dapat hidup normal karena kedisiplinan dalam menjalani self monitoring.
- e. Fisik Anjuran: Secara fisik memanipulasi individu untuk menghasilkan respons yang diinginkan. Bila menggunakan petunjuk untuk secara sistematis mengajarkan keahlian, tidak semua meminta perlu digunakan, meminta dipilih berdasarkan mana yang paling efektif untuk individu tertentu. Merubah pola perilaku maladaptive dengan sedikit demi sedikit agar mencapai keinginan subjek (respon yang diinginkan terkait dampak diabetes melitus yang dihadapi)
- f. Video pemodelan adalah salah satu teknik mengajar terbukti efektif dengan beberapa siswa, terutama anak-anak, adalah penggunaan model video (penggunaan urutan direkam sebagai contoh perilaku). Hal ini dapat digunakan oleh para terapis untuk membantu akuisisi kedua verbal dan tanggapan motor, dalam beberapa kasus untuk rantai panjang perilaku.

Berdasarkan FBA intervensi analitik kritis terhadap perilaku adalah konsep formulasi kasus perilaku sistematis dengan penilaian perilaku fungsional atau analisis pada intinya Pendekatan ini harus menerapkan teori analitik perilaku perubahan (lihat teori perubahan perilaku). Formulasi ini harus meliputi

penilaian fungsional menyeluruh, penilaian keterampilan, analisis sekuensial (perilaku analisis rantai), penilaian ekologi, lihat ada model perilaku dibuktikan berbasis untuk perilaku bermasalah dan kemudian rencana perawatan yang didasarkan pada bagaimana perilaku pengaruh faktor lingkungan. Beberapa berpendapat bahwa kasus formulasi analitik perilaku dapat ditingkatkan dengan evaluasi aturan dan aturan perilaku diatur (Alberto, 2009). Beberapa hasil dari intervensi yang jenis konseptualisasi melibatkan pelatihan keterampilan komunikasi yang spesifik untuk menggantikan masalah perilaku. Misalnya penayangan film dokumenter tentang penderita diabetes mellitus.

Premis dasar dari REBT adalah masalah emosional yang terutama disebabkan karena tuntutan, asumsi yang sering kali tidak terverbalisasi yang secara terus menerus dibawa pada diri seseorang seiring perjalanan hidup mereka. Terapi ini dalam jalur behavioral rasional emotive mencakup tindakan terapis mempertanyakan asumsi - asumsi tersebut dan mempersuasi pasien bahwa menjalani hidup tanpa memaksakan tuntutan dan tujuan yang tidak masuk akal pada diri sendiri akan mengurangi stres (Davinson, 2003).

Dalam penelitian ini pada sesi teknik behavioral menggunakan metode penilaian perilaku deskriptif fungsional. Metode ini menggunakan observasi langsung terhadap perilaku dan pengamatan yang dilakukan di bawah kondisi yang terjadi secara alami. Oleh karena itu, penilaian deskriptif melibatkan pengamatan perilaku masalah sehubungan dengan peristiwa yang tidak diatur secara sistematis.

Dengan adanya pemberian terapi *rational emotive behavior* klien dapat mengubah keyakinan irrasionalnya dengan keyakinan rasional, memiliki tingkahlaku yang sesuai yang adaptif, dapat mengikuti petunjuk dokter,

menerima keadaan diri, dan dapat melakukan *self monitoring* terkait penyakit diabetes mellitus yang semuanya akan memberikan dampak positif bagi kesehatan klien, dapat mengurangi maupun menghilangkan keluhan/gejala diabetes dan mempertahankan rasa nyaman dan sehat. Jika hal tersebut dapat terlaksana diharapkan akan meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes mellitus.

Pelaksanaan terapi ini menggunakan modul *rational emotive behavior therapy* yang dibuat oleh peneliti sendiri. Peneliti melakukan modifikasi dari modul intervensi David (2008) *REBT depression manual; Managing Depression Using Rational Emotive Behavior Therapy* dan modul *Anger Management* dari Monica Freedman (*Center for School Mental Health at the University of Maryland*). Teknik kognitif dalam modul ini diambil dari *Anger Management*, sedangkan teknik emotif diambil dari *Depression Manual; Managing Depression Using Rational Emotive Behavior Therapy*. Dan untuk teknik *behavior* peneliti menggunakan modifikasi perilaku terkait aspek diet diabetes, relaksasi, pikiran negatif, intake obat dan olahraga. Kegiatan tersebut selama penelitian berlangsung akan dimonitoring oleh terapis dengan metode *functional behavior analysis*. Kedua modul yang digunakan oleh peneliti sudah stabil.

D. Hipotesis

Berdasarkan pada uraian yang telah dikemukakan di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut : Ada peningkatan kualitas hidup penderita diabetes mellitus antara sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan *rational emotive behavior therapy*.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel yang terlibat dalam penelitian ini adalah :

- A. Variabel tergantung : Kualitas Hidup
- B. Variabel bebas : *Rational emotive behavior therapy*

B. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1) Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah persepsi individu terkait dengan posisinya dalam hidup baik dalam konteks budaya, sistem nilai yang berkembang menyangkut tujuan pengharapan standar, perhatian yang aspeknya meliputi fisik, psikologis, sosial, dari bidang kesehatan yang dipengaruhi oleh pengalaman pribadi seseorang, kepercayaan (spiritualitas) harapan serta persepsi (yang secara kolektif disebut dengan persepsi sehat/ *perception of health*) sehubungan dengan penyakit tertentu dan atau pengobatan. Kualitas hidup dalam penelitian ini diukur menggunakan skala kualitas hidup modifikasi dari *Diabetes Quality Of Life Clinical Trial Questioner – Revised* (DQOLCTQ-R), yang dikembangkan oleh *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS) meliputi 7 domain yaitu : (1) Fungsi fisik (*physical function*), (2) Energi (*energy/fatigue*), (3) Kesehatan (*health distress*), (4) Kesehatan mental (*mental health*), (5) Kepuasan pribadi (*satisfaction*), (6) Kepuasan pengobatan (*treatment flexibility*), (7) Gejala gejala penyakit (*frequency of symptoms*). Semakin tinggi skor skala kualitas hidup semakin tinggi pula kualitas hidup penderita diabetes mellitus.

2) Terapi *Rational Emotive Behavior*

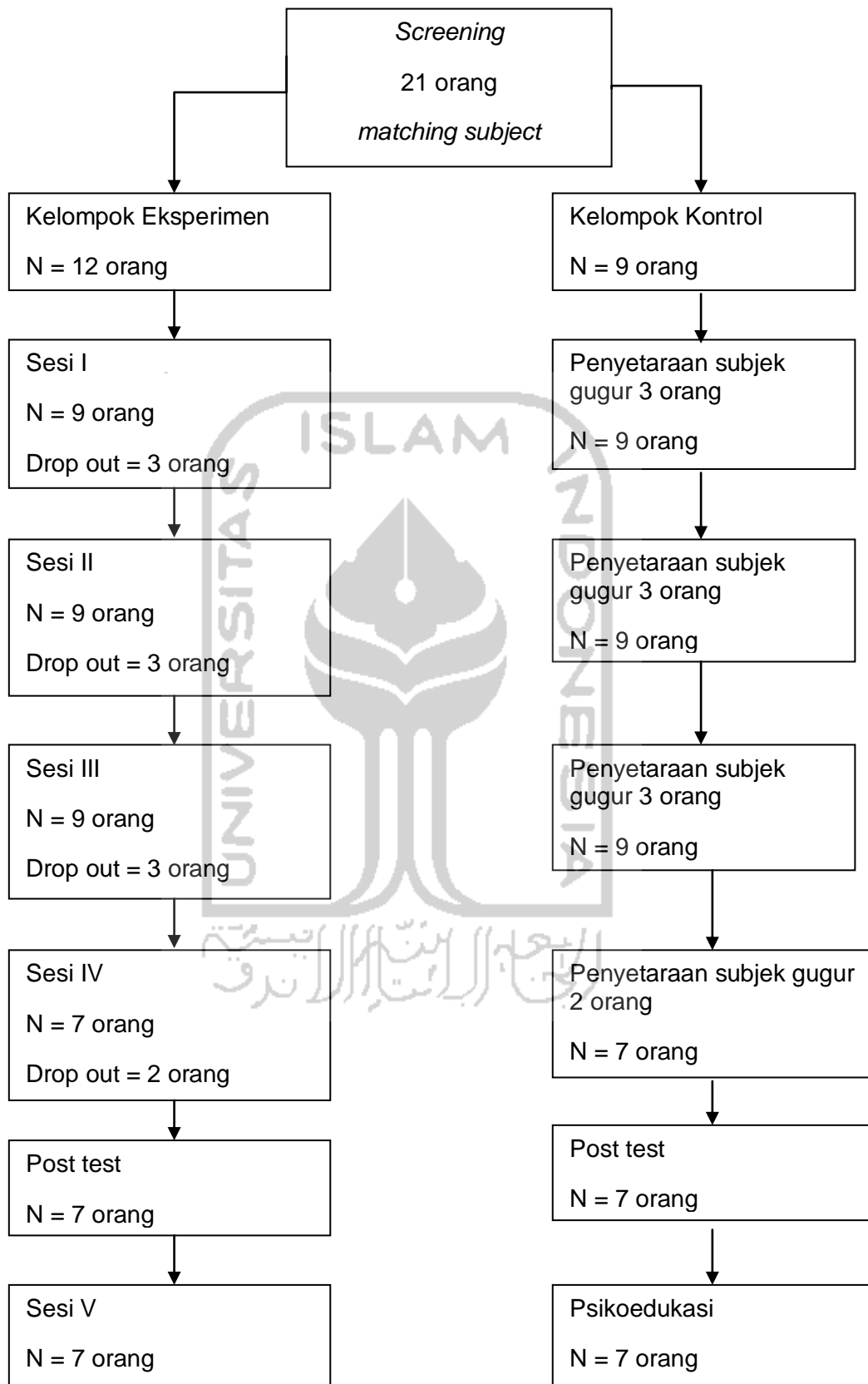
Terapi *rational emotive behavior* adalah terapi yang digunakan untuk memanje masalah maladaptife, yang memfokuskan pada keyakinan irasional yang memunculkan emosi negatif, dan dengan terapi ini akan digantikan dengan hal yang rasional dan produktif dengan harapan akan mengubah kebiasaan individu (Egbochuku, 2007) . Terapi dalam penelitian ini akan dilangsungkan dalam 3 hari yang terdiri dari 5 sesi yang diawali dengan *screening* untuk menentukan subjek penelitian dan dilakukan pembagian kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Sesi I merupakan pengantar dilaksanakan sesi II terapi emotif dan sesi III terapi kognitif. Setelah itu dilaksanakan sesi IV terapi tingkahlaku. Kemudian selama 30 hari subjek mengerjakan tugas merubah keyakinan irasionalnya, meubah emosi negatif menjadi positif baik secara kognitif maupun proses relaksasi, diet diabetes, olahraga dengan monitoring dari peneliti. Setelah 30 hari itu diadakan post test. Sehari kemudian diadakan evaluasi dan *follow up* penutupan. Dalam pelaksanaan terapi ini, peneliti melakukan terapi kognitif, emotif, serta *support* terapi pada peserta terapi baik selama pre test hingga proses terapi berlangsung dan selama proses monitoring.

C. Subjek Penelitian

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan yang menderita diabetes mellitus di Puskesmas Ngaglik I Sleman. Metode pengambilan subjek penelitian adalah *purposive sampling*, yaitu pemilihan subjek penelitian berdasarkan tujuan tertentu. Kriteria subjek yang digunakan untuk mencapai tujuan penelitian serta menjaga validitas isi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Jenis kelamin laki – laki dan perempuan
- 2) Usia di bawah 60 tahun, dengan alasan skor kualitas hidup menurun murni karena diabetes yang diderita bukan karena penurunan kualitas hidup karena usia.
- 3) Lama menderita diabetes mellitus diprioritaskan yang masih baru karena masih dalam taraf adaptasi, penerimaan diri terhadap penyakit diabetes mellitus. Namun karena keterbatasan subjek pasien yang telah lama menderita diabetes mellitus juga dapat dijadikan subjek jika memiliki skor kualitas hidup rendah atau sedang.
- 4) Belum pernah mengikuti kegiatan atau pelatihan baik kognitif, relaksasi, dengan alasan dapat mempengaruhi hasil dari terapi yang akan dikenakan terhadap subjek, bukan karena pengalaman yang telah dimiliki sebelumnya.

Subjek yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 21 orang yang kemudian dibagi menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol kemudian dilakukan *matching subject* dengan penyetaraan pendidikan. Kemudian diperoleh 12 orang kelompok eksperimen dan 9 orang kelompok kontrol sebagai kelompok *waiting list*. Namun selanjutnya mengalami drop out untuk kelompok eksperimen sebanyak 5 orang hingga akhir penelitian kelompok eksperimen menjadi 7 orang. Secara rinci digambarkan dibawah ini sebagai berikut:



Gambar 6: Bagan jumlah peserta terapi REBT

D. Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan dalam penelitian ini antara lain adalah:

1) Skala kualitas hidup

Pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh melalui kuesioner yang berbentuk skala yang merupakan hasil modifikasi dari *Diabetes Quality Of Life Clinical Trial Questioner – Revised* (DQOLCTQ-R) sebagai alat ukur. Versi revisi terdiri dari 57 item ,dan 7 domain yaitu : (1) Fungsi fisik (*physical function*), (2) Energi (*energy/fatigue*), (3) Kesehatan (*health distress*), (4) Kesehatan mental (*mental health*), (5) Kepuasan pribadi (*satisfaction*), (6) Kepuasan pengobatan (*treatment flexibility*), (7) Gejala gejal;la penyakit (*frequency of symtoms*). Skor yang lebih tinggi menandakan suatu status kesehatan yang lebih baik (Shen et al., 1999).



Blue print 1 :

Distribusi Butir Skala Diabetes Quality Of Life Clinical Trial Quesionere

Indikator	Butir Favourabel		Butir Unfavourabel	
	Nomor butir	Jumlah	Nomor Butir	Jumlah
Fungsi fisik (<i>physical function</i>)		0	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f	6
Energi (<i>energy/fatigue</i>)	4c, 4e, 4g	3	4a, 4i	2
Kesehatan (<i>health distress</i>)		0	4b, 4d, 4f, 4h, 4j, 4k	6
Kesehatan mental (<i>mental health</i>)	5b, 5d	2	5a, 5c, 5e	3
Kepuasan pribadi (<i>satisfaction</i>)	6a, 6g, 6h, 6i, 6j, 6k, 6l, 6m, 6n, 6o	10	6b, 6c, 6d, 6e, 6f	5
Kepuasan pengobatan (<i>treatment flexibility</i>)	7a, 7b, 7c, 7d, 7e, 7f, 7g, 7h, 7i	10	8a, 8b, 8j	3
Gejala gejala penyakit (<i>frequency of syptoms</i>)	9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f, 9g.	7		0
Jumlah		32		25

Kuesioner DQOLCQ-R memiliki validitas dan reliabilitas baik, jarak α Cronbach dari 0,77 sampai 0,90 dan jarak hubungan interklas adalah 0,74 sampai 0,99 dengan pengecualian yang hampir tidak ada (Shen et al., 1999) : Wildes et al., 2003). Validitas dan reliabilitas ini sudah pernah diuji melalui uji kelayakan yang dilakukan terhadap 35 penderita DM tipe 2 di Rumah Sakit DR. Sardjito Yogyakarta pada bulan Januari hingga Maret 2002, yaitu dengan melihat distribusi respon, korelasi antar item, korelasi item total, dan konsistensi internal serta menentukan status item. Pada analisis item menyeluruh dari hasil uji kelayakan nilai konsistensi internal alpha seluruh item > 0,5 (0,82) (Hartini, 2003).

Kategorisasi tingkat kualitas hidup diperoleh dari hasil skor terendah dan skor tertinggi try out terpakai sebelum penelitian berlangsung. Kriteria tersebut berdasarkan rumus menurut Azwar (2006) yaitu :

$X > M + 1,5 SD$ sangat tinggi

$M + 0,5 SD < X < M + 1,5 SD$ tinggi

$M - 0,5 SD < X < M + 0,5 SD$ sedang

$M - 1,5 SD < X < M - 0,5 SD$ rendah

$X < M - 1,5 SD$ sangat rendah

2) *Infom consent subjek*

Lembar persetujuan subjek yang memuat tentang maksud dan tujuan penelitian, termasuk hak dan kewajiban bagi subjek penelitian. Lembar persetujuan ini juga sebagai bukti tertulis bahwa subjek bersedia secara sukarela untuk mengikuti keseluruhan proses penelitian. Lembar persetujuan ini dibuat atas persetujuan dosen pembimbing.

3) *Infom consent observer*

Lembar persetujuan *observer* yang memuat tentang maksud dan tujuan penelitian, termasuk hak dan kewajiban bagi *observer* penelitian. Lembar persetujuan ini juga sebagai bukti tertulis bahwa *observer* bersedia secara sukarela mengikuti keseluruhan proses penelitian sebagai pengamat subjek penelitian selama subjek melakukan terapi secara mandiri di rumah. Lembar persetujuan *observer* ini dibuat atas persetujuan dosen pembimbing.

4) Wawancara

Menurut Moleong (2002), wawancara adalah suatu metode untuk mengumpulkan data berupa keterangan secara lisan dari seseorang, merupakan percakapan dengan maksud tertentu. Wawancara bebas terpimpin memiliki ciri fleksibilitas dengan arah yang jelas, sehingga pewawancara dapat menggali sebanyak-banyaknya informasi yang dibutuhkan tanpa keluar dari arah tujuan pengumpul data. Metode ini dilakukan untuk menggali hal-hal yang perlu dijelaskan lagi dan yang belum terungkap oleh alat pengumpul data lain. Data berupa keterangan-keterangan dari penderita diabetes mellitus pada saat assesmen.

5) Observasi

Observasi atau pengamatan dalam penelitian ini dibantu oleh *key person*, yaitu anggota keluarga subjek, dapat istri atau suami, maupun anak subjek. Observer bertugas mengamati perilaku subjek selama proses terapi berlangsung. *Observer* juga diberikan lembar kertas berisi blangko pengamatan. *Observer* juga diminta menceritakan secara narasi terkait apa yang dilakukan subjek yang berhubungan dengan item pada blangko pengamatan berupa monitoring diabetes.

6) Catatan harian FBA terkait diet, relasasi, pikiran negative, intake obat, olahraga

Catatan harian, berbentuk lembar observasi ini dibuat dengan alasan untuk mempermudah peneliti dalam pengolahan data kualitatif tiap masing masing subjek. Data kualitatif tersebut dapat menjelaskan perkembangan tiap subjek setelah mengikuti terapi. Hasil dari catatan harian ini akan dinilai reliabilitasnya, sehingga dapat diketahui apakah data tersebut reliabel atau tidak. Lembar observasi ini berisi pengamatan dalam bentuk ABC (anteseden-perilaku-konsekuensi) perekaman kontinyu - pengamat catatan kejadian perilaku yang ditargetkan dan peristiwa lingkungan yang dipilih dalam rutinitas alam. Sehari hari tergantung hal hal yang diamati. Observer dalam hal ini *key person* juga merekam narasi - data yang dikumpulkan hanya ketika perilaku diamati, dan perekaman mencakup setiap

peristiwa yang segera mendahului dan mengikuti perilaku target. *Scatterplots* - sebuah prosedur untuk mencatat sejauh mana suatu perilaku sasaran terjadi lebih sering pada waktu tertentu daripada yang lain.

7) Lembar evaluasi pelaksanaan intervensi

Lembar evaluasi diberikan kepada subjek setelah selesai membahas seluruh topik dalam proses terapi. Lembar evaluasi ini berupa pernyataan atau pertanyaan mengenai :

- a. Perasaan peserta setelah mengikuti proses terapi,
- b. Perubahan atau perbedaan yang dirasakan peserta antara sebelum dan sesudah mengikuti proses terapi,
- c. Seberapa jauh harapan peserta terpenuhi dalam terapi ini,
- d. Seberapa jauh partisipasi peserta dalam proses terapi,
- e. Manfaat pengalaman peserta selama menjalani masing-masing sesi dalam terapi,
- f. Sejauh mana tanggapan peserta terhadap penguasaan terapis dalam menyampaikan materi,
- g. Seberapa jauh tanggapan peserta terhadap penguasaan terapis dalam menjawab masalah,
- h. Seberapa jauh peserta menangkap kejelasan materi yang disampaikan terapis,
- i. Sejauhmana tingkat kepuasan peserta pada topik yang dibahas,
- j. Seberapa besar manfaat yang dirasakan oleh peserta setelah proses terapi.

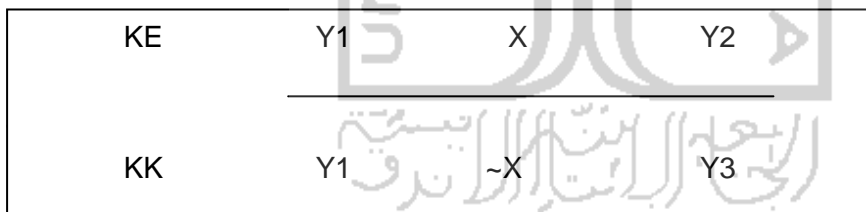
E. Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian quasi eksperimen. Stouffer dan Campbell (Dicky, 2008) merumuskan eksperimen kuasi (*quasi experiment*) sebagai eksperimen yang memiliki perlakuan, pengukuran dampak, unit eksperimen, namun tidak menggunakan penugasan acak untuk menciptakan perbandingan dalam rangka menyimpulkan perubahan yang

disebabkan perlakuan. Perhatian utama penelitian hanya pada efek perlakuan. Tipe eksperimen kuasi rancangan kelompok tak setara (*Nonequivalent group designs*), biasanya perilaku kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diukur sebelum dan sesudah perlakuan.

Proses perbandingan tergantung kepada kelompok pembanding tak setara yang berbeda. Terdapat 2 kelompok dalam penelitian ini yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kedua kelompok terdiri dari penderita diabetes mellitus. Kelompok eksperimen adalah kelompok yang diberikan perlakuan berupa terapi *rational emotive behavior* dan kelompok kontrol dijadikan sebagai pembanding yang tidak mendapatkan terapi. Namun kelompok kontrol dalam penelitian ini memperoleh perlakuan berupa ceramah terkait penanganan diabetes mellitus, setelah pemberian post test.

Rancangan eksperimen untuk penelitian ini adalah *Pretest-posttes control group design* (Kazdin, 1995). Adapun bentuk rancangan tersebut dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 7: Rancangan Eksperimen

Keterangan :

KE : Kelompok Eksperimen

KK : Kelompok Kontrol

Y1 : Pre Test

X : *Rational Emotive Behavior Therapy*

~X : *Waiting list*

Y2 : Post Test. Evaluasi. Follow up

Y3 : Post test, kemudian diberikan Psikoedukasi terkait diabetes mellitus

Y1 selain digunakan sebagai pretest juga di gunakan sebagai alat *screening*, terhadap subjek yang akan dimasukkan dalam penelitian ini.

Suatu rancangan eksperimen mempunyai beberapa ancaman yang kemungkinan dapat mengganggu jalannya eksperimen dan menyebabkan hasil eksperimen menjadi tidak valid, (Azwar, 1998).

Menurut Cook dan Campbell (Dicky, 2008), validitas internal menunjukkan apakah ada hubungan kausal antara dua variabel, apakah hubungan kausal itu berasal dari variabel yang dimanipulasi (perlakuan) ke variabel yang diukur. Ancaman terhadap validitas internal:

- a) Sejarah, menunjukkan perubahan perilaku oleh karena peristiwa yang terjadi di antara pretes dan postes dan bukan karena perlakuan. Hal ini merupakan kejadian-kejadian khusus, selain perlakuan eksperimen yang diberikan, yang terjadi di antara masa pengukuran pertama dengan pengukuran berikutnya yang akan mempengaruhi hasil eksperimen (Azwar, 1998). Ancaman sejarah ini, diatasi dengan cara melaksanakan pelatihan dalam jeda waktu tidak terlalu lama sehingga diharapkan kemungkinan subjek mengalami kejadian-kejadian khusus cukup kecil.
- b) Maturasi, menunjukkan perubahan perilaku oleh karena subjek eksperimen bertambah dewasa, bijak, kuat, lebih berpengalaman antara pretes dan postes dan bukan karena perlakuan. Merupakan proses perubahan yang terjadi dalam diri subjek eksperimen yang terjadi seiring dengan berjalannya waktu, misalnya karena lamanya waktu terapi menyebabkan subjek menjadi lapar, lelah, dan bosan (Azwar, 1998). Ancaman kematangan ini, diatasi dengan membuat jadwal terapi dalam

beberapa sesi, waktu istirahat ketika pergantian sesi, dan dilaksanakan selama proses terapi. Tujuannya supaya peserta terapi tidak merasa bosan dan capek mengikuti terapi.

- c) Testing, menunjukkan efek karena pengulangan pengukuran perilaku tertentu. Pengulangan akan membuat subjek eksperimen lebih mengenal tesnya sehingga performansi akan meningkat

Instrumentasi, menunjukkan perubahan perilaku karena perubahan yang dialami instrumen antara pre tes dan post tes dan bukan karena efek perlakuan. Ancaman instrumentasi ini, diatasi dengan memilih alat ukur yang mempunyai nilai reliabilitas yang tinggi.

- d) Seleksi, menunjukkan efek yang diakibatkan perbedaan jenis subjek antara kelompok eksperimen yang satu dengan yang lain. Dalam eksperimen kuasi ancaman seleksi sangat sering terjadi sebab kelompok yang berbeda akan mendapatkan perlakuan berbeda dan bukan kelompok yang secara probabilistik setara seperti halnya dalam rancangan eksperimen random. Dalam penelitian ini digunakan teknik *matching subjek* berdasar tingkat pendidikan.

- e) Mortalitas menunjukkan efek yang disebabkan oleh jenis subjek yang berbeda yang mengundurkan diri dari kelompok perlakuan selama eksperimen berlangsung. Hasil eksperimen merupakan artifak seleksi sebab kelompok eksperimen terdiri dari subjek yang berbeda pada saat postes

Hadi (2004) menyebutkan beberapa faktor atau variabel yang harus dikendalikan dalam penyelenggaraan eksperimen seperti latar belakang kebudayaan, jenis kelamin, ruangan, gangguan-gangguan interupsi serta cara pelatihan. Dalam eksperimen ini juga dikontrol faktor-faktor tersebut dengan memilih subjek yang berjenis kelamin wanita, tempat atau ruangan pelatihan yang nyaman dan trainer yang memiliki kualifikasi dibidangnya.

F. Jalannya Penelitian

1. Persiapan Penelitian

Langkah langkah yang dilakukan dalam tahap persiapan penelitian ini mencakup:

a. Pembuatan modul *rational emotive behavior therapy*

Modul *rational emotive behavior therapy*, yang digunakan dalam penelitian ini dibuat oleh peneliti. Modul yang terdiri dari teknik rasional, emotif, dan *behavior* tersebut adalah hasil dari menggabungkan teknik yang ada dalam modul lain yang telah *establis*. Peneliti melakukan modifikasi dari modul intervensi David (2008) *REBT depression manual; Managing depression using rational emotive behavior therapy* dan modul *Anger Managenent* dari Monica Freedman (*Center for School Mental Health at the University of Maryland*). Teknik kognitif dalam modul ini diambil dari *Anger Managenent*, sedangkan teknik emotif diambil dari *Depression Manual; Managing Depression Using Rational Emotive Behavior Therapy*. Dan untuk teknik *behavior* peneliti menggunakan *functional behavior analisis*, dengan aspek diet diabetes, relaksasi, pikiran negatif, intake obat dan olahraga. Teknik *behavior* terapi menggunakan fungsional analisis behavior, yang menggunakan 3 pencacatan, yaitu observasi ceklist, narasi dan *scatterplots*.

b. Perijinan

Perijinan yang dilakukan dalam penelitian ini memiliki tujuan untuk pemenuhan suatu prosedur yang harus dilakukan sebelum peneliti memulai proses penelitian, serta untuk memudahkan peneliti dalam proses penelitian itu sendiri. Perijinan yang dilakukan oleh peneliti sendiri dimulai dari administrasi Magister Profesi Psikolog Ull kemudian dilanjutkan kepada Badan Pengembangan Penelitian Daerah Kabupaten Sleman, kemudian dilanjutkan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, yang selanjutnya kepada Puskesmas Ngaglik I Sleman.

c. Proses pembuatan alat bantu

Alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa liflet panduan diet diabetes sesuai usia, jenis kelamin dan aktifitas. Dalam pembuatan liflet ini peneliti bekerja sama dengan ahli gizi puskesmas terkait. Liflet ini dibuat agar subjek penelitian dapat melihat kebutuhan kalori, protein, lemak tiap individu, serta dapat melihat jenis makanan apa saja yang diperbolehkan dan yang diatur batasannya. Selain itu juga membuat liflet relaksasi untuk memudahkan peserta menjalankan relaksasi secara mandiri. Liflet dalam penelitian ini juga salah satu bentuk psikoedukasi bagi peserta selama proses terapi yang juga dapat dimanfaatkan dalam kehidupan sehari-hari.

d. Persiapan *observer*

Observer yang dimaksud dalam penelitian ini adalah individu yang membantu mengumpulkan data observasi selama subjek melakukan terapi secara mandiri di rumah. *Observer* adalah tiga orang anggota keluarga subjek dalam kelompok eksperimen yang tinggal satu rumah dengan subjek, yang dimintai kesediannya untuk menjadi *observer* selama penelitian berlangsung. *Observer* juga diberikan arahan cara pencatatan data dari subjek oleh terapis. Persiapan *observer* diawali dengan perkenalan diri peneliti dan terapis, penyampaian mengenai tujuan observasi, pemberian informasi atau pencatatan yang akan dilakukan oleh *observer* selama 30 hari. Materi tersebut disampaikan oleh terapis pada tanggal 22 Juni 2011. Selanjutnya adalah pemberian informasi terkait hak dan kewajiban atau hal-hal yang harus dilakukan oleh *observer* selama 30 hari tersebut. *Observer* juga mendapatkan informasi tentang pentingnya *support* keluarga sebagai orang terdekat bagi penderita diabetes mellitus.

e. Terapis

Terapis dalam penelitian ini adalah Psikolog yang Puskesmas Ngaglik I Sleman.

Syarat Terapis yang memberikan intervensi antara lain sebagai berikut :

- 1) Psikolog minimal pengalaman 5 tahun
- 2) Memiliki pengetahuan mengenai *Rational Emotive Behavior Therapy*
- 3) Memiliki pengalaman sebagai ko – terapis atau terapis *Rational Emotive Behavior Therapy*
- 4) Memiliki pengetahuan mengenai diabetes dan kualitas hidup
- 5) Memiliki pengalaman pendampingan atau penanganan terhadap pasien diabetes mellitus

2. Pelaksanaan Penelitian

Tahap tahap yang dilakukan dalam pelaksanaan penelitian antara lain adalah:

a. *Pre test*

Pelaksanaan penelitian pada tahap *pre test* dilakukan dengan menggunakan skala kualitas hidup penderita diabetes mellitus. Skala tersebut telah diujicobakan sebelumnya dengan validitas reliabilitas yang kemudian dikenakan pada pasien rawat jalan puskesmas ngaglik I, sleman Yogyakarta. Pasien diabetes mellitus yang dikenakan atau yang diberikan skala kualitas hidup adalah pasien diabetes mellitus berusia dibawah 60 tahun. Tahap *pre test* dilaksanakan mulai 11 April 2011 hingga 10 Juni 2011. *Pre test* dilaksanakan secara individual dirumah masing – masing calon subjek. Peneliti melakukan *homevisit* ketika *pre test* dengan maksud akan mendapatkan data lebih banyak dari pada diadakan *pre test* secara *klasikal*, karena kemungkinan subjek tidak datang sangat besar. Alasan lainnya peneliti memilih

melakukan pre test dengan homevisit karena pengambilan data pada tahap *pretest* bertujuan yaitu:

- 1) Untuk kategorisasi adalah membuat kategorisasi tingkat kualitas hidup penderita diabetes mellitus sesuai dengan norma masing - masing kelompok kategori.
- 2) Untuk seleksi subjek penelitian, yaitu menyeleksi dan mengelompokkan subjek penelitian yang termasuk dalam ketegori kualitas hidup rendah dan sedang untuk diikutsertakan dalam keseluruhan proses penelitian, yang dilakukan peneliti secara sukarela. Bagi subjek yang memiliki kualitas hidup rendah dan sedang selanjutnya akan dihubungi peneliti berkaitan dengan kesediaan subjek penelitian untuk mengikuti keseluruhan proses secara sukarela
- 3) Item yang terdapat dalam skala kualitas hidup digunakan oleh peneliti sebagai *guide interview*, sehingga proses *interview* tidak melebar dan dapat *inquiry* setiap subjek dan mendapatkan data – data penelitian lebih detail. Peneliti dapat mengetahui masalah yang dialami subjek pada saat pre test.
- 4) Pada saat *pre test* ini juga digunakan sebagai tahap *bulding rapport* peneliti terhadap peserta terapi dan keluarga peserta. Dengan harapan selain mendapatkan data skala kualitas hidup peserta, peneliti juga dapat melakukan *deep interview* lebih mudah
- 5) Selain itu juga mendapatkan informasi terkait penelitian ini dari keluarga peserta.

Skala dalam penelitian ini diisi sendiri oleh peserta. Namun ada beberapa peserta karena memiliki keterbatasan penglihatan, pengisian dibantu oleh peneliti. Selain itu peserta juga memberikan penjelasan kepada peserta terkait tujuan pengisian skala kualitas hidup. Peneliti menjelaskan jika pengisian skala kualitas hidup ini dilakukan karena akan diadakannya terapi bagi penderita diabetes mellitus

di puskesmas terkait yang bekerjasama dengan Magister Psikolog UII. Pada saat *deep interview* peneliti juga melakukan psikoedukasi bagi peserta.

Setelah peneliti mengetahui skor skala kualitas hidup, dan membuat kategorinya sehingga dapat dipilih calon peserta terapi. Peneliti meminta kesediaan untuk menjadi peserta terapi dengan menandatangani *informed consent*. Pada saat penandatanganan *informed consent* tersebut, peneliti juga melakukan psikoedukasi terkait kualitas hidup penderita diabetes mellitus dan memberikan kognitif terapi. Sebelum pelaksanaan terapi peneliti berkunjung sebanyak 3 kali pada masing – masing peserta terapi (kelompok eksperimen). Kunjungan pertama bertujuan untuk pengisian skala kualitas hidup, *building rapport* pada peserta dan keluarga, penjelasan maksud dan tujuan pengisian skala, dan penjelasan terkait terapi yang akan dilaksanakan, selain itu peneliti juga melakukan interview. Kunjungan kedua bertujuan untuk persetujuan *informed consent* serta penjelasan singkat mengenai pelaksanaan terapi, serta peneliti juga melakukan kognitif terapi, psikoedukasi terhadap peserta, peneliti juga melakukan *building rapport* pada peserta dan keluarga peserta yang akan menjadi *observer* selama peserta melakukan tugas mandiri di rumah. Pada kesempatan ini peneliti juga menyerahkan *informed consent* pada *observer*. Kunjungan ketiga bertujuan untuk menyerahkan undangan terapi pada peserta terapi.

Terkait dengan pemberian kognitif terapi, psikoedukasi yang diberikan pada peserta saat *pre test* hingga sebelum pelaksanaan terapi adalah dengan menggunakan apa yang ada dalam pikiran peserta yang dapat memunculkan keyakinan irasional, kemudian membantahnya dengan fakta. Informasi tersebut diperoleh pada waktu pengisian skala kualitas hidup. Adapun yang dilakukan oleh peneliti antara *pre test* hingga sebelum terapi di puskesmas adalah antara lain sebagai berikut:

Table 2: Pelaksanaan Intervensi Individual Pada Subjek Sebelum Intervensi di Puskesmas

No	Subjek	Jenis Terapi	Waktu Pelaksanaan
1	Dkn	Psikoedukasi	13 Juni 2011
		Kognitif terapi	13 Juni 2011
		Emotif terapi	16 Juni 2011
2	Myt	Kognitif terapi	14 Juni 2011
		Psikoedukasi	16 Juni 2011
3	Wgh	Psikoedukasi	15 Juni 2011
		Emotif terapi	19 Juni 2011
4	Prj	Psikoedukasi	15 Juni 2011
5	Sby	Kognitif terapi	13 Juni 2011
		Psikoedukasi	16 Juni 2011
		Emotif terapi	19 Juni 2011
6	Endh	Psikoedukasi	16 Juni 2011
		Emotif terapi	19 Juni 2011
7	Ylft	Kognitif terapi	14 Juni 2011
		Psikoedukasi	16 Juni 2011
		Emotif terapi	19 Juni 2011

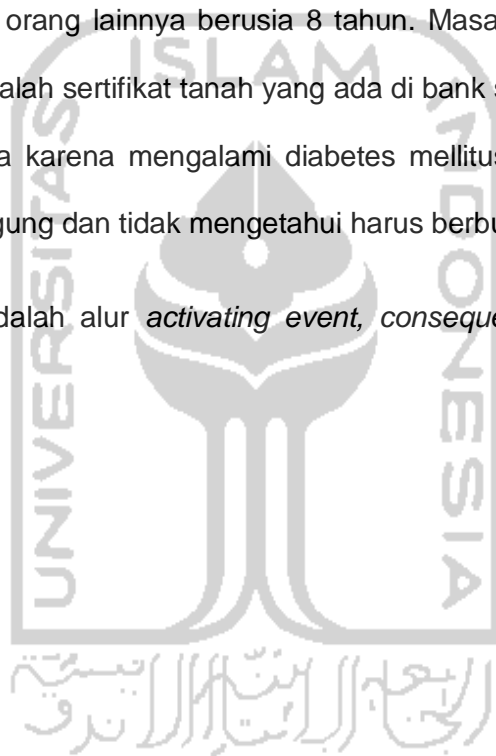
Secara rinci akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Subjek pertama

Subjek pertama berinisial Dkn, laki – laki yang berusia 46 tahun dan jenjang pendidikan SMA. Ia mengetahui mengalami diabetes millitus baru 4 bulan. Dkn bekerja sebagai kadus di salah satu desa. Dkn memiliki 4 orang anak dan seorang istri. Pada saat berkunjung dikediaman Dkn, peneliti juga memberikan psikoedukasi, dan terapi kognitif, serta emotif. Menurut penuturan Dkn, diabetes yang dimilikinya berawal dari hipertensi.

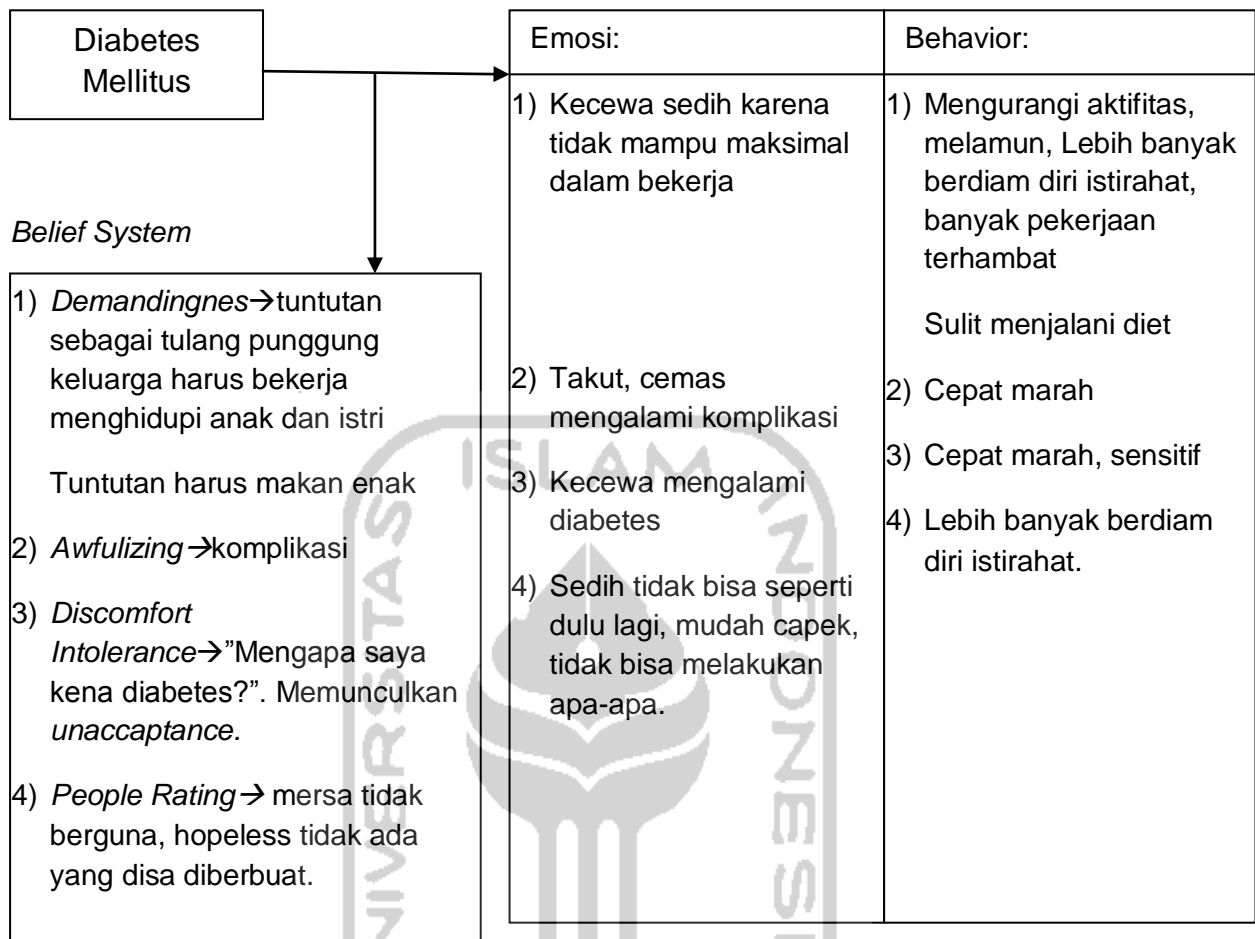
Dkn baru 4 bulan mengalami diabetes mellitus. Dkn sangat terpukul sekali mengetahui dirinya mengalami diabetes mellitus. Beliau tidak dapat melakukan aktifitas sebagaimana mestinya. Menjadi cepat lelah, dan mengalami susah tidur. Dkn juga merasakan ketakutan, cemas, merasa sebagai tulang punggung keluarga tidak belum bisa memenuhi, membahagiakan keluarga. Apalagi dengan kondisi beliau saat ini yang mengalami diabetes mellitus. Dkn juga sedih ketika memikirkan ke empat orang anaknya yang 2 diantaranya masih balita, seorang bayi dan satu orang lainnya berusia 8 tahun. Masalah lain yang menjadi beban pikiran Dkn adalah sertifikat tanah yang ada di bank sebagai jaminan. Dkn merasa sangat kecewa karena mengalami diabetes mellitus. Dkn juga mengungkapkan jika beliau bingung dan tidak mengetahui harus berbuat apa.

Berikut adalah alur *activating event*, *consequensi* dan *belief system* pada kasus Dkn:



Activating event

Consequensi



Gambar 8: Bagan alur *activating event*, *belief system* dan *consequensi* pada kasus Dkn.

Belief system pada alur tersebut dalam bagan diatas diperoleh dari respons subjek ketika interview antara lain sebagai berikut:

- 1) *Demandingnes* → "Iha gimana ya mbak ya, saya kan harus bekerja, anak saya kecil kecil. Istri saya ya memang sudah membantu saya. Tapi dengan saya seperti ini. Cepet capek, wah lemes banget mbak, pekerjaan saya numpuk mbak. Siapa mbak yang nutupin biaya anak istri mbak kalau bukan saya" → tuntutan sebagai tulang punggung keluarga harus bekerja menghidupi anak dan istri

“wah mbak memang susah banget mbak mengatur pola makan. Saya itu setiap hari makan gorengan, mie instan juga mbak, enak mbak”. →Tuntutan harus makan enak

- 2) *Awfulizing* → “Ya, takut banget mbak. Wah sakit kayak gini aja dah tidak enak harus ini dan itu, apa lagi komplikasi mbak, trus bagaimana dengan anak istri saya mbak. Apa lagi ini tidak bisa diobati. Saya sampai sering maen ke tetangga saya yang perawat buat ngecek gula saya mbak”. → komplikasi
- 3) *Discomfort Intolerance* → “Mengapa saya kena diabetes? Dikeluarga saya tidak ada mbak yang kena diabetes, kok bisa mbak.kankatanya keturunan”. → Memunculkan *unacceptance*, Dkn sulit ,menerima kondisi dirinya yang mengalami diabetes mellitus.
- 4) *People Rating* → “Binggung mbak, terus bagaimana mbak, saya tu sudah pasrah saja mbak. Kemaren benar-benar tidak ada jalan lain lagi mbak sertifikat tanah saja, saya juga bingung bagaimana saya bisa mendapatkan uang kalau kondisi saya seperti ini. Saya tidak bisa kerja, capek terus, saya tidak mampu lagi. Aduh mbak pusing saya mbak” → *hopeless*, merasa bingung tidak berdaya, tidak dapat melakukan apa-apa → masalah ekonomi dan penyakitnya.

Pada saat kujungan pertama peneliti memberikan psikoedukasi dan terapi kognitif serta emotif terapi bagi Dkn. Terapi yang dikenakan pada Dkn dapat dilihat di gambar bagan dibawah ini sebagai berikut:

- 1) Psikoedukasi dan *support therapy*

Peneliti memaparkan mengapa Dkn dapat mengalami diabetes mellitus padahal tidak memiliki riwayat. Peneliti memberikan penjelasan jika banyak sekali orang yang mengalami dabetes berawal dari hipertensi. Dapat mengalami

diabetes mellitus karena tensi naik dapat mempengaruhi kadar gula dalam darah yang akan mengalami kenaikan. Dalam kasus Dkn, dapat mengalaminya karena memiliki hipertensi, kemudian beliau mengalami beban masalah yang sangat serius sehingga membuat Dkn berfikir keras, merasa tertekan, sedih karena memikirkan anak dan istrinya. Kemudian hal tersebut juga dapat dimungkinkan karena pola makan yang tidak bagus, olahraga kurang. Hal tersebut memicu meningkatnya kadar gula darah dalam tubuh seseorang.

Peneliti memberikan pandangan jika semua orang pasti memiliki masalah. Dan ada yang berat dan ringan. Tuhan memberikan masalah sebagai ujian, dan pasti umatnya mampu menyelesaikannya. Masalah tidak mengganggu manusia, namun cara mensikapi, cara pandang manusia terhadap masalah tersebut yang dapat mengganggu manusia. Apabila cara pandang dan mensikapinya baik, benar, memunculkan perasaan nyaman, maka akan memunculkan perilaku yang baik dan dampak positif bagi kita. Namun sebaliknya apabila kita mensikapi dengan cara yang tidak tepat maka akan memunculkan emosi perasaan yang tidak nyaman atau negatif sehingga memiliki dampak negatif maupun perilaku negatif.

2) Terapi kognitif

Ketika kita menginginkan hasil yang baik bagi diri kita tentunya kita juga akan memilih berfikir positif, memiliki keyakinan positif sehingga perasaan kita lebih nyaman. Kita juga akan memilih tindakan yang sesuai anjuran sehingga dampak bagi diri kita, kesehatan kita menjadi jauh lebih baik.

Ada banyak pilihan untuk menghadapi masalah ini. Dkn bebas menentukannya. Peneliti memberikan gambaran konsekuensi yang diperoleh dari pilihan tindakanyang akan dilakukan. Peneliti menyarankan agar Dkn lebih

memprioritaskan yang lebih penting dan memiliki manfaat jauh lebih besar baik bagi dirinya dan keluarganya.

Konsekuensi jika Dkn memilih kesehatan terlebih dahulu, karena apabila kesehatan beliau membaik akan memiliki dampak yang positif bagi keluarga. Dkn satu – satunya tulang punggung keluarga yang harus menafkahi keluarga, apabila kondisi sehat maka pekerjaan tidak terganggu. Namun sebaliknya apabila Dkn terus kondisi labil, pekerjaan terganggu.

Namun ketika Dkn lebih memilih untuk mengupayakan menyelesaikan terkait sertifikat itu, beban pikiran Dkn lebih berat dan berdampak buruk dengan hipertensi yang akan naik kemudian kadar gula juga akan naik. Ketika kadar gula naik kondisi fisik akan jauh lebih lemah. Hal tersebut juga berkaitan dengan pencegahan komplikasi karena kadar gula darah pada saat itu mencapai 600 mg/dl. Biaya yang dibutuhkan juga akan jauh lebih mahal.

Peneliti memaparkan jika mengalami diabetes memang tidak dapat disembuhkan, dan dapat menimbulkan komplikasi, namun hal tersebut semuanya dapat dicegah. Semua orang memiliki gula darah, pada saat ini Dkn gula darah yang tinggi. Ketika memiliki kadar gula darah yang tinggi dapat diubah menjadi stabil dengan cara mau menerima kondisi, selalu berfikir positif, memiliki keyakinan positif yang mengakibatkan perasaan tenang, pola makan sesuai anjuran, olahraga untuk membantu mengoptimalkan metabolisme tubuh serta mengontrol kadar gula dan minum obat sesuai anjuran.

3) Terapi emotif dengan *Rational-emotional imagery* dan relaksasi

Dkn harus dapat menerima kondisi yang dialaminya saat ini, dan harus dapat merubah menjadi lebih baik demi keluarganya. Komplikasi dapat dicegah apabila

mengikuti anjuran yang telah dibuat. Dkn merasa tidak bisa berbuat banyak hal termasuk pekerjaannya yang terhambat. Berfikir dan yakinilah jika hal tersebut hanya terjadi saat ini saja. Mungkin Tuhan menegur kita dan meminta kita untuk lebih menyayangi diri kita.

Dkn merasa berbeda dengan yang lain, banyak larangan, banyak aturan yang harus dijalankan dalam hidup. Dkn memang berbeda dengan yang lain karena lebih spesial. Bukan banyak larangan namun karena spesial jadi hidup kita lebih spesial berbeda dengan orang pada umumnya. Bukan dilarang namun ada aturannya, memiliki aturan tersendiri, aturan spesial. Makan kita juga spesial tidak boleh sembarangan, dengan menu makanan spesial dengan ukuran yang spesial. Kita juga spesial karena waktu makan juga di jaga, harus makan dengan porsi yang spesial, waktu yang spesial, dan jenis makanan yang spesial. Karena kita orang spesial kita juga memiliki waktu spesial untuk ke dokter periksa gula darah, dan mengkonsumsi obat agar jauh lebih baik. Kita juga spesial karena harus olahraga, disamping untuk menjaga kondisi tetap bugar dan sehat, tidak menutup kemungkinan dapat memperoleh bonus jadi tambah gagah.

Ketika kita menginginkan hasil yang baik bagi diri kita tentunya kita juga akan memilih berfikir positif, memiliki keyakinan positif sehingga perasaan kita lebih nyaman. Kita juga akan memilih tindakan yang sesuai anjuran sehingga dampak bagi diri kita, kesehatan kita menjadi jauh lebih baik.

Untuk membantu emosi perasaan tetap positif, dapat lebih mudah mengelola emosi, peneliti menganjurkan Dkn untuk relakasi, dapat dengan pernafsan, maupun dzikir karena beliau muslim. Selain itu juga menyarankan agar lebih sering menyaksikan tayangan komedi, humor, dan meminimalisir tayangan yang dapat memicu emosi.

Peneliti juga mengadakan *bulding rapport* dengan istri Dkn. Peneliti menyampaikan maksud dan tujuan kedatangan peneliti. Istri Dkn sangat senang sekali dan mengatakan siap membantu apabila diperlukan. Beliau juga menyampaikan akan mendampingi suami selama proses terapi mandiri.

b. Subjek kedua

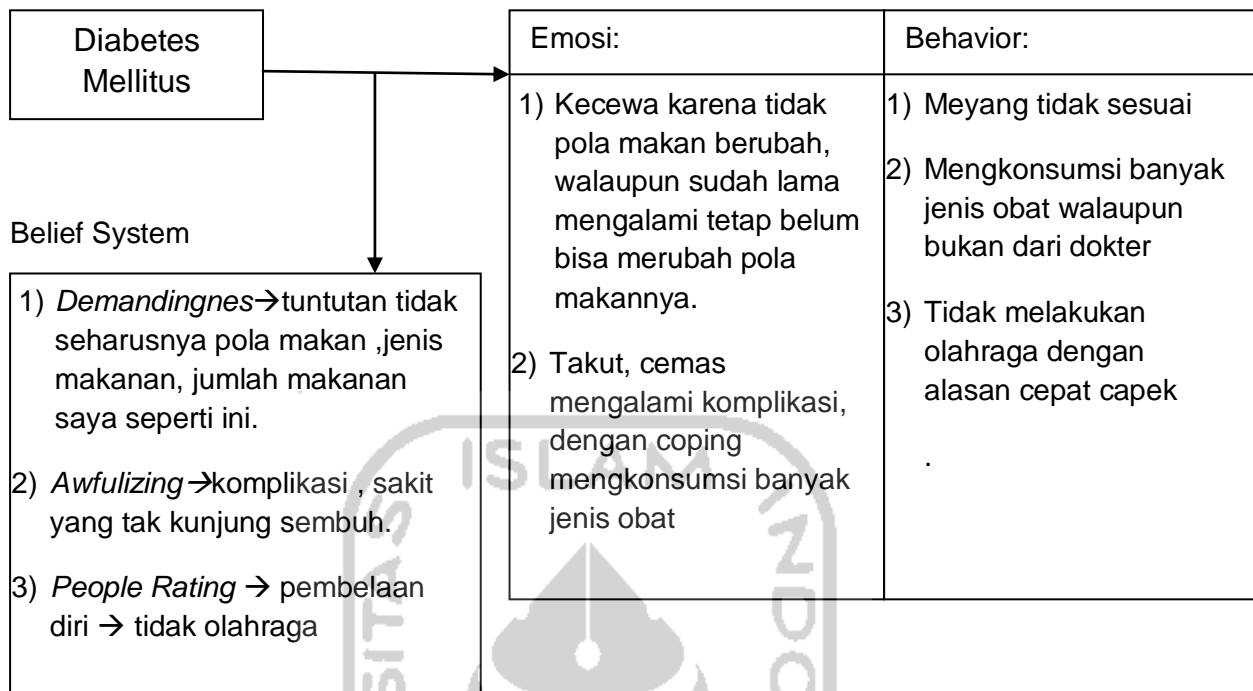
Subjek kedua adalah Myt seorang wanita berusia 52 tahun berjenjang pendidikan SMA. Mengetahui memiliki diabetes millitus sejak 2,5 tahun yang lalu. Subjek memiliki 2 orang anak yang sudah berkeluarga semua. Myt bekerja sebagai petani sawah sendiri. Tinggal dengan suami yang juga bekerja sebagai petani.

Menurut penuturannya telah mengalami diabetes sejak 3 tahun yang lalu. Myt mengalami diabetes diawali dengan hipertensi. Namun karena pola makan yang tidak baik Myt mengalami diabetes dan kolesterol. Pada saat kunjungan Myt juga mengungkapkan, dirinya telah mencoba herbal dan metode pengobatan lainnya, namun hingga saat ini kondisinya masih belum dapat stabil. Myt tidak mengalami kecemasan, hanya mengeluhkan sakitnya tidak kunjung mengalami perubahan.

Berikut adalah alur *activating event*, *consequensi* dan *belief system* pada kasus Myt:

Activating event

Consequensi



Gambar 9: Bagan alur *activaing event*, *belief system* dan *consequensi* pada kasus Myt.

Belief system pada alur tersebut dalam bagan diatas diperoleh dari respon subjek ketika interview antara lain sebagai berikut:

- 1) *Demandingnes* → “ Iya mbak, ini sudah saya tulis, maemnya apa, jamnya juga sudah saya tulis kok. Tapi ja itu mbak sulit banget mbak, ya saya belum bisa yang bener-bener sama dengan anjurannya. Ya. Trus kebiasaan mbak saya memang kalau malam makan ya sekitar jan 01.00 sampai jam 02.00 itu mbak saya bangun makan lagi mbak”

→ tuntutan tidak seharusnya pola makan ,jenis makanan, jumlah makanan saya seperti ini.

- 2) *Awfulizing* → “Lha mbak saya itu dari dulu sampai sekarang tidak pernah turun gula darahnya ya mbak, saya tidak punta beban pikiran kok mbak. Sampai sekarang kok tetap 300. Saya takut kalau tambah parah mbak,

makanya sayai minum oba. Tapi kok ya tidak ada perubahan ya”.--> *takut* komplikasi , sakit yang tak kunjung sembuh.

- 3) *People Rating* → “Iya mbak, lha wong buat jalan saja capek mbak, jadi saya jarang olahraga, takut lemes” → pembelaan diri → tidak melakukan olahraga.

Terapi yang dikenakan pada Myt dapat dilihat di gambar bagan dibawah ini sebagai berikut:

- 1) Terapi kognitif

Peneliti memberikan penjelasan pada Myt jika kondisi akan lebih baik apabila Myt mengikuti anjuran medis. Pola makan harus dijaga. Namun hingga saat ini Myt masih merasa susah sekali mengikuti aturan makan. Namun peneliti menegaskan kembali, apabila tidak mengikuti anjuran makan kondisinya tidak kunjung membaik.

Ketika kita mendapatkan vonis diabetes maka kita mengetahui jika aturn makan kita akan berubah, jam makan kita berubah, jumlah makan kita juga berubah. Namun hal tersebut dilakukan untuk menjaga kestabilan gula darah dalam tubuh agar selalu stabil.

Ketika kita mengikuti aturan pola makan diabetes yang mungkin sangat berbeda dengan pola makan kita sebelumnya. Kita akan merasa jengkel, marah, dan malas untuk melakukannya, karena kita kehilangan banyak kesempatan untuk mengonsumsi makanan yang kita sukai. Namun hasilnya kondisi kita lebih stabil, gula darah juga stabil.

Ketika kita marah, dan tidak mensepakati pola makan diabetes, dan tidak menjalankannya. Kita akan terus mengonsumsi makanan seperti orang pada umumnya. Makan kita akan puas, senang. Namun karena diabetes yang dialami,

kadar gula darah akan berlebih. Dan akibatnya kondisi tubuh, gula darah tidak stabil. Yang pada akhirnya gula darah tidak turun dan mudah terkena komplikasi.

Peneliti juga mengemukakan dua hal tersebut dapat menjadi pilihan Myt.. Peneliti juga menambahkan jika merubah kebiasaan bukan merupakan hal yang mudah untuk dilakukan. Sangat lama, dan membutuhkan motivasi baik dari diri sendiri maupun dari orang lainnya.

2) Psikoedukasi

Peneliti juga menyarankan Myt untuk olahraga misalnya jalan – jalan, bersepeda karena aktifitas tersebut sangat membantu proses metabolisme tubuh kita terlebih Myt memiliki gangguan metabolisme. Peneliti juga menyarankan Myt untuk melakukan relaksasi karena juga dapat membantu menenangkan karena dapat mengakibatkan lancarnya peredaran darah, tekanan darah, dan dapat membantu metabolisme dan menstabilkan kadar gula darah.

c. Subjek ketiga

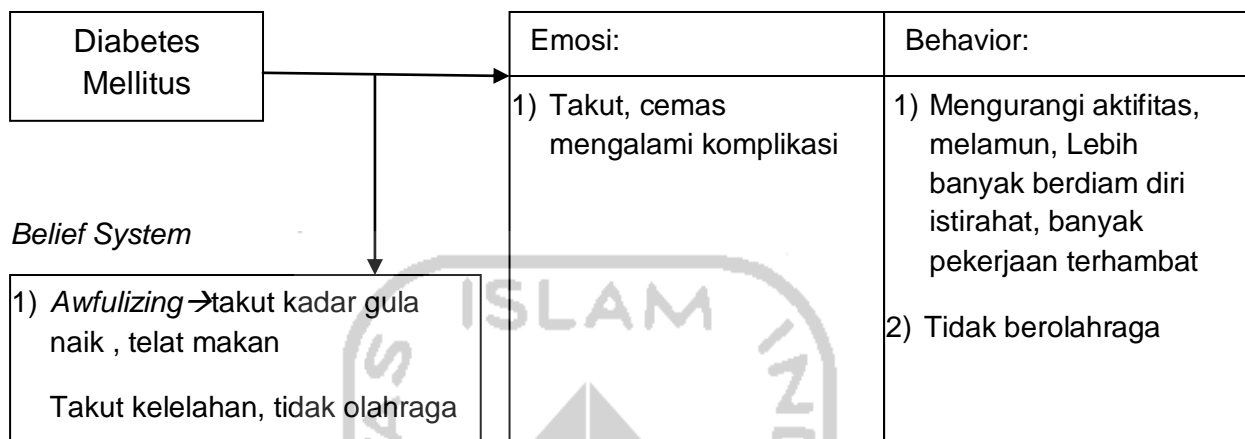
Subjek ketiga adalah Wgh seorang wanita berusia 58 tahun dengan jenjang pendidikan SMA. Subjek bekerja sebagai buruh tani tidak tetap. Mengatahui mengalami diabetes millitus sejak 3 tahun yang lalu. Wgh tinggal bersama denan kedua anaknya dan seorang menantunya. Menantunya cukup memperhatikan Wgh.

Aktivitas yang dilakukan oleh Wgh tidak banyak, karena rasa lemas yang masih sering dirasakannya. Pola makan Wgh juga tidak teratur menurut menantunya. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan pengisian skala dan akan diadakannya kegiatan di puskesmas. Selain itu juga meminta kesediaan menantu Wgh untuk membantu Wgh saat melakukan terapi mandiri di rumah.

Berikut adalah alur *activating event*, *consequensi* dan *belief system* pada kasus Wgh:

Activating event

Consequensi



Gambar 10: Bagan alur *activating event*, *belief system* dan *consequensi* pada kasus Wgh

Belief system pada alur tersebut dalam bagan diatas diperoleh dari respon subjek ketika *interview* antara lain sebagai berikut:

- 1) *Awfulizing* → “Ah saya tidak pernah makan makanan seperti itu mbak, saya tidak suka. Saya makannya ya cumin sedikit, saya juga tidak tentu, kalau saya lapar ya makan. Saya takut gula saya naik mbak. Nanti saya malah tidak biasa apa-apa.

“aduh mbak jarang mbak, nanti kalau kecapekan saya ambruk gimana mbak, jadi ya tidak olahraga”.

Terapi yang dikenakan pada Wgh dapat dilihat di gambar bagan dibawah ini sebagai berikut;

- 1) Psikoedukasi

Peneliti juga menjelaskan pada Wgh terkait pola makan yang harus terus diupayakan teratur. Karena sangat membantu menstabilkan gula darah dan berdampak pada kondisi fisik, dan kesehatan Wgh sendiri. Kemudian walaupun wgh sering merasakan lemas bukan berarti tidak melakukan aktifitas. Peneliti memberikan penjelasan jika, olahraga sangat membantu metabolisme, membantu menurunkan kadar gula darah apabila dilakukan secara teratur dan berlangsung secara terus menerus. Namun olahraga yang dilakukan juga harus sesuai dengan kondisi tubuh, kemampuan diri individu yang bersangkutan, serta dilakukan sesuai dengan kebutuhan. Wgh tidak perlu melakukan lari pagi setiap hari jika sulit, jalan-jalan pagi setiap hari selama 30–40 menit dapat membantu metabolisme. Diusahakan dilakukan pagi hari atau menghindari terik matahari, karena akan membuat lemas terkena sinar matahari.

2) Terapi emotif

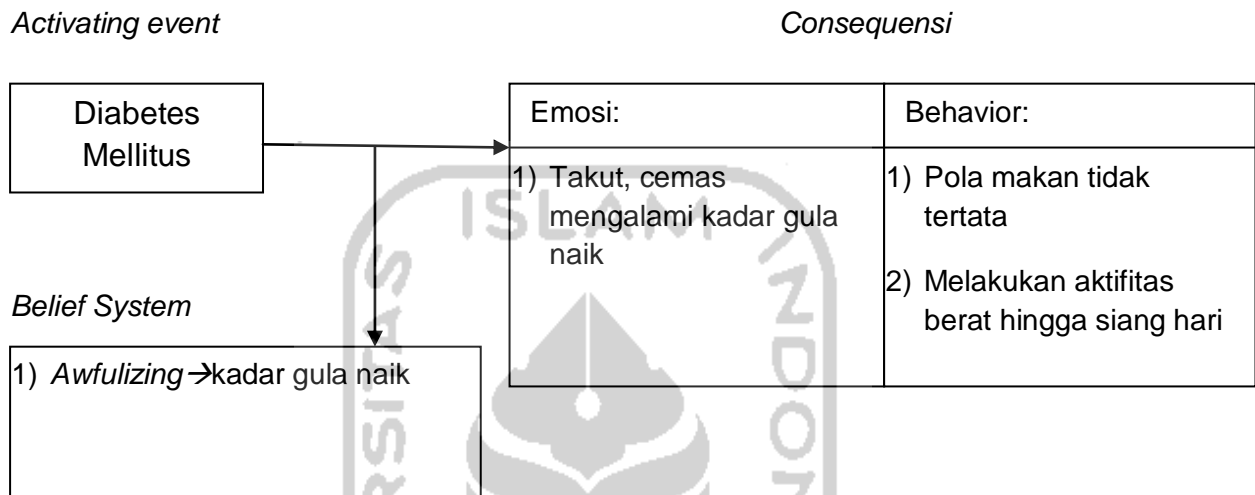
Hal lain yang dapat dilakukan adalah melakukan relaksasi baik dengan pernafasan maupun dengan dzikir setiap usai shalat. Karena hal tersebut dapat membantu menenangkan, mengurangi ketegangan sehingga dapat melancarkan tekanan darah dan membantu menstabilkan kadar gula darah. Kemudian peneliti mengajarkan Wgh untuk relaksasi.

d. Subjek keempat

Subjek keempat adalah Prj seorang wanita berusia 53 tahun berjenjang pendidikan SMA. Bekerja sebagai petani sawah milik sendiri. Prj tinggal dengan suami, anak dan menantunya. Mengatahui mengalami diabetes millitus sejak 1,5 tahun yang lalu. Prj juga sering sekali mengabaikan pola makan pada diabetes millitus. Menurut penuturan Prj akan sarapan, makan siang, makan malam

dengan jadwal waktu yang tidak pasti. Prj sering menyibukkan diri dengan pekerjaannya sebagai petani.

Berikut adalah alur *activating event*, *consequensi* dan *belief system* pada kasus Prj:



Gambar 11: Bagan alur *activating event*, *belief system* dan *consequensi* pada kasus Prj

Belief system pada alur tersebut dalam bagan diatas diperoleh dari respon subjek ketika *interview* antara lain sebagai berikut:

- 1) *Awwfulizing* → “Mbak saya kalau makan itu g gitu mbak, saya malah jarang makan mbak.nanti kalau sering makan malah naik kadar gula saya, tambah leles mbak nanti. Paling makan pagi kadang cuman ubi aja, tapi kadang ya nasi goreng. Siang usai dzuhur terus nanti palin isyak gitu tapi saya sering bgt cumin minum air putih terus makan siang.

“wah mbak bukannya malah disuruh beraktifitas. Nanti supaya kadar gulanya bisa mudah stabil.ya saya bekerja, kan kerjaan saya sama kayak olahraga”

Terapi yang dikenakan pada Prj dapat dilihat di gambar bagan dibawah ini sebagai berikut:

1) Psikoedukasi

Peneliti memberikan pemahaman pada Prj jika orang yang mengaami diabetes harus memiliki jadwal untuk mengkonsumsi makanan. Kemudian menu makanan untuk diabetes juga memiliki kriteria. Semua itu karena orang yang mengalami diabetes itu adalah orang yang spesial. Jadi membutuhkan waktu makan spesial, menu spesial, dan jumlah spesial. Bukan dilarang namun ada batasannya.

Kemudian peneliti juga menyarankan agar Prj tidak terlalu memforsir tenaga yang dimilikinya. Diusahakan tidak melakukan kerja yang berat, atau jangan sampai mengalami kelelahan karena dapat membahayakan kondisi kesehatan. Prj harus beristirahat apabila merasa lemas.

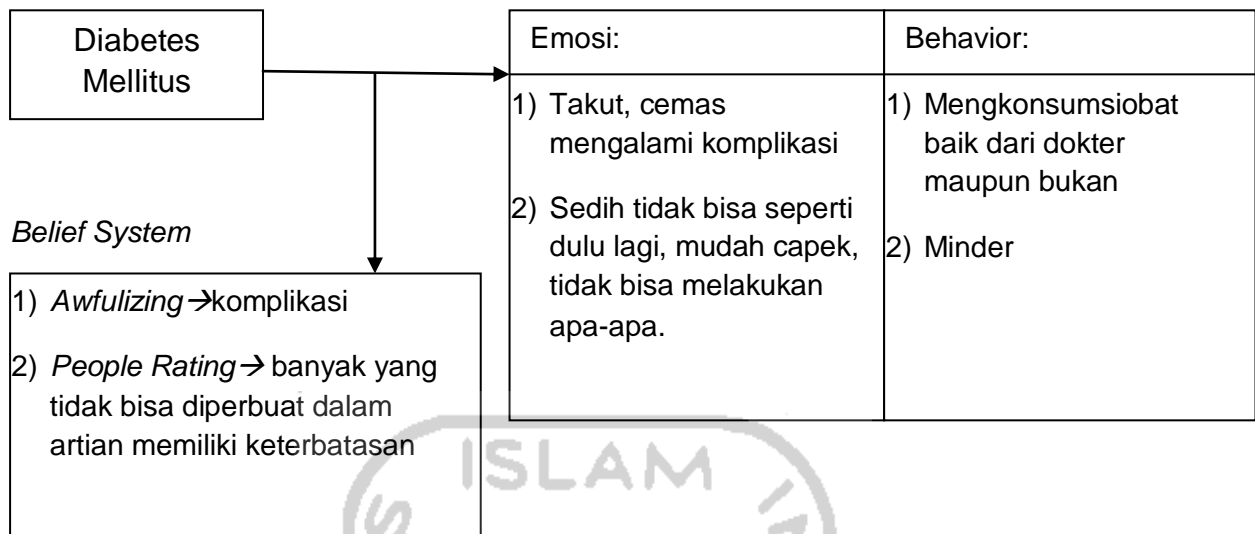
e. Subjek kelima

Subejk kelima adalah Sby seorang laki – laki berusia 54 tahun, yang bekerja sebagai PNS. Sby sudah cukup lama memiliki diabetes millitus yaitu 14 tahun. Namun Sby mengakui masih sering cemas, takut. Selain itu subjek juga merasa berbeda dengan yang lainnya, dan merasa minder. Sby juga mengalami kesulitan untuk mengatur pola makan sesuai anjuran.

Berikut adalah alur *activating event*, *consequensi* dan *belief system* pada kasus Sby:

Activating event

Consequensi



Gambar 12: Bagan alur *activating event*, *belief system* dan *consequensi* pada kasus Sby

Belief system pada alur tersebut dalam bagan diatas diperoleh dari respon subjek ketika *interview* antara lain sebagai berikut:

- 1) *Awfulizing* → “ya hati-hati mbak, tapi kan ya namanya orang walaupun sedah tahu ya ada kalanya kepingin, ya tetep saya makan mbak. Terus pulang saya minum obat. Tapi memang badan tetap tidak enak” → komplikasi
- 2) *People Rating* → “Banyak kok mbak yang kena diabetes, tapi ya sebenarnya ya kadang saya masih sering minder, merasa semua dibatasi, kayak terpenjara”

Terapi yang dikenakan pada Sby dapat dilihat di gambar bagan dibawah ini sebagai berikut:

- 1) Terapi kognitif

Ketika kita mengetahui mengalami diabetes, tentunya respon orang beda beda. Ada yang mengikuti saran dokter untuk memeriksa, minum obat dan diet diabetes. Yang pada akhirnya kondisi stabil.

Namun ada juga yang mengabaikan pola makan tersebut, mungkin karena belum bisa menerima kondisinya. Dan hal tersebut berakibat buruk. Kondisi tubuh jadi tidak stabil gula darah naik dan mudah terserang komplikasi.

Peneliti memberikan pemahaman pada Sby jika kita dapat melakukan berbagai hal. Kita juga dapat memilih hal tersebut. Kita bisa memilih melakukan tindakan yang nyaman namun dapat berakibat buruk bagi kesehatan atau memilih tindakan yang belum biasa kita lakukan dan karena belum terbiasa jadi merasa sulit namun akibatnya bagus bagi kesehatan kita, bahkan dapat sebagai upaya mencegah komplikasi. Upaya tersebut juga diupayakan menjadi gaya hidup baru Sby.

2) Psikoedukasi

Peneliti memberikan banyak contoh kasus diabetes baik yang berdampak buruk maupun kasus pasien yang dapat menjalani hidup seperti orang pada umumnya. Peneliti kembali menegaskan jika kondisi akhir penderita dapat ditentukan oleh penderita itu sendiri, bukan dokter atau erapis. Semua adalah pilihan, dan manusia harus mau bertanggung jawab dengan pilihannya tersebut. Peneliti memaparkan jika banyak sekali orang yang mengalami diabetes mellitus namun tetap dapat hidup dengan baik dan tidak mengalami komplikasi yang hingga saat ini masih sangat dikhawatirkan. Mereka semua dapat menjalankan *self monitoring* diabetes dengan baik. Pada awalnya semua pasien diabetes mellitus mearasa sangat kesulitan karena merubah kebiasaan bukan hal yang mudah. Namun jika dilaksanakan dengan rutin akan terbiasa.

2) Terapi emotif, *rational emotive imagery* dan melatihkan relaksasi

Orang lain atau bahkan diri kita mengatakan dalam hati jika kita banyak larangan, seperti terpenjara. Sekarang kita pikirkan sejenak. Jika kita banyak larangan, hanya boleh melakukan hal-hal tertentu saja, diwajibkan melakukan hal-hal tertentu, dan semua itu tidak dialami semua orang. Apakah itu berarti kita berbeda dengan orang pada umumnya. Apabila kita berbeda berarti apa-apa yang kita lakukan, kita makan juga berbeda. Kita memang berbeda karena kita special. Karena kita special, maka makanan kita special tidak sembarangan, jumlah special tidak sesuka hati, jenisnya juga tertentu atau special yang paling bagus buat kita.

Untuk kecemasan yang dialami Sby, peneliti menyarankan untuk melakukan relaksasi pernafasan maupun dzikir. Selain itu peneliti juga menyarankan Sby untuk meneruskan kebiasaan olahraga, namun tetap menjaga kondisi agar tidak kelelahan.

Peneliti juga melakukan *bulding rapport* pada istri Sby dan meminta kesediaannya untuk membantu Sby saat melakukan terapi mandiri di rumah.

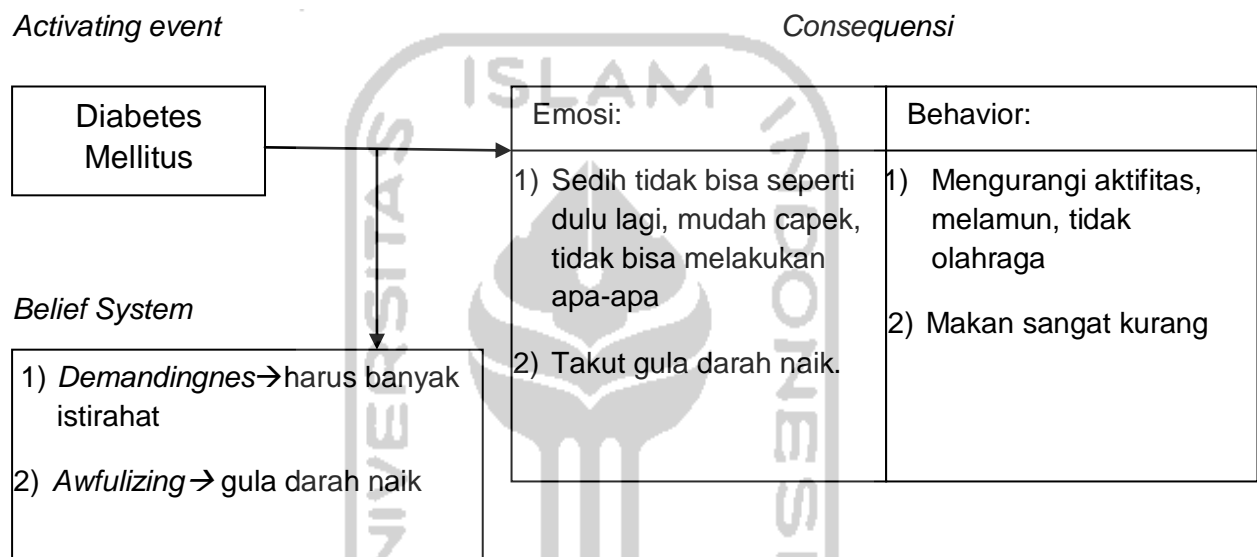
f. Subjek keenam

Subjek keenam adalah Endh seorang wanita yang berusia 46 tahun, jenjang pendidikan PT dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Tinggal dengan putrinya dan suaminya. Endh mengetahui mengalami diabetes mellitus sejak 1,5 tahun yang lalu. Endh mengalami diabetes berawal dari hipertensi. Endh memiliki masalah dalam keluarganya. Hal tersebut mengakibatkan kondisi kesehatan Endh memburuk dan pada akhirnya beliau mengetahui mengalami diabetes mellitus.

Endh tidak mengalami ketakutan terhadap diabetes mellitus, namun kecemasan yang dialaminya terkait masalah rumah tangganya. Ketika

mengetahui mengalami diabetes Endh sering takut pada saat mengkonsumsi makanan. Endh takut jika tiba – tiba gula darahnya naik. Ketakutan,kecemasan yang dialami Endh apabila tidak tertangani dengan baik akan berakibat buruk bagi tekanan darah Endh dan berakibat buruk juga dengan kadar gula darah.

Berikut adalah alur *activating event*, *consequensi* dan *belief system* pada kasus Endh:



Gambar 13: Bagan alur *activating event*, *belief system* dan *consequensi* pada kasus Endh

Belief system pada alur tersebut dalam bagan diatas diperoleh dari respon subjek ketika *interview* antara lain sebagai berikut:

1) *Demandingnes* → harus banyak istirahat

“Saya itu takut mbak nanti lemes karna diabetes kan harus banyak istirahat mbak”

2) *Awfulizing* → gula darah naik

“Saya selalu takut makan mbak. Takut kalau tiba-tiba naik gula darahnya. Aduh bingung mbak. Jadi ya jarang makan banyak mbak. Kadang saya sampai sakit perut karena telat makan”.

Terapi yang dikenakan pada Endh dapat dilihat di gambar bagan dibawah ini sebagai berikut:

1) Psikoedukasi

Peneliti memberikan pemahaman pada Endh apabila mengikuti anjuran medis terkait pola makan dan tetap olahraga, kondisi akan lebih baik. Pola makan diabetes itu sudah sesuai dengan anjuran dokter dan ahli gizi. Jadi lebih baik berkonsultasi dengan ahli gizi. Selain itu olahraga juga sangat dibutuhkan bagi penderita diabetes mellitus. Karena olahraga akan membantu proses metabolisme sehingga transport glukosa akan lancar. Namun olahraga disesuaikan dengan kemampuan.

2) Terapi emotif relaksasi

Kemudian untuk kecemasan yang dialaminya, peneliti mengajurkan Endh untuk relaksasi pernafasan. Selain itu Endh juga dapat melihat tayangan yang lucu, membuat rileks, tidak tegang. Jalan – jalan juga dapat membantu Endh untuk menenangkan perasaan. Mengajarkan relaksasi.

g. Subjek ketujuh

Subjek ketujuh adalah Ylft laki – laki berusia 26 tahun peserta termuda, yang bekerja sebagai karyawan swasta. Jenjang pendidikan Ylft adalah PT. Ylft mengetahui mengalami diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu. Ylft memiliki diabetes karena keturunan dari ayahnya. Namun Ylft dapat menerima kondisi tersebut. Ylft mengungkapkan sangat sulit sekali untuk mengelola emosi.

Ylft juga mengungkapkan jika tidak menyukai sayur dan buah. Ylft hanya menyukai daun singkong, bayam, kacang anjeng, dan kangkung saja. Buah hanya pisang dan jeruk. Ylft tidak melakukan diet makan.

jalan. Langsung aku kejar dia dikentungan aku maki mbak. Aku kayak gitu mbak kalau lagi kambuh”.-->gula darah naik→marah marah

- 3) *People Rating* → “Ya, sebenarnya jujur sih iya mbak. Biasanya kan yang sakit ini orng-orang yang sudah berumur. Aku ya tau dan mau menerima lah soalnya ya dari bapakku. Cuman ya kalau liat teman-temanku, walaupun mereka juga tahu dan tidak pernah berkomentar apa-apa, ya memang aku sendiri yang merasa beda, minderlah mbak, kadang ada rasa malu gitu. Belum lagi aku punya kelainan darah juga, jangan sampai aku kena sesuatu sampai keluar darah. Dulu pernah keluar darah sedikit aja langsung pingsan mbak, cumin kegores paku. Malu banget mbak. Aku laki-laki,terkesan gimana ya” → mersa memiliki keterbatasan sementara ia masih muda.

Terapi yang dikenakan pada Ylft dapat dilihat di gambar bagan dibawah ini sebagai berikut:

- 1) Kognitif terapi

Ketika mengetahui terkena diabetes tentunya kita mengetahui pola makan yang seharusnya dijalankan oleh penderita. Kita dapat merespon dengan mengkonsumsi makanan yang sesuai diet diabetes deng batasan jumlah, jam, dan jenis makanan yang telah ditentukan. Namun kita akan sangat berat, sulit menjalani dengan adaptasi, berubah dari kebiasaan hidup kita, kita jengkel, masih lapar,iri deng yang lain merasa beda, akan muncul. Ketika kita melakukan hal tersebut kadar gula darah akan stabil dan tubuh lebih sehat dan nyaman.

Ketika juga dapat merespon mengacuhkan aturan diet diabetes tersebut. Kita makan sama seperti yang lain. Kita dapat melakukannya dengan mudah sekali. Teman-teman kita akan nyaman sekali, namun apa yang kita dapatkan tidak sama seperti mereka. Gula darah kita akan naik. Bahkan jika aktifitas tersebut tidak

dapat dikendalikan, dikontrol, gula darah akan naik lebih tinggi lagi. Hal tersebut dapat berakibat fatal, misalnya koma, stroke.

Sebagai individu yang mengalami diabetes boleh bebas memilih sesuai apa yang diharapkan.

2) Psikoedukasi

Peneliti mengajurkan pada Ylft untuk dapat berfikir lebih matang ketika bertindak, dilihat lagi dampak yang akan timbul dan mengapa alasan hal tersebut dilakukan. Apakah tindakan tersebut memiliki makna positif atau sebaliknya baik bagi kesehatan maupun yang lainnya.

Peneliti menyarankan agar berkonsultasi dengan ahli gizi terkait tidak suka buah dan sayuran, dan pemilihan menu yang tepat bagaimana. Peneliti juga menyarankan mengurangi mengkonsumsi daun singkong rebus karena dapat menaikkan tekanan darah kemudian peneliti menyarankan agar berkonsultasi dengan ahli gizi terkait masalahnya tersebut.

3) Emotif terapi

Peneliti juga melakukan emotif terapi (*rational emotional imagery*) untuk mengatasi Ylft yang minder. Peneliti mengatakan kita boleh merasa berbeda dengan yang lain. Ya memang kita berbeda. Kita lain dari yang lain. Makanan kita juga lain dari yang lain, jika makanan kita sama berarti kita sama juga seperti mereka. Tapi kita beda, kita laen kita special. jadi makanan kita special, waktu makan kita special, jumlah makanan kita special. kita harus menyediakan waktu yang special untuk cek gula darah, untuk istirahat, untuk olahraga. Yang lain tidak olahraga, kita harus olahraga. Selain kondisi fisik kita sehat mungkin kita juga dapat mendapatkan bonus tambah gagah. Betapa sayang Tuhan pada kita

menganugraahkan kita hidup untuk menjadi orang yang special, mungkin Tuhan menginginkan kita untuk lebih menyayangi diri kita, memperhatikan diri kita.

Ketika kita mengalami diabetes apakah kita jadi tidak bisa berbuat apa-apa. Jangan mau orang memandang kita dengan sebelah mata. Justru harus ditunjukkan walaupun orang awam beranggapan kita memiliki keterbatasan, yang tadi kesepakatan awal kita bilang “kita orang special”, kita tunjukkan kemampuan kita special. bukankah Tuhan menciptakan manusia di dunia ini pasti memiliki kemampuan sendiri-sendiri. Tunjukkan jika kita juga layak hidup bahagia dan hidup sehat, dengan menjaga kondisi special kita.

Selain itu peneliti juga mengajarkan relaksasi sebagai salah satu jalan keluar mereduksi kecemasan, menenangkan diri, dan mengatasi sulit tidur pada Ylfr.

b. Kategorisasi dan seleksi subjek penelitian

Agar memperoleh gambaran yang jelas mengenai keadaan kualitas hidup penderita diabetes mellitus, maka diperlukan adanya perhitungan secara statistik yang dapat menunjukkan karakteristik dari data yang terkumpul (Azwar, 2005). Dari data yang terkumpul kemudian dilakukan kriteria kategorisasi berdasarkan asumsi bahwa skor subjek penelitian terdistribusi secara normal, dengan tiga jenjang kategori yaitu subjek dengan tingkat kualitas hidup rendah, sedang dan tinggi.

Data pre test yang terkumpul sebanyak 44 lembar skala. Selanjutnya dilakukan proses pemberian skor pada skala tersebut, yang diperoleh skor tertinggi 667,5 dan skor terendah 328,35. Berdasarkan data penelitian yang diperoleh dari proses skoring tersebut, diperoleh rata – rata skor kualitas hidup 507,05 dengan

nilai deviasi standar sebesar 71,9. Distribusi skor kualitas hidup diabetes mellitus dapat dilihat secara jelas pada table dibawah ini :

Tabel. 3:Distribusi Skor Kualitas Hidup Penderita Diabetes Millitus

Rumus	Skor	Kategori	Frekuensi (f)
$X > M + 1,5 SD$	$X > 614,9$	Sangat Tinggi	1
$M + 0,5 SD < X < M + 1,5 SD$	$543 < X < 614,9$	Tinggi	18
$M - 0,5 SD < X < M + 0,5 SD$	$471,1 < X < 543$	Sedang	15
$M - 1,5 SD < X < M - 0,5 SD$	$399,2 < X < 471,1$	Rendah	7
$X < M - 1,5 SD$	$X < 399,2$	Sangat Rendah	3

Berdasarkan distribusi skor subjek pada tabel di atas, dari total responden yang berjumlah 44 orang diketahui 3 orang termasuk ketegori sangat rendah, 7 orang termasuk rendah, 15 orang termasuk ketegori sedang, 18 orang termasuk ketegori tinggi, dan 1 orang termasuk ketegori sangat tinggi. Selanjutnya peneliti menyeleksi sejumlah orang yang termasuk dalam kualitas hidup ketegori rendah dan sedang untuk dijadikan subjek penelitian yaitu sebanyak orang yang masuk dalam ketegori sedang dan rendah. Dari 25 orang yang dihubungi secara langsung oleh peneliti 21 orang bersedia dan 4 orang lain menyatakan tidak bersedia. Kemudian dilakukan *matching by subjek* berdasarkan pendidikan. Kemudian 12 orang dimasukkan dalam kelompok eksperimen dan 9 orang lainnya dimasukkan dalam kelompok kontrol.

c. Proses pembuatan alat bantu

Alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini antara lain panduan diet terkait bahan makanan pengganti beserta aturan diet diabetes tiap orang, panduan relaksasi. Liflet sebagai alat bantu ini dibuat sebagai salah satu sarana

psikoedukasi bagi peserta dengan tujuan agar dapat digunakan sewaktu waktu apabila subjek dalam kelompok eksperimen ragu - ragu atau lupa terhadap langkah - langkah diet maupun relaksasi. Liflet panduan diet diabetes dibuat dengan bantuan ahli gizi puskesmas pada tanggal 15 Juni 2011. Liflet panduan relaksasi dibuat oleh subjek pada tanggal 30 Januari 2011. Liflet panduan relaksasi tersebut kemudian diujicobakan pada tiga orang subjek penelitian untuk mengetahui apakah materi yang ditulis sudah mudah dimengerti dengan jelas serta bahasa yang digunakan mudah dipahami.

d. Pelaksanaan REBT

Pelaksanaan proses terapi ini di aula Puskesmas Ngaglik I Sleman pada tanggal 20, 22 Juni 2011 serta tanggal 25 Juli 2011, yang secara garis besar sebagai berikut:

Sesi I

Dilaksanakan tanggal 20 Juni 2011 bertempat di aula Puskesmas Ngaglik I. Pada sesi pertama dihadiri oleh 9 orang peserta. Pada sesi ini tahap perkenalan peserta dengan terapis, sesama peserta, serta perkenalan materi yang akan disampaikan. Peserta juga diberikan tugas yang hasilnya akan digunakan sebagai bahan sesi II, III, dan sesi IV. Pada sesi ini peserta berjumlah 9 orang tiga orang *drop out*.

Sesi II

Berisi materi *cognitiv therapy*, dengan bahasan jawaban dari tugas yang telah dikerjakan oleh peserta pada sesi I. Pada sesi ini peserta dilatih untuk lebih berpikir positif, selalu mencari makna positif atau hikmah yang ada dalam suatu peristiwa. Menjelaskan pada peserta bahwa setiap peristiwa akan melibatkan tiga hal, yaitu, pikiran, perasaan dan tindakan, yang ke tiga hal tersebut dapat diubah. Kemudian

memberikan contoh kasus jika dua individu yang berbeda namun memiliki kesamaan mengalami diabetes mellitus, dapat memiliki respon yang berbeda. Hal tersebut terkait bagaimana individu tersebut berpikir, kemudian perasaan yang dimunculkan serta tindakan yang dilakukan. Karena pikiran akan menghasailkan perasaan dan akan mempengaruhi tindakan yang akan dilakukan. Jika pikiran positif maka akan memunculkan perasaan positif juga dan pada akhirnya akan mendorong individu untuk bertindak positif. Sebaliknya jika pikiran negatif yang digunakan maka akan memunculkan perasaan negatif juga yang pada akhirnya dapat mengakibatkan individu bertindak *maladaptif*.

Pada sesi ini para peserta aktif menyampaikan apa yang dipikirkan, dirasakan dan dilakukan saat mengetahui dirinya memiliki diabetes millitus. Suasana terapi terlihat sangat hidup karena para peserta aktif dan kooperatif. Ketika terapis menjelaskan proses terjadinya perasaan negatif yang dimunculkan oleh pikiran negatif yang juga berakibat tindakan negatif para peserta pada tertawa satu sama lainnya. Suasana sharing yang dibuat menjadikan peserta yang baru pertama bertemu akrab satu sama lain. Namun pada sesi ini *game* tidak dilaksanakan karena melihat kondisi pasien yang tidak memungkinkan. Pada sesi ini peserta berjumlah 9 orang.

Sesi III

Pada sesi ini dilakukan penyampaian materi *emotive therapy*. Peserta diberikan penjelasan terkait metode humoris dan relaksasi. Terapis melatih peserta untuk dapat mempraktikkan metode humoris mendorong peserta untuk menantang dan tidak mengambil pikiran negatif yang ada terlalu serius. Misalnya kita mungkin bisa berfikir "Aku berbeda dengan orang lain orang pada umumnya. Ya memang manusia tidak ada yang sama, dan jelas berbeda dengan yang lain karena kita memiliki kelebihan, kelebihan gula darah. Mungkin kita bisa membuat anekdot seperti itu. Kita

special, jadi aturan makan juga special, makanan kita juga makanan special bukan makanan sembarangan, kita memiliki waktu khusus untuk olah raga, merawat diri, ke dokter maksudnya. Betapa sayangnya diri kita ya pada tubuh kita. Yah mungkin Tuhan meminta kita untuk lebih menyayangi tubuh kita, agar kita dapat terus berkarya dan beribadah pada Nya. jika kita dapat menerima kondisi kita dengan baik maka akan muncul pemikiran baik dan tingkah laku yang baik juga untuk kita.” Hal tersebut dapat dijadikan sebagai afirmasi positif terhadap para penderita diabetes mellitus.

Terapis juga meminta peserta untuk melihat tayangan-tayangan yang dapat membuat tertawa atau rileks tidak berfikir. Karena hal hal yang lucu, membuat tertawa, membuat hati senang sangat baik untuk kesehatan, rileks sehingga terhindar dari ketegangan. Karena ketegangan atau stres dapat menyebabkan gula darah dan tensi darah naik.

Sesi ini terapis juga melatih salah satu teknik untuk menenangkan perasaan, menstabilkan kondisi emosi. Karena dalam penelitian membuktikan bahwa stabilnya kondisi emosi seorang penderita diabetes mellitus dengan jalan relaksasi atau meditasi sebanding dengan orang diabetes mellitus yang mengkonsumsi obat. Sebelum dilakukan relaksasi terlebih dahulu terapis melatih peserta untuk dapat bernafas dengan diafragma. Pada sesi ini pelatihan dilakukan beberapa kali hingga cara bernafasnya benar. Pada awalnya hanya beberapa peserta saja yang mengikuti namun pada akhirnya semua peserta dapat mengikuti. Saat ditanyakan apa yang dirasakan setelah relaksasi, sebagian besar peserta mengantuk. Namun ada juga peserta yang mengeluh pusing dan sakit punggung. Pada sesi ini peserta berjumlah 9 orang.

Sesi IV

Pada sesi *behavior* ini terapis menyampaikan materi pada peserta terkait empat pilar *monitoring* diabetes. Pada sesi ini juga disampaikan materi diet diabetes oleh ahli gizi Puskesmas Ngaglik I.

Selain menyampaikan materi pada peserta, terapis (Psikolog) menyampaikan pada *observer* terkait penanganan pada penderita diabetes mellitus. Diabetes Mellitus umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan kokoh. Keberhasilan pengelolaan diabetes mandiri membutuhkan partisipasi aktif penderita, keluarga dan masyarakat. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perilaku, dibutuhkan edukasi yang komprehensif pengembangan ketrampilan dan motivasi. Edukasi secara individual dan pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil. Pengelolaan mandiri diabetes secara optimal membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam merubah perilaku yang tidak sehat. Tim kesehatan harus mendampingi pasien dalam perubahan perilaku tersebut, yang berlangsung seumur hidup.

Terapis (Psikolog) juga menyampaikan materi observasi pada *observer*, dalam hal ini tiga anggota keluarga peserta terapi. Terapis menyampaikan apa tugas yang harus dilakukan, apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan *observer*. Selain itu juga dijelaskan cara pengisian lembar observasi. Pada sesi ini peserta berjumlah 7 orang, 2 orang *drop out*.

Proses *Monitoring*

Dilakukan oleh peneliti empat hari sekali. Peneliti berkunjung ke rumah masing-masing subjek dan menanyakan aktivitas terkait tugas terapi. Peneliti juga langsung mengumpulkan tugas tersebut. Di sela-sela *monitoring*, peneliti juga

memberikan *support* pada peserta untuk selalu menjalankan tugas. Namun ada beberapa peserta yang sulit sekali menjalankan sesuai dengan aturan yang ada. Kasus ini juga terjadi pada *observer*, ada beberapa *observer* yang tidak menjalankan tugasnya dengan baik. Dari ketiga *observer* hanya satu orang yang dapat mengobservasi peserta dengan baik.

a. Kunjungan pertama, pada tanggal 27 Juni 2011

Tabel 4: Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Pertama Tahap Monitoring

Waktu	Subjek	Terapi
27 Juni 2011	Dkn	Support terapi dan psikoedukasi
27 Juni 2011	Myt	Support terapi, psikoedukasi
27 Juni 2011	Wgh	support terapi dan psikoedukasi
27 Juni 2011	Prj	support terapi dan psikoedukasi
27 Juni 2011	Sby	Support terapi
27 Juni 2011	Endh	Support terapi
27 Juni 2011	Ylft	Support terapi dan psikoedukasi

Pada kunjungan pertama ini peneliti menanyakan diet yang dilaksanakan para peserta. Apakah dapat berjalan dengan baik atau mengalami kendala. Semua subjek menyampaikan jika tidak mengalami kendala untuk saat ini.

Peneliti selain memberikan support juga memberikan kognitif terapi pada Dkn. Awalnya menanyakan apakah kondisi Dkn lebih baik ketika mengkonsumsi gorengan. Apakah Dkn tidak mengingat komitmen awal terapi ingin mengikuti terapi demi kesehatan, demi anak dan istri. Kemudian menanyakan ulang apakah masih ingat akibat dari mengkonsumsi gorengan berlebih, akibat minyak bagi tubuh kita,

apakah sehat. Dengan kondisi kesehatan Dkn yang special akibatnya special atau biasa biasa saja.

Ketika kita memilih untuk tidak mengonsumsi gorengan terus menerus, jadi kita memang boleh mengonsumsi gorengan namun dengan porsi yang juga spesial. Karena menyangkut perubahan kebiasaan, tidak mengherankan jika sangat sulit, sangat pahit saat menjalankannya. Namun kita akan melihat efek dari perilaku kita tersebut walaupun tidak instan, apakah pahit atau justru manis dan nikmat.

Kemudian dapat kita bandingkan dengan efek ketika kita mengonsumsi gorengan berlebih. Kita nikmat sekali ketika menjalaninya namun efeknya apakah efeknya juga senikmat ketika kita menikmati gorengan tersebut.

Kita tidak bisa membandingkan jika kita tidak melakukan, dan merasakan terlebih dahulu. Dan ketika niat bapak surut untuk menjalankan proses diet diabetes yang idealnya dilakukan seterusnya, ingatlah kembali motivasi awal bapak menjalankan terapi yaitu demi kesehatan demi istri dan anak bapak

Peneliti memberikan *support terapi* pada Sby. Sby juga dapat melakukan tugasnya dengan baik. Merasa lebih nyaman ketika relaksasi.

Peneliti juga memberikan *support terapi* pada Endh. Hal yang sama juga dirasakan oleh Endh yang merasa nyaman ketika relaksasi. Ia juga merasa lebih tenang setelah mendapatkan pengetahuan terkait pola makan dan jenis makanan yang hendaknya dikonsumsi oleh penderita diabetes.

Peneliti memberikan *support terapi* dan psikoedukasi pada Myt. Peneliti memberikan apresiasi pada myt kerana telah mau mencoba melakukan diet walaupun masih belum mampu melaksanakannya. Peneliti mengnurkan Myt untuk berkonsultasi pada ahli gizi untuk mengetahui penjelasan lebih detail lagi.

Selain itu peneliti juga memberikan penjelasan ulang terkait pentingnya olahraga bagi penderita diabetes. Menyarankan subjek berolahraga sesuai kemampuan hingga keluar keringat. Karena hal tersebut sangat membantu proses metabolisme tubuh. Jalan jalan setiap pagi selama 30 menit cukup membantu jika secara rutin dilakukan.

Peneliti memberikan *support* dan psikoedukasi pada Prj. Peneliti mengemukakan jika Prj mengalami kesulitan dalam hal jadwal makan, hal tersebut mungkin terjadi karena belum terbiasa, sehingga peneliti menyarankan untuk tetap berusaha menjalankan sesuai anjuran sebisa mungkin. Hal tersebut wajar, alami karena menyangkut perubahan kebiasaan, Prj termasuk bagus karena mau berusaha menjalani program ini, banyak orang yang tidak mau karena merasa tidak enak, tidak nyaman ketika melakukannya. Namun orang-orang tersebut juga mendapatkan hasil tidak nyaman. Ketika kita melakukan hal ini, walaupun sulit pada akhirnya akan memperoleh hasil yang menyenangkan.

Peneliti memberikan *support* terapi dan psikoedukasi pada Ylft. Ylft mengatakan jika dirinya tidak mengkonsumsi obat dokter, namun mengkonsumsi herbal. Ylft sempat mengkonsumsi obat dokter, namun tidak dapat memperbaiki kondisinya. Ylft juga mengungkapkan jika dirinya secara rutin memeriksakan diri ke dokter untuk mengecek gula darahnya. Peneliti mengungkapkan apabila hal tersebut mengakibatkan efek yang baik bagi Ylft maka tidak menjadi masalah. Namun peneliti tetap menganjurkan melakukan program diet bagi kesehatannya.

Peneliti memberikan *support* terapi dan psikoedukasi pada Wgh. Peneliti memberikan apresiasi pada Wgh karena telah mencoba melakukan diet diabetes. Wgh mengungkapkan jika dirinya tidak mengkonsumsi obat dokter, karena tidak memiliki biaya untuk memeriksakan diri. Peneliti memberikan pandangan jika sebenarnya kita bisa mengontrol pola makan, olahraga, relaksasi untuk membantu

menstabilkan gula darah. Dan ketika ingin mengetahui kadar gula darah Wgh dapat bertandang ke rumah perawat puskesmas yang kebetulan juga tinggal di desanya.

b. Kunjungan kedua pada tanggal 01 Juli 2011

Tabel 5: Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Kedua Tahap Monitoring

Waktu	Subjek	Terapi
01 Juli 2011	Dkn	Support terapi
01 Juli 2011	Myt	Support terapi, psikoedukasi
01 Juli 2011	Wgh	support terapi dan psikoedukasi
01 Juli 2011	Prj	support terapi
01 Juli 2011	Sby	Support terapi
01 Juli 2011	Endh	Support terapi
01 Juli 2011	Ylft	Support terapi dan psikoedukasi

Pertemuan kedua Dkn menyampaikan sudah dapat merasakan efek relaksasi. Tidur Dkn juga lebih mudah. Selain itu badan juga lebih segar. Dkn melakukan relaksasai setelah melakukan jalan – jalan pagi. Pola makan Dkn tidak mengalami masalah. Peneliti memberikan support dan apresiasi pada Dkn atas usahanya, kemudian memberikan support pada Dkn serta istrinya.

Myt memulai melakukan jalan – jalan pagi namun tidak setiap hari. Pola makan beliau juga masih sulit mengikuti anjuran. Peneliti memberikan apresiasi pada Myt atas usahanya. Memberikan psikoedukasi terkait diet yang boleh dilakukan secara perlahan-lahan. Peneliti juga terus menyarankan untuk melakukan diet demi kesehatan.

Peneliti memberikan support dan apresiasi pada Wgh karena telah menjalankan aktifitas jalan pagi setiap hari. Relaksasi Wgh saat usai sholat subuh, namun belum setiap hari. Untuk pola makan Wgh dibantu oleh menantunya yang selalu mengingatkan untuk makan tepat waktu. Peneliti juga mengungkapkan trimakasih pada menantu Wgh dan mohon bantuannya untuk selalu memberikan support pada Wgh karena hal tersebut sangat membantu kemajuan Wgh dalam menjalani terapi ini.

Prj juga mengalami hal yang sama. Prj juga dibantu oleh menantu dan anaknya untuk mengingatkan jadwal makan. Peneliti menyampaikan apresiasinya dan supportnya pada Prj, dan mengungkapkan pada menantu dan putra Prj akan support untuk Prj agar dapat melakukan diet pengaturan pola makan.

Peneliti memberikan support dan apresiasi pada Sby karena tidak mengalami kesulitan dalam menjalankan tugas tugasnya.

Peneliti juga memberikan support dan aspirasi pada Endh karena tidak mengalami kesulitan dalam menjalankan tugas tugasnya.

Peneliti memberikan psikoedukasi terkait pola makan dan olahraga kepada Ylft. Ylft sempat merasa tidak nyaman karena tidak berolahraga. Ia juga mengeluhkan sulit untuk mengatur pola makan dan sempat tidak nyaman waktu mengkonsumsi makanan tidak sesuai anjuran, badan menjadi panas.

c. Kunjungan ketiga pada tanggal 05 Juli 2011

Tabel 6: Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Ketiga Tahap Monitoring

Waktu	Subjek	Terapi
05 Juli 2011	Dkn	Support terapi
05 Juli 2011	Myt	Support terapi, psikoedukasi
05 Juli 2011	Wgh	support terapi
05 Juli 2011	Prj	support terapi
05 Juli 2011	Sby	Support terapi, psikoedukasi
05 Juli 2011	Endh	Support terapi
05 Juli 2011	Ylft	Support terapi

Sesi kunjungan ini peneliti memberikan support terapi pada Dkn yang mengatakan tidak melakukan olahraga karena sedang mengalami diare.

Peneliti memberikan support pada Myt yang masih kesulitan mengatur pola makannya, dan waktu untuk olahraga. Peneliti juga memberikan support dan apresiasi pada Myt karena selalu lebih dari dua kali sehari melakukan relaksasi, dan rutin suntik insulin. Myt juga mengeluhkan mengapa kondisinya tidak kunjung berubah. Peneliti memberikan psikoedukasi menyampaikan apabila Myt dapat mengatur pola makan, maka Myt dapat memperoleh kondisi yang lebih baik lagi. Walaupun sulit jika kita menginginkan hasil yang baik maka kita harus berusaha melakukannya dengan baik.

Prj sudah mulai tidak terkejut dengan kebiasaan barunya terkait pola makannya. Namun masih mengalami kesulitan. Peneliti memberikan support dan apresiasi pada Prj atas usahanya tersebut.

Endh merasa nyaman dengan kebiasaan barunya, namun terkadang muncul ketakutan lagi ketika ingin mengonsumsi suatu makanan. Peneliti memberikan support dan apresiasi pada Endh.

Ylft tidak mengalami kesulitan menjalankan tugasnya, dan merasa sangat nyaman dengan relaksasi yang dilakukan. Ylft juga menyampaikan jika pada awalnya setiap hari tidak dapat tidur sebelum jam 01.00, namun setiap selesai menjalankan relaksasi dapat tidur lebih awal, badan terasa ringan, bangun tidur terasa segar. Peneliti memberikan apresiasi dan support pada Ylft.

Wgh juga mengalami hal yang sama, setelah menjalankan relaksasi sakit yang dirasakan di badan jadi berkurang, dan tubuh lebih segar. Peneliti memberikan support terapi pada Wgh dan apresiasi atas usahanya tersebut.

Sby menyampaikan kondisinya yang kurang stabil. Hal tersebut dikarenakan beliau selama 3 hari mengikuti penataran, dan selama penataran mendapatkan konsumsi yang sebagian besar termasuk makanan yang harus ditakar. Namun Sby tetap mengkonsumsinya. Sby menanggulangnya dengan obat. Dan saat itu Sby juga tidak melakukan olahraga. Peneliti memberikan support pada Sby, dan psikoedukasi.

d. Kunjungan keempat pada tanggal 09 Juli 2011

Tabel 7: Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Keempat Tahap Monitoring

Waktu	Subjek	Terapi
09 Juli 2011	Dkn	Support terapi
09 Juli 2011	Myt	Support terapi
09 Juli 2011	Wgh	support terapi
09 Juli 2011	Prj	support terapi , psikoedukasi
09 Juli 2011	Sby	Support terapi, psikoedukasi
09 Juli 2011	Endh	Support terapi
09 Juli 2011	Ylft	Support terapi

Pada kunjungan keempat ini Dkn kondisi kesehatannya telah membaik. Dengan dukungan istrinya, Dkn dapat melakukan tugas sebagaimana mestinya. Peneliti memberikan support dan apresiasi pada Dkn dan Istrinya.

Myt masih kesulitan mengikuti anjuran jadwal makan. Myt juga tidak melakukan olahraga. Walaupun melakukan relaksasi dan rutin suntuk insulin. Peneliti memberikan apresiasi atas relaksasi yang dilakukan Myt, dan memberikan support pada Myt terkait diet dan olahraganya.

Wgh sudah mulai terbiasa dengan jadwal makan barunya. Masih melakukan jalan – jalan pagi, dan relaksasi. Peneliti memeberikan apresiasi pada Wgh serta support.

Peneliti memberikan support dan apresiasi pada Ylft juga masih dapat melakukan tugasnya dengan baik.

Endh melakukan tugasnya dengan baik, namun olahraga tidak dilakukan. Peneliti memberikan apresiasi pada Endh serta support. Serta menyarankan untuk berolahraga lagi.

Prj mulai terbiasa dengan jadwal makan barunya, namun hingga kunjungan keempat ini masih jarang melakukan relaksasi. Peneliti menganjurkan agar senantiasa menyempatkan diri melakukan relaksasi karena sangat bermanfaat bagi kesehatan. Peneliti memberikan apresiasi pada Prj serta support.

Sby sudah memulai aktifitas olahraganya. Namun peneliti menyarankan mulai dengan olahraga ringan karena baru stabil. Peneliti memberikan apresiasi pada Sby serta support.

e. Kunjungan kelima pada tanggal 13 Juli 2011

Tabel 8: Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Kelima Tahap Monitoring

Waktu	Subjek	Terapi
13 Juli 2011	Dkn	Support terapi
13 Juli 2011	Myt	Support terapi, psikoedukasi
13 Juli 2011	Wgh	support terapi
13 Juli 2011	Prj	support terapi
13 Juli 2011	Sby	Support terapi
13 Juli 2011	Endh	Support terapi, psikoedukasi
13 Juli 2011	Ylft	Support terapi

Kunjungan kelima ini Dkn merasa jauh lebih nyaman dan segar. Sudah tidak cemas lagi. Kecemasan yang dimaksud terkait komplikasi, karena Dkn merasakan

sendiri perbedaan kondisi kesehatan dan fisiknya yang berangsur membaik. Peneliti memberikan apresiasi pada Dkn serta support.

Berbeda dengan Dkn, Myt justru merasakan kondisinya masih relatif sama. Kondisi Myt sering naik turun. Terkadang nyaman dan tiba – tiba besuk tidak nyaman. Untuk pola makan terlihat dari data recall makanan, sejak pelaksanaan terapi mandiri Myt termasuk ketaatan diet rendah. Jumlah kalori yang dimasukkan tidak sebanding dengan kebutuhan. Terlebih Myt tidak melakukan olahraga. Peneliti menyarankan pada Myt agar selalu berusaha mengikuti anjuran pola makan agar lebih baik lagi, dan berolahraga ringan jalan – jalan misalnya hingga mengeluarkan keringat untuk membantu proses metabolisme. Peneliti memberikan apresiasi pada Myt serta support.

Wgh mulai merasakan kondisi sedikit berubah, lebih segar. Yang rutin dilakukan Wgh jalan – jalan, dan masih terus berusaha mengatur pola makan. Peneliti memberikan apresiasi pada Wgh serta support.

Prj tidak mengalami hambatan dalam menjalankan terapi mandiri di rumah, namun masih sering diingatkan terkait jadwal makan. Peneliti memberikan apresiasi pada Prj serta support.

Endh merasakan lebih nyaman, namun saat ada hajatan merasa sangat sulit untuk mengonsumsi makanan sesuai anjuran. Peneliti menjelaskan lagi, boleh mengonsumsi dengan batas tertentu, jangan terlalu banyak karena yang dirugikan bukan orang lain, namun diri sendiri. Bukanakah kita akan selalu memilih tindakan yang memiliki dampak positif bagi diri kita. Peneliti memberikan apresiasi pada Endh serta support.

Saat kunjungan ke lima ini Sby kondisinya kurang sehat karena kelelahan. Sby mengikuti wisata di Batu Malang selama 2 hari 2 malam. Menurut Sby makanan yang disediakan saat itu juga termasuk makanan yang ada batasannya. Sby juga tidak melakukan olahraga, serta istirahat yang kurang. Sby hanya dapat mengkonsumsi obat saja. Peneliti memberikan apresiasi pada Sby serta support.

Ylft tidak mengalami kesulitan saat mengerjakan terapi mandiri. Peneliti memberikan apresiasi pada Ylft serta support.

f. Kunjungan ke enam pada tanggal 22 Juli 2011

Tabel 9: Pemberian Terapi Pada Subjek Kelompok Eksperimen Kunjungan Ke enam Tahap Monitoring

Waktu	Subjek	Terapi
22 Juli 2011	Dkn	Support terapi , <i>post test</i>
22 Juli 2011	Myt	Support terapi, <i>post test</i>
22 Juli 2011	Wgh	support terapi , <i>post test</i>
22 Juli 2011	Prj	support terapi , <i>post test</i>
22 Juli 2011	Sby	Support terapi, <i>post test</i>
22 Juli 2011	Endh	Support terapi , <i>post test</i>
22 Juli 2011	Ylft	Support terapi , <i>post test</i>

Kunjungan ke enam dilaksanakan pada saat *post test* yaitu tanggal 22 Juli 2011. Selain menanyakan kesulitan dan pelaksanaan terapi mandiri. *Post test* pada kelompok kontrol juga dilakukan secara individual yang pelaksanaannya pada tanggal 22 Juli 2011. Kemudian peneliti juga memberikan support dan apresiasi dan menyerahkan undangan evaluasi, baik pada subjek penelitian kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol.

Sesi V

Pada sesi kelima ini berisi refleksi materi yang telah diberikan *follow up* dan evaluasi kegiatan, serta sharing pengalaman saat proses terapi, serta cara menyelesaikan masalah. Kemudian juga evaluasi dari proses terapi dari pasien. Terapis juga mengemukakan jika proses terapi tidak berhenti sampai pertemuan ini, namun masih berlangsung sepanjang hayat, mengingat diabetes mellitus tidak dapat disembuhkan, namun dapat dikontrol. Dengan mengikuti terapi ini diharapkan peserta dapat menjadi terapis bagi diri mereka sendiri. Sesi ini juga menyerahkan ucapan terimakasih pada peserta terapi.

e. Psikoedukasi *self monitoring* diabetes mellitus

Kegiatan ini diikuti oleh kelompok kontrol di aula Puskesmas Ngaglik I Sleman. Pada kegiatan ini dihadirkan ahli gizi terkait diet diabetes mellitus, kemudian Psikolog terkait perilaku maladaptif yang dapat ditimbulkan serta pemberian informasi terkait diabetes dari dokter. Acara ini diadakan pada tanggal 25 Juli 2011.

G. Metode Analisis Data

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah *statistic non parametric* program Uji *Mann-Whitney* (Uji U), mengingat ukuran sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah berukuran kecil, yaitu masing masing kelompok terdiri dari 7 orang.

Analisis kuantitatif juga dilakukan dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui keadaan subjek melalui catatan harian dapat menggambarkan keadaan subjek selama proses penelitian berlangsung.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

1. Analisis data kelompok

a. Deskripsi data penelitian

Karakteristik responden penelitian ini disusun berdasarkan latar belakang pendidikan, umur, jenis kelamin. Adapun distribusi subjek penelitian ini sebagai berikut :

Tabel. 10
Distribusi Karakteristik Subjek Penelitian Berdasarkan Pendidikan, Umur, Jenis Kelamin

Karakteristik	Kelompok				Prosentase
	Eksperimen		Kontrol		
	Jumlah	%	Jumlah	%	
1. Jenis kelamin					
a. Laki – laki	3	42,86%	5	71,43%	57,14%
b. perempuan	4	57,14%	2	28,57%	42,86%
2. usia					
a. 20 – 29	1	14,26%	0	0%	7,14%
b. 30 – 39	0	0%	0	0%	0%
c. 40 – 59	6	85,74%	7	100%	92,86%
3. Pendidikan					
a. SMP	0	0%	0	0%	0%
b. SMA	5	71,43%	5	71,43%	71,43%
c. PT	2	28,57%	2	28,57%	28,57%

4. Pekerjaan					
a. IRT	1	14,26%	1	14,26%	14,26%
b. Petani	3	42,86%	0	0%	21,44%
c. PNS	2	28,62%	2	28,62%	28,58%
d. Swasta	1	14,26%	4	57,14%	35,72%

Secara lebih detail subjek dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel. 11
Distribusi Skor Kualitas Hidup Subjek Setelah *Matching By Subjek*

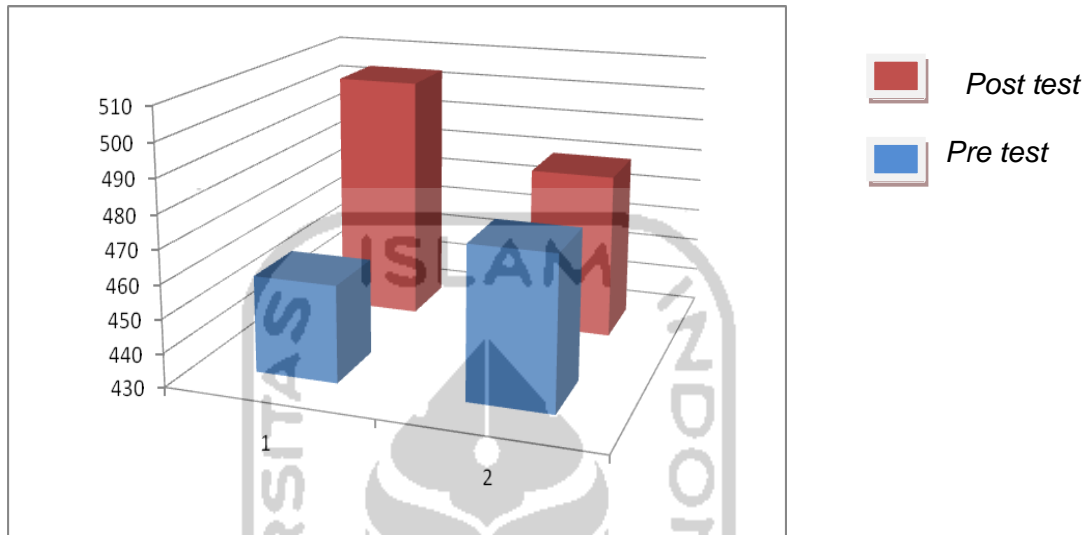
Kelompok eksperimen					Kelompok kontrol				
S	Jk	Usia	Pendidikan	Pre test	S	Jk	Usia	Pendidikan	Pre test
Dkn	L	48	SMA	400,33	Sltn	L	52	SMA	447,58
Mryt	P	52	SMA	406,27	Mrh	P	53	SMA	389,52
Wgrh	P	58	SMA	450,80	Clc	P	46	SMA	427,49
Prjm	P	53	SMA	462,33	Strm	P	52	SMA	490,65
Sby	L	54	PT	495,05	Why	L	49	PT	493,04
Endh	P	46	SMA	497,05	Dd	L	50	SMA	522,98
Ylft	L	26	PT	498,90	Djl	L	28	PT	530,20

Diskripsi data penelitian yang berupa rerata empirik diperoleh dari hasil *pre test* dan *post test* skala kualitas hidup diabetes mellitus dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Table. 12
Distribusi Rerata Skor Kualitas Hidup (*Pre Test* dan *Post Test*)

Skor	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
	Rerata Empirik	Kategori	Rerata Empirik	Kategori
<i>Pre test</i>	458,68	Rendah	475,27	Sedang
<i>Post test</i>	521,15	Sedang	479,75	Sedang

Melalui diskripsi data penelitian yang telah terangkum pada tabel di atas, selanjutnya dapat dibuatkan histogram rerata skor kualitas hidup diabetes mellitus pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol yang tersaji dalam gambar berikut ini



Grafik 1:
Grafik Rerata Skor Kualitas Hidup Diabetes Mellitus Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Keterangan : 1. Kelompok eksperimen
2. Kelompok kontrol

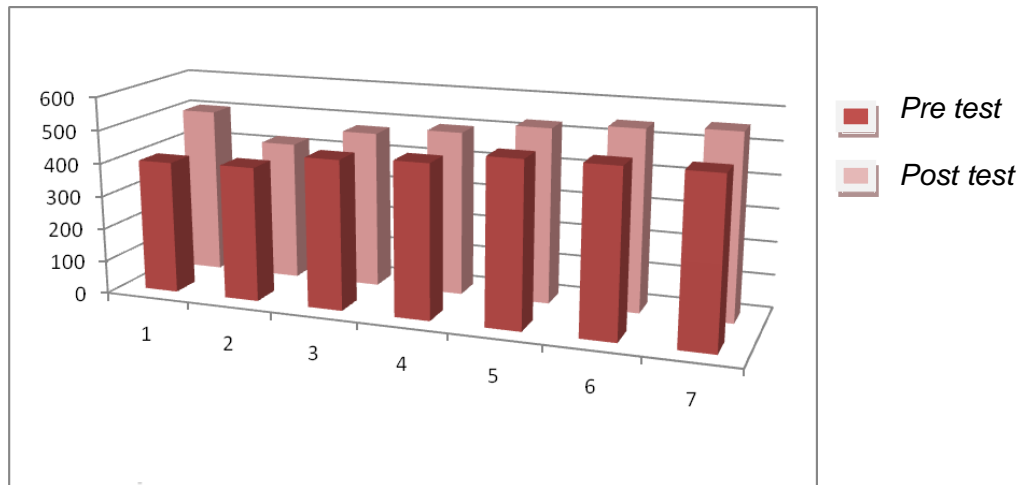
Mencermati histogram rerata skor pada kualitas hidup diabetes mellitus dapat disimpulkan bahwa pada saat posttest terjadi peningkatan skor kualitas hidup diabetes mellitus setelah pemberian perlakuan REBT pada peserta. Hampir semua peningkatan skor kualitas hidup diikuti dengan perubahan peningkatan kategori kualitas hidup diabetes mellitus pada subjek yang bersangkutan. Hanya ada dua orang subjek yang mengalami peningkatan skor kualitas hidup namun tidak diikuti dengan perubahan peningkatan kategori kualitas hidup diabetes mellitus pada subjek yang bersangkutan. Dalam data penelitian secara kelompok berikut disajikan pula data penelitian dari tiap subjek

pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol secara lebih rinci pada tabel berikut:

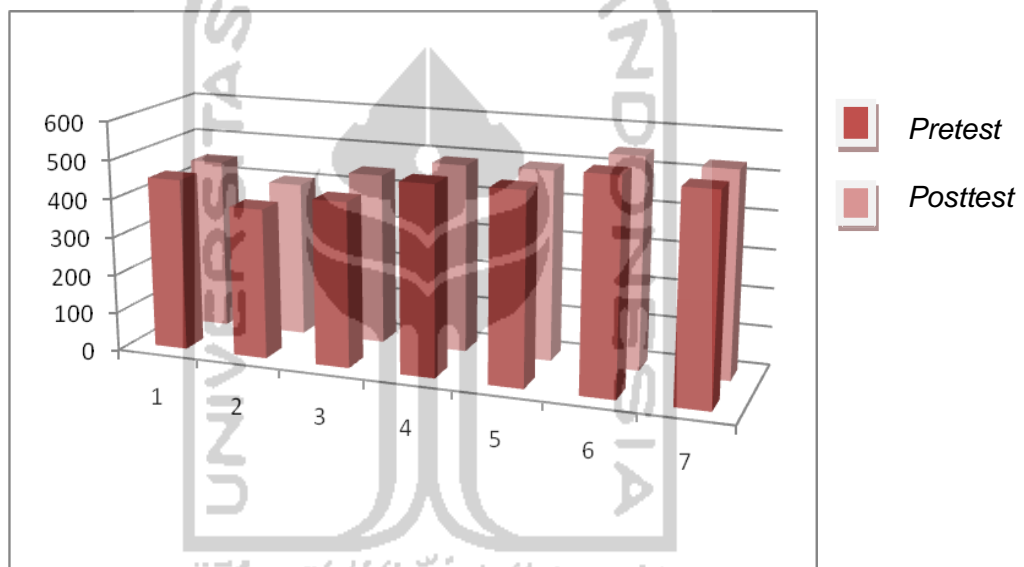
Tabel. 13
Skor *Pre test* dan *Post test* Kualitas Hidup Tiap Subjek Dari Masing – Masing Kelompok Penelitian

Kelompok	Subjek	Skor <i>Pre test</i>	Kategori	Skor <i>Post test</i>	Kategori
Eksperimen	1	400,33	Rendah	504,98	Sedang
	2	406,27	Rendah	421,6	Rendah
	3	450,8	Rendah	474,63	Sedang
	4	462,33	Rendah	496,56	Sedang
	5	495,05	Sedang	528,71	Sedang
	6	497,05	Sedang	545,88	Tinggi
	7	498,9	Sedang	556,92	Tinggi
Kontrol	1	447,58	Rendah	447,58	Rendah
	2	389,52	Sangat Rendah	404,45	Rendah
	3	427,49	Rendah	446,93	Rendah
	4	490,05	Sedang	490,05	Sedang
	5	493,04	Sedang	493,04	Sedang
	6	522,98	Sedang	522,98	Sedang
	7	530,2	Sedang	530,2	Sedang

Mengacu pada data penelitian yang telah diuraikan di atas, maka dapat dibuat grafik Histogram yang disajikan pada gambar berikut ini:



Grafik 2: Grafik skor *Pre test* dan *Post test* Kualitas Hidup Pada Kelompok Eksperimen



Grafik 3: Grafik skor *Pre test* dan *Post test* Kualitas Hidup Pada Kelompok Kontrol

b. Hasil analisis Mann-Whitney (Uji U)

Analisis data yang digunakan untuk menguji hipotesis yang diajukan adalah menggunakan analisis uji non parametrik *Mann-Whitney* (U-test). Pemilihan analisis ini dilakukan agar dapat melihat dan membandingkan nilai mean antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada subjek dengan jumlah kecil, mengetahui kondisi subjek penelitian

sebelum dan sesudah dilaksanakan, serta dapat menguji perbedaan kualitas hidup penderita diabetes mellitus antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Rangkuman hasil analisis dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Table. 14
Analisis *Mann-Whitney* (Uji U) Kualitas Hidup

Kelompok	N	Pre Test		Post Test		Gain Score	
		Mean Rank	Sum of Rank	Mean Rank	Sum of Rank	Mean Rank	Sum of Rank
Eksperimen	7	7,29	51,00	8,57	60,00	10,86	76,00
Kontrol	7	7,71	54,00	6,43	45,00	4,14	29,00

Table. 15
Analisis *Mann-Whitney* (Uji U) Skor Kualitas Hidup

Skor	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Wilcoxon W</i>	Z	Asymp.
Pre Test	23,000	51,000	-,192	0,848
Post Test	17,000	45,000	-,958	0,338
Gain	1,000	29,000	-3,071	0,002

Table. 16
Distribusi hasil *Mann-Whitney* (Uji U) *Gain Score* Kualitas Hidup

Analisis	<i>Gain score</i> subjek penelitian
<i>Mann-Whitney U</i>	1,000
<i>Wilcoxon W</i>	29,000
Z	-3,071
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001(a)

Berdasarkan hasil analisis uji *Mann-Whitney* di atas, dapat diketahui bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup

penderita diabetes mellitus saat sebelum diberikan intervensi dan setelah mendapatkan intervensi *berupa rational emotive behavior therapy*. Hal ini ditunjukkan dengan hasil $z = -3,071$ dengan $p = 0,002$, karena $p < 0,05$ dengan taraf signifikansi 5%. Dengan demikian ada perbedaan yang signifikan antara skor kualitas hidup kelompok eksperimen dengan skor kualitas hidup kelompok kontrol pada subjek penelitian. Kelompok eksperimen diberikan intervensi *rational emotive behavior therapy*, sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan *intervensi rationel emotive behavior therapi*.

Analisis tambahan dari hasil data penelitian yaitu untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan kualitas hidup antara penderita diabetes mellitus laki – laki dengan penderita diabetes mellitus perempuan, dengan menggunakan analisis uji non parametrik *Mann-Whitney (U-test)*.

Dari hasil analisis diperoleh data sebagai berikut:

Tabel. 17
Distribusi hasil *Mann-Whithney (Uji U) Gain Score* Kualitas Hidup laki – laki dengan Perempuan

Analisis	Gain Score Subjek Penelitian
<i>Mann – Whithney U</i>	2,000
<i>Wilcoxon W</i>	12,000
Z	-1,414
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	,157
<i>Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]</i>	,229 ^a

Berdasarkan hasil analisis uji *Mann-Whithney* di atas, dapat diketahui bahwa tidak ada perbedaan kualitas hidup antara penderita diabetes mellitus laki–laki dengan penderita diabetes mellitus perempuan.

Hal tersebut ditunjukkan dengan hasil $z = -1,414$ dengan $p = 0,157$, karena $p < 0,05$ dengan taraf signifikansi 5% maka tidak terdapat perbedaan antara skor kualitas hidup penderita diabetes mellitus laki – laki dengan skor kualitas hidup penderita diabetes mellitus perempuan pada subjek penelitian.

2. Analisis data kualitatif individual

a. Subjek Pertama

Subjek pertama berinisial Dkn, laki – laki yang berusia 46 tahun dan jenjang pendidikan SMA. Beliau mengetahui mengalami diabetes mellitus baru 4 bulan. Beliau bekerja sebagai kados di salah satu desa. Beliau memiliki 4 orang anak dan seorang istri. Saat mengetahui menderita diabetes mellitus beliau sangat terpukul, bingung, sedih, takut, karena mengetahui penyakit tersebut tidak bisa disembuhkan, sedangkan beliau harus terus menafkahi keluarganya, dan teringat anak – anaknya yang masih kecil – kecil. Skor kualitas hidup Dkn saat *pre test* adalah 400,33 yang masuk dalam kategori rendah. Saat peneliti berkunjung di kediaman beliau, beliau menceritakan penyakitnya tersebut. Beliau mengatakan kondisinya berubah drastis saat ada masalah keuangan, dan beliau terpaksa menjadikan sertifikat rumah sebagai jaminan di bank. Saat berinteraksi dengan istri Dkn juga mengungkapkan hal yang sama, jika suaminya kian hari kondisi kesehatannya semakin menurun. Istrinya hanya mengetahui jika suaminya memiliki hipertensi, tapi kondisinya berbeda dengan biasanya. Suaminya cenderung lemas, kurus walaupun nafsu makan bertambah, sering minum dan sering sekali buang air kecil. Dkn

baru mengetahui ketika memeriksakan diri ke Puskesmas, dan sangat terkejut ketika mengetahui jika dirinya mengalami diabetes millitus.

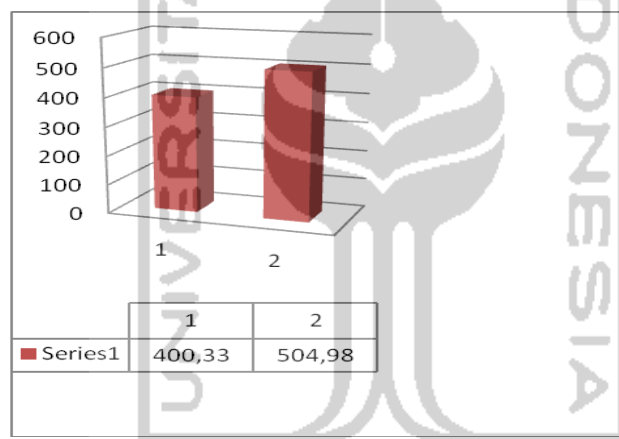
Selama menjalani intervensi Dkn selalu aktif, mengemukakan apa yang dialami, yang dirasakan dan yang telah dilakukan. Dkn juga sering sekali menjawab pertanyaan dari terapis dengan jawaban yang lucu sehingga mengundang tawa peserta yang lain.

Saat menjalani terapi secara mandiri di rumah, sang istri juga sangat berperan aktif dengan memberikan dukungan pada suaminya tersebut. Dkn mengikuti anjuran yang diberlakukan selama intervensi berlangsung. Namun motivasi dari diri subjek sendiri juga sangat besar untuk menjalankan intervensi tersebut.

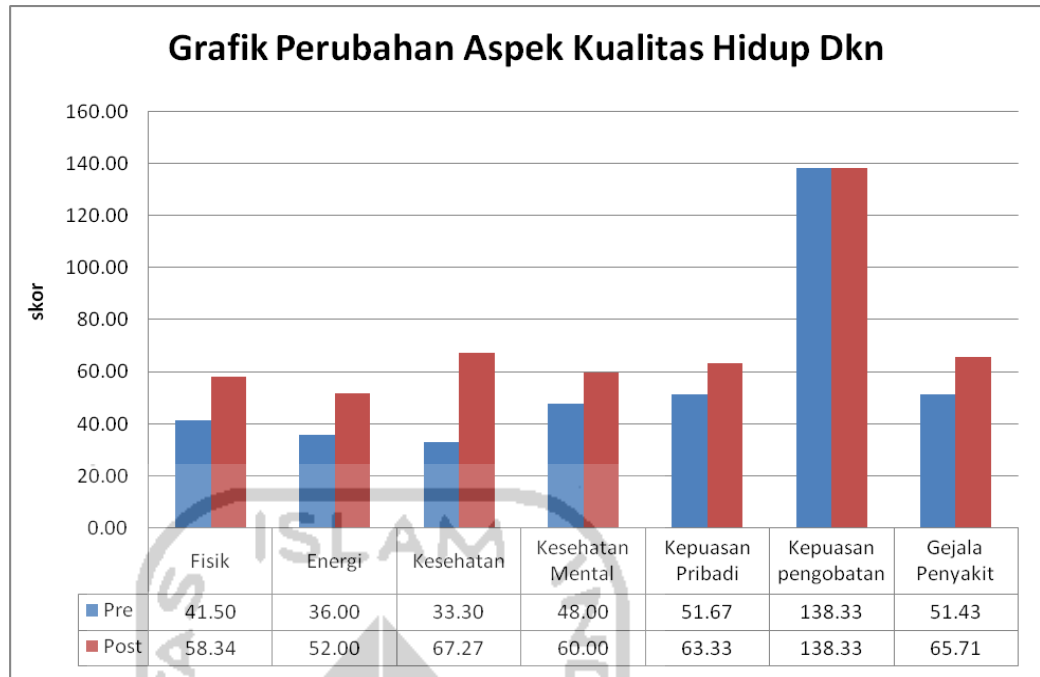
Dapat dilihat dari hasil olah data, bahwa Dkn memiliki ketaatan diet diabetes yang bagus, asupan kalori yang dibutuhkan terpenuhi. Selain itu subjek juga rajin kontrol, cek kadar gula darah di puskesmas, minum obat sesuai anjuran dokter. Beliau juga setiap hari lebih dari 2 kali melakukan relaksasi, dan mengatakan jika sangat senang sekali bisa belajar relaksasi karena sangat bermanfaat bagi beliau. Dkn yang pada awalnya sulit tidur sejak rajin mempraktikkan relaksasi di waktu luangnya, menjadi lebih tenang dan dapat tidur tepat waktu. Dkn yang sebelumnya pencemas dan tidak tenang menjadi jauh lebih baik lagi. Selain itu pusing dan kaku – kaku menjadi sangat berkurang. Dkn mengungkapkan sering melakukan lebih dari 2 kali sehari karena merasakan efek yang sangat nyaman, menjadi tenang dan tentram, emosi juga cenderung stabil. Dkn juga sangat senang mengetahui pola makan yang baik, dan bisa diet walaupun awalnya susah, tapi saat merasakan kondisi fisik menjadi lebih

baik Dkn memaksakan diri untuk mengikuti aturan tersebut, namun masih membutuhkan dukungan yang besar dari istrinya. Dkn juga sudah dapat mengambil hikmah, menerima kondisi diri yang mengalami diabetes sehingga pikiran negatif dan rasa takut sudah sangat berkurang.

Setelah menjalani terapi secara mandiri, dengan dukungan istri dan *monitoring* dari peneliti, skor kualitas hidup subjek mengalami peningkatan yang cukup pesat menjadi 504,98 yang masuk dalam kategori sedang. Secara fisik juga terlihat subjek lebih segar dan aktif, berbeda dengan sebelumnya yang lemas dan pucat. Dapat digambarkan sebagai berikut:



Grafik 4:
Perubahan skor kualitas hidup Dkn



Grafik 5:
Grafik perubahan aspek kualitas hidup Dkn

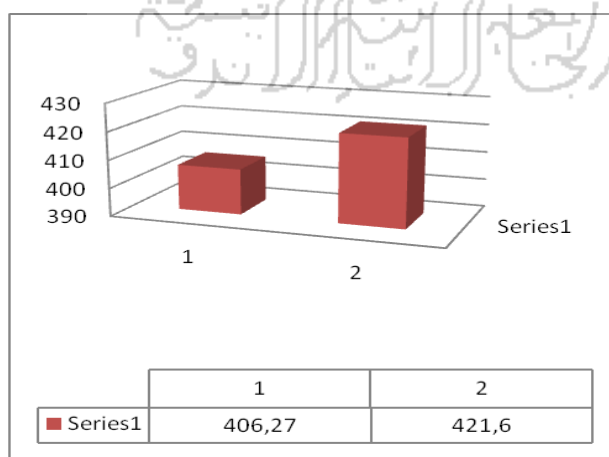
b. Subjek kedua

Subjek kedua adalah Myt seorang wanita berusia 52 tahun berjenjang pendidikan SMA. Myt mengetahui memiliki diabetes mellitus sejak 2,5 tahun yang lalu. Subjek memiliki 2 orang anak yang sudah berkeluarga semua. Myt bekerja sebagai petani sawah sendiri. Myt tinggal dengan suami yang juga bekerja sebagai petani. Myt mengikuti intervensi di semua sesi, namun tergolong peserta yang pasif. Setiap datang hanya mendengarkan dan sesekali memberikan gagasannya. Namun begitu Myt mengerjakan tugas dengan baik. Terlihat sekali suami subjek kurang memberikan *support* bagi Myt. Keterangan yang diberikan oleh sang suami yang menyatakan beliau tidak pernah mengingatkan Myt saat mengkonsumsi makanan yang tidak dianjurkan, dengan alasan Myt sudah mengetahui sendiri apa yang boleh dan tidak baginya. Seperti halnya dengan diet diabetes, olahraga yang bagi penderita diabetes sangat

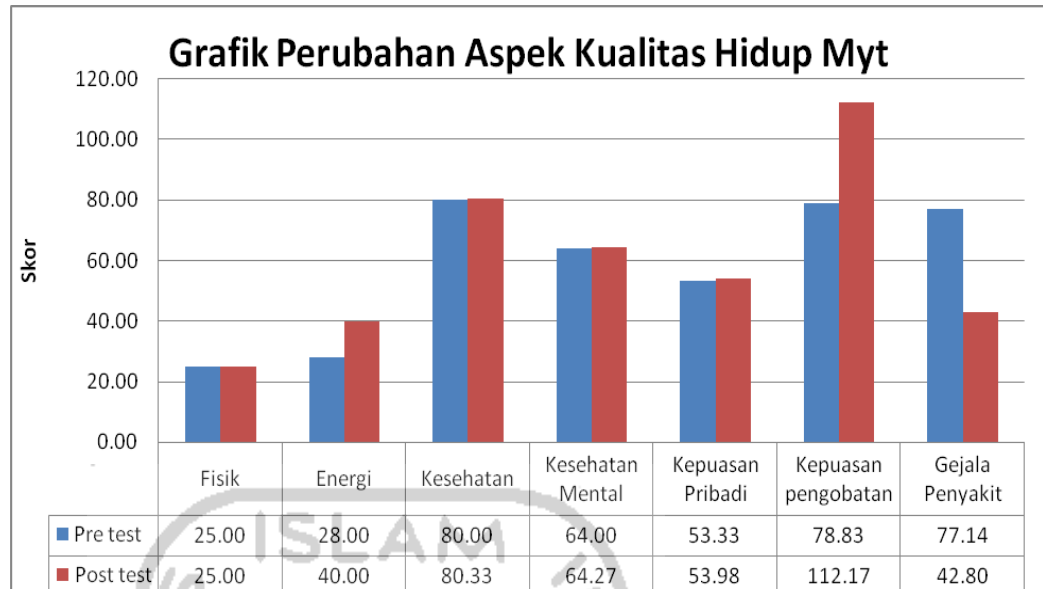
dianjurkan untuk mempermudah proses pembakaran kalori berlebih, tidak mendapatkan dukungan. Myt dapat dikatakan sangat jarang berolahraga. Namun Myt sering melakukan relaksasi.

Untuk obat Myt rutin menggunakan suntik insulin. Namun untuk pola makan terlihat sangat tidak sesuai dengan kebutuhan. Myt sering sekali mengkonsumsi makanan yang tidak dianjurkan, selain itu porsinya lebih besar dari pada porsi atau jumlah yang dianjurkan. Dapat dikatakan Myt tidak taat diet.

Skor pre test Myt sebelum intervensi adalah 406,27 yang masuk dalam kategori rendah, setelah intervensi 421,6 yang masuk dalam kategori rendah. Hal tersebut tampak dengan kondisi Myt, yang selalu mengenakan kaos kaki, jaket. Myt masih mengalami sulit tidur, buang air kecil sering dan sering merasa lapar. Penglihatan Myt juga sangat terganggu. Myt mengungkapkan sangat sulit menjalani aturan diet yang dianjurkan ahli gizi. Saat terapi mandiri Myt diobservasi oleh suami dan anaknya dengan reliabilitas observasi IA = 88,8%. Dengan IO = 293 dan DO = 37. Gambaran perubahan kualitas hidup pada Myt sebagai berikut:



Grafik 6:
Perubahan kualitas hidup subjek Myt



Grafik 7:

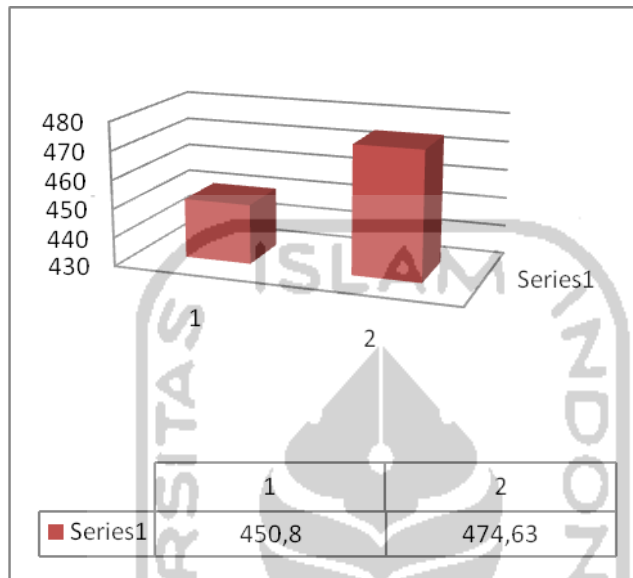
Grafik perubahan aspek kualitas hidup Myt

c. Subjek ketiga

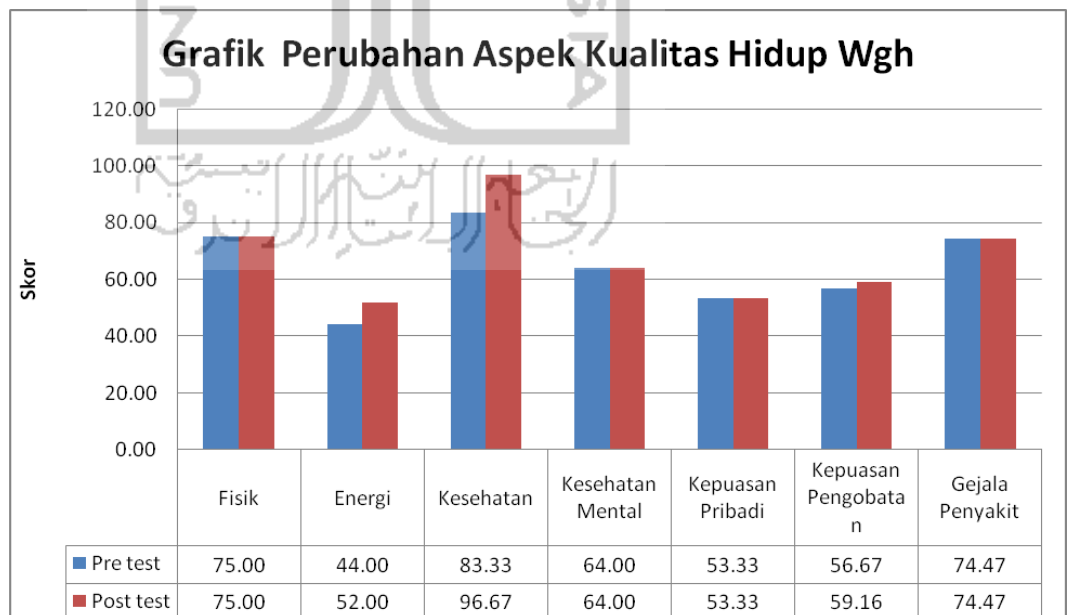
Subjek ketiga adalah Wgh seorang wanita berusia 58 tahun dengan jenjang pendidikan SMA. Wgh bekerja sebagai buruh tani tidak tetap. Wgh mengetahui mengalami diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu. Subjek tinggal dengan anak dan menantunya namun hanya menantunya yang setiap hari dapat memperhatikan Wgh. Wgh mengikuti semua sesi intervensi namun tergolong peserta yang pasif, hanya mendengarkan, sering melamun, dan mengantuk. Wgh tidak banyak bicara maupun bercanda dengan peserta lainnya. Terlihat dari hasil analisis, pola makan Wgh juga tidak taat, kebutuhan kalori tidak sesuai. Namun dukungan dari menantu juga sudah cukup membantu subjek terkait pola makan. Selain itu Wgh juga tidak mengkonsumsi obat yang disarankan oleh dokter, tidak pernah kontrol. Alasan ekonomi menjadi kendala bagi Wgh untuk memenuhi anjuran – anjuran tersebut. Wgh juga jarang sekali berolahraga, walaupun banyak sekali memiliki waktu luang. Namun

frekuensi Wgh dalam melakukan relaksasi setiap pagi usai menjalankan ibadah. Skor kualitas hidup Wgh saat *pre test* adalah 450,8 dan saat *post test* menjadi 474,63. Kedua skor tersebut masuk dalam kategori sedang.

Adapun gambaran perubahan kualitas hidup subjek sebagai berikut:



Grafik 8:
Perubahan skor kualitas hidup subjek Wgh

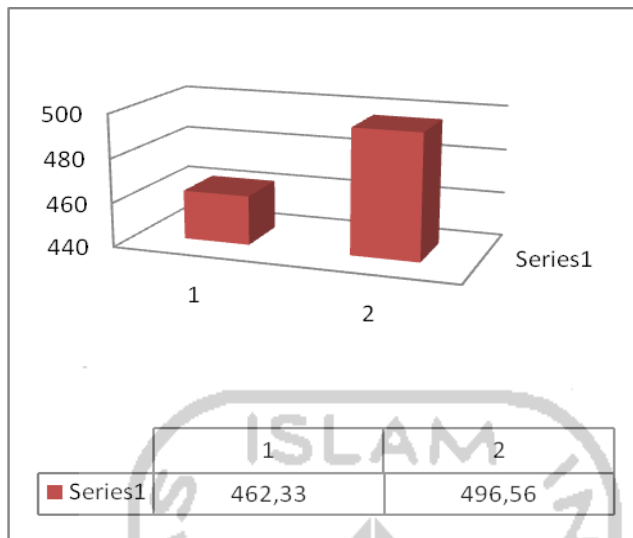


Grafik 9:
Grafik perubahan aspek kualitas hidup Wgh

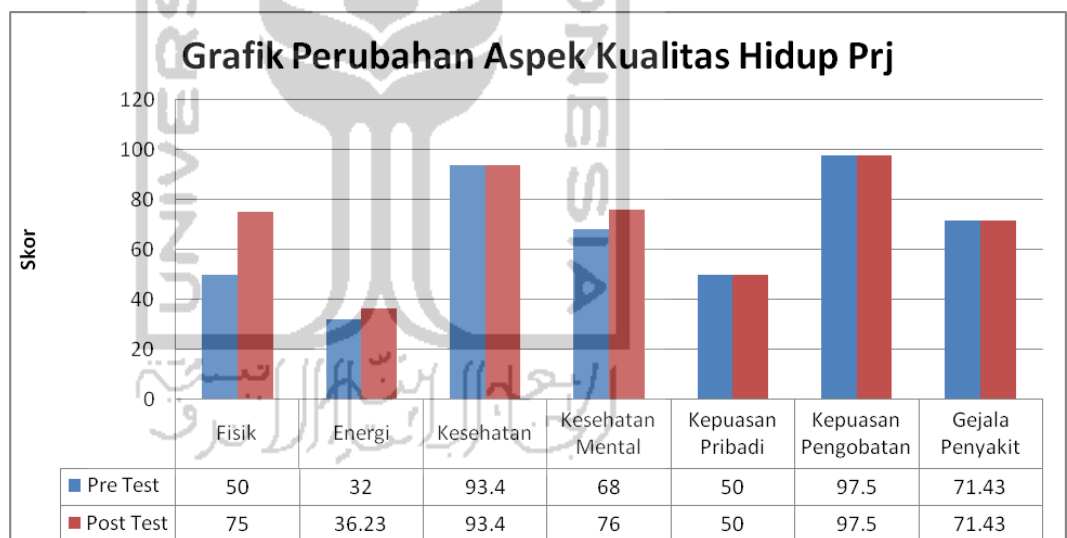
d. Subjek keempat

Subjek keempat adalah Prj seorang wanita berusia 53 tahun berjenjang pendidikan SMA. Bekerja sebagai petani sawah milik sendiri. Prj tinggal dengan suami, anak, dan menantunya. Prj mengetahui mengalami diabetes millitus sejak 1,5 tahun yang lalu. Prj juga sering sekali mengabaikan pola makan pada diabetes millitus. Prj mengakui aktivitasnya sering terganggu sejak mengalami diabetes mellitus. Prj sering merasakan lemas dan mengantuk sehingga malas melakukan kegiatan yang harus dilakukannya. Prj juga sering lapar. Setelah Prj mengikuti intervensi ini dibantu dukungan dari putra dan menantunya Prj menjalani diet diabetes serta anjuran lainnya. Prj mengakui agak sulit, namun dapat melakukannya. Prj mengaku masih melanggar aturan tersebut. Namun Prj mengungkapkan ada perbedaan setelah mencoba menjalankan anjuran tersebut walaupun tidak begitu besar. Prj merasa lebih nyaman, badannya tidak panas, kemudian tidur menjadi lebih nyenyak dan enak setelah relaksasi.

Untuk obat Prj mengakui tidak mengkonsumsi obat dokter namun menggunakan herbal. Skor kalitas hidup Prj saat pre test adalah 462,33 dan setelah intervensi atau post test sebesar 496,56 keduanya masuk dalam kategori sedang. Reliabilitas observasi yang dilakukan purta dan menantunya pada Prj sebesar $IA = 88,05\%$ dengan $IO = 295$ dan $Do = 40$. Adapun gambaran perubahan skor kualitas hidup subjek Prj sebagai berikut:



Grafik 10:
Perubahan skor kualitas hidup subjek Prj



Grafik 11:
Grafik perubahan aspek kualitas hidup Prj

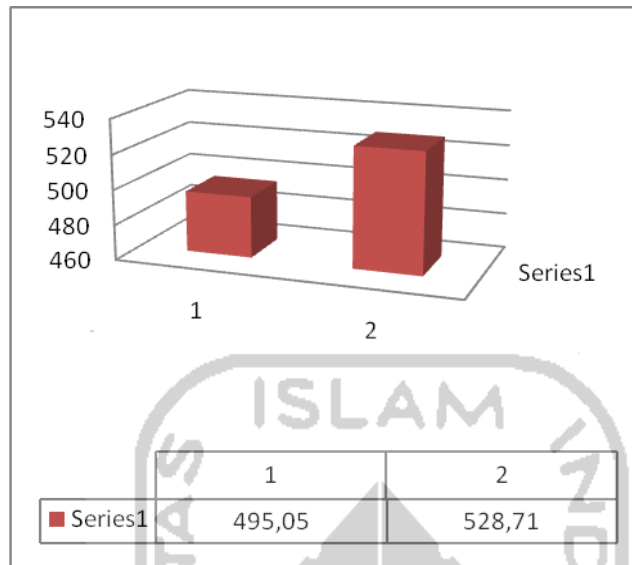
e. Subjek kelima

Subjek kelima adalah Sby seorang laki – laki berusia 54 tahun, yang bekerja sebagai PNS. Sby sudah cukup lama memiliki diabetes mellitus yaitu sejak 14 tahun. Namun Sby mengakui masih sering cemas dan takut. Selain itu subjek juga merasa berbeda dengan yang lainnya, dan

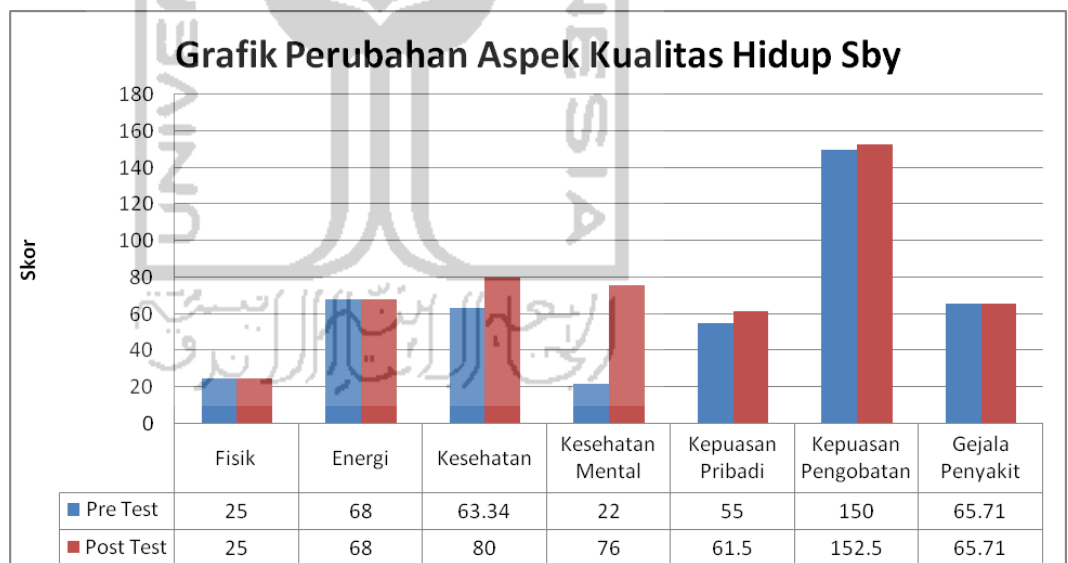
merasa minder. Sby sering capek dan lemas. Ketakuan subjek terlihat dari pola makan yang minggu pertama kebutuhan kalori kurang terpenuhi. Namun setelah dikomunikasikan Sby mencoba melakukannya. Sby juga merasa lebih baik. Pada awalnya Sby takut jika makanan yang dikonsumsinya berlebih sehingga Sby mengurangi porsi.

Sby tergolong peserta aktif dalam intervensi. Sby sering mengemukakan apa yang dirasakan dan yang dilakukan. Sby juga memiliki inisiatif untuk menanyakan suatu hal yang menjadi kendala baginya selama menjalani hidup dengan diabetes mellitus yang dimilikinya. Subjek tinggal dengan anak dan istrinya. Istrinya sangat mendukung Sby, hal ini terlihat ketika peneliti berkunjung di kediaman Sby. Istrinya mengungkapkan terimakasih karena telah mengadakan kegiatan ini. Beliau sangat berharap banyak untuk kebaikan suaminya. Istrinya juga mengungkapkan jika Sby sering tidak mengikuti anjuran dokter untuk minum obat. Sby juga mengakui sulit untuk melakukan anjuran pola makan. Emosi yang muncul juga sangat sulit dikendalikan ketika gula darah sedang naik. Namun setelah mengetahui dan mempraktekkan relaksasi Sby mengungkapkan jika dirinya sekarang lebih tenang dan dapat meredam emosi, karena sudah mengetahui efek samping dari tindakan negatifnya tersebut. Sby juga menjadi lebih nyaman dan pulas tidurnya. Setelah mengikuti intervensi ini Sby tidak merasa minder lagi. Jadi teratur olahraganya dan lebih semangat lagi menjalankan program diet diabetes. Skor kualitas hidup Sby saat *pre test* adalah 495,05 dan saat *post test* sebesar 528,71 keduanya masuk dalam kategori sedang. Sedangkan reliabilitas observasi terhadap Sby yang dilakukan oleh istri

dan putrinya sebesar IA = 91% dengan IO = 301 dan DO = 27. Adapun perubahan skor kualitas hidup pada subjek Sby sebagai berikut:



Grafik 12:
Perubahan skor kualitas hidup Sby

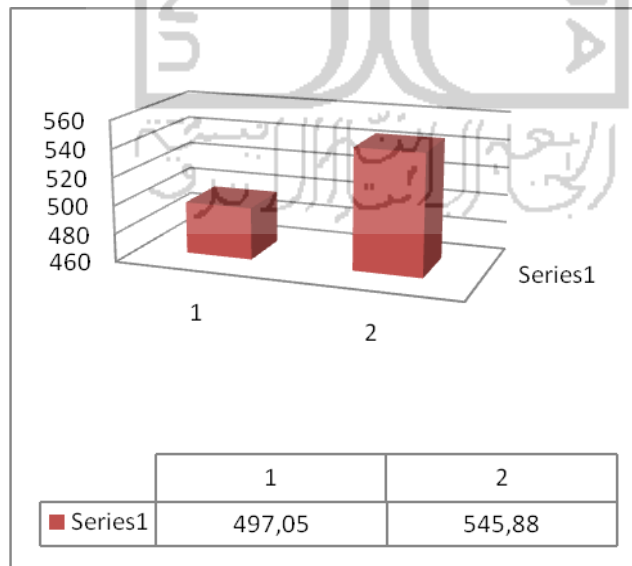


Grafik 13:
Gambar perubahan aspek kualitas hidup Sby

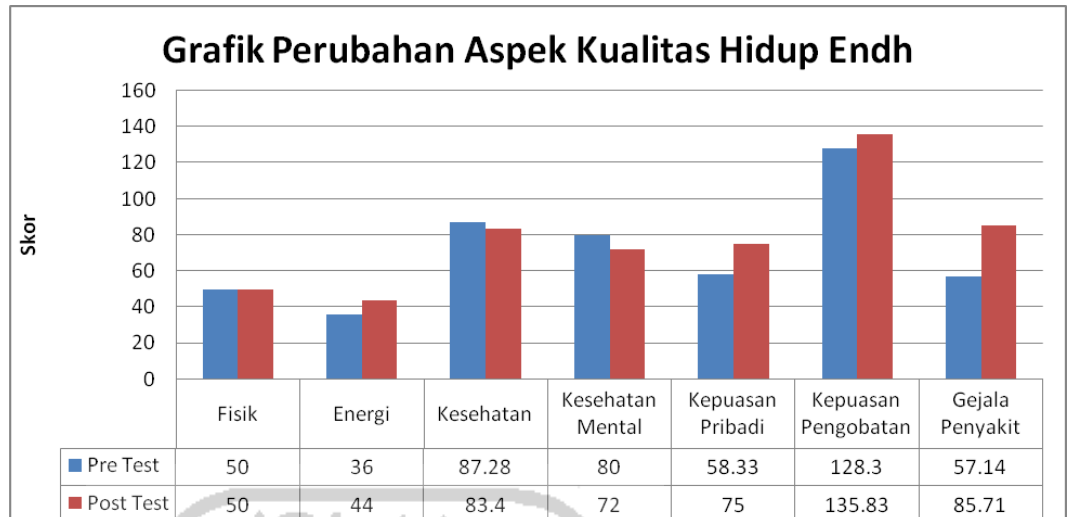
f. Subjek keenam

Subjek keenam adalah Endh, seorang wanita yang berusia 46 tahun, jenjang pendidikan PT dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Tinggal

dengan putri dan suami. Endh mengetahui mengalami diabetes mellitus sejak 1,5 tahun yang lalu. Sejak saat itu Endh menjadi cepat khawatir, bingung, dan jika makan selalu berpikir ulang karena takut jika akan membuat gula darahnya naik. Endh juga mengungkapkan sering tidak tenang perasaannya, sering kalut namun tidak mengetahui sebabnya apa. Endh termasuk peserta aktif selama intervensi berlangsung. Sering mengungkapkan apa yang dirasakan dan yang pernah dilakukan. Endh juga sering mengungkapkan kesulitan yang dialami saat menjalani aturan tersebut. Endh senang karena dapat melakukan relaksasi karena Endh menjadi lebih tenang dan nyaman. Endh menjadi mengetahui diet diabetes yang sesuai anjuran. Endh jarang melakukan olahraga, hanya jalan – jalan pagi saja. Hasil analisis Endh termasuk cukup taat diet. Skor kualitas hidup Endh saat *pre test* sebesar 497,05 dan saat *post test* sebesar 545,88 keduanya masuk dalam kategori sedang. Dan dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



Grafik 14:
Perubahan skor kualitas hidup Endh



Grafik 15:
Grafik perubahan aspek kualitas hidup Endh

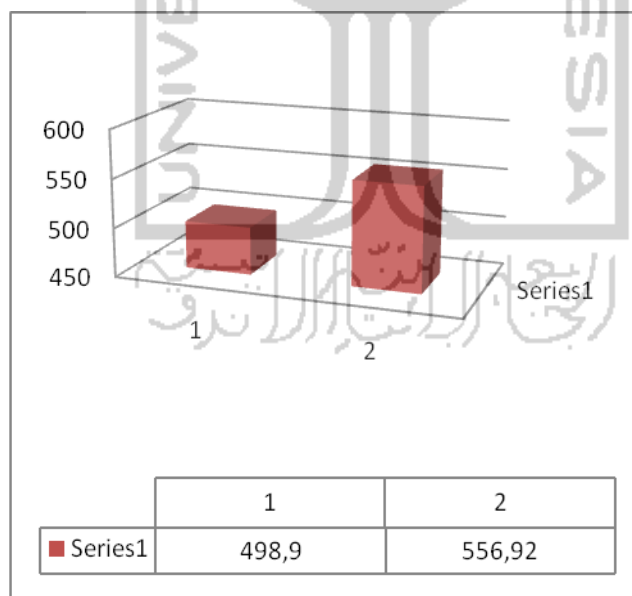
g. Subjek ketujuh

Subjek ketujuh adalah Yift laki – laki berusia 26 tahun peserta termuda, yang bekerja sebagai karyawan swasta. Jenjang pendidikan Yift adalah PT. Yift mengetahui mengalami diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu. Yift memiliki diabetes karena keturunan dari ayah beliau. Namun Yift dapat menerima kondisi tersebut. Tetapi Yift masih sering minder, takut, cemas. Jika kondisinya sedang tidak stabil Yift sangat sulit mengontrol emosi, hingga menurut penuturannya suatu ketika pernah hampir memukul orang yang bertemu di jalan karena orang tersebut tidak sengaja hampir menenggol Yift. Yift juga menuturkan sulit sekali mengikuti diet diabetes sesuai anjuran. Terlebih waktunya dan jumlahnya. Kebiasaan Yift ketika merasa lapar apa yang ada akan dikonsumsi. Namun setelah mengikuti intervensi Yift mencoba untuk mengikuti anjuran diet diabetes, olahraga teratur, dan relaksasi.

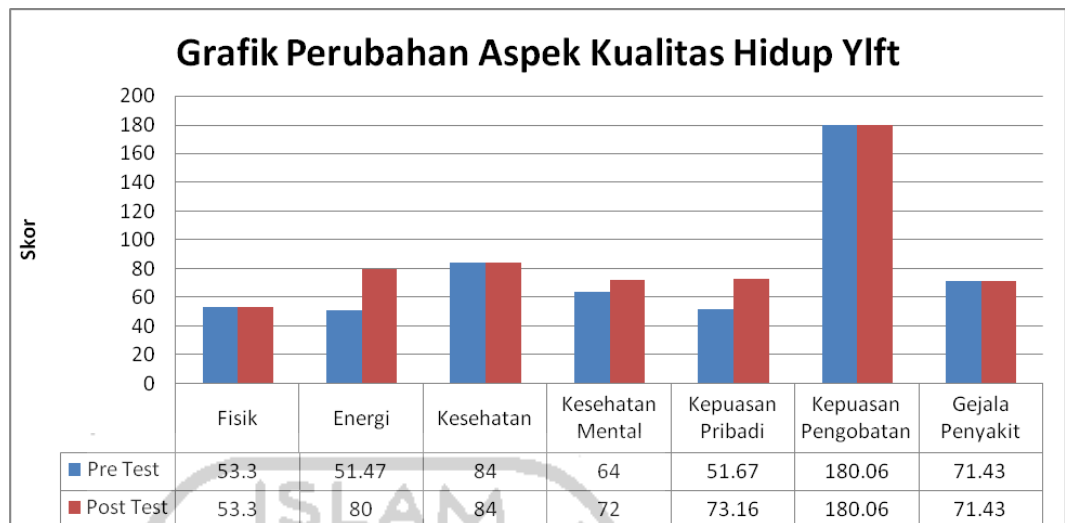
Untuk obat Yift mengungkapkan tidak mau mengonsumsi obat. Karena sebelumnya Yift pernah mengonsumsi dan tidak merasa lebih

baik. Selama ini yang dilakukan subjek hanya mengontrol kadar gula darahnya saja, dan mengonsumsi herbal. Namun begitu Ylfttr mengungkapkan sangat senang mengikuti kegiatan ini karena dapat mengikuti diet sesuai anjuran dan relaksasi. Ylft sangat menikmati relaksasi dan yang sebelumnya selalu mengalami sulit tidur sekarang setiap hari menjadi nyaman, cepat tidur setelah melakukan relaksasi.

Untuk pola makannya Ylft mengakui sulit sekali menjalani terlebih Ylft tidak menyukai sayuran. Namun hasil analisis Ylft termasuk cukup taat diet. Ylft juga mengungkapkan ada perubahan setelah mengikuti kegiatan ini. Untuk olahraga Ylft mengungkapkan sering melakukan tennis, lari satu minggu lebih dari 3 kali. Skor kualitas hidup *pre test* sebesar 498,90 dan skor *post test* sebesar 556,92 dan keduanya masuk kategori sedang. Dan dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Grafik 16:
Perubahan skor kualitas hidup Ylft



Grafik 17:
Grafik perubahan aspek kualitas hidup Ylft

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan secara rinci di atas, hipotesis diterima untuk subjek penelitian dan belum dapat digeneralisasikan pada subjek yang lebih luas. Diterimanya hipotesis dapat dijelaskan dengan memperhatikan aspek-aspek berikut yang dapat memberi pengaruh terhadap terjadinya diterimanya hipotesis :

1. Subjek penelitian

Subjek penelitian telah menunjukkan kedisiplinan dalam melakukan diet diabetes, olahraga, relaksasi, maupun munculnya pikiran negatif. Melalui catatan harian subjek diperoleh data kualitatif dalam rentang proses eksperimen berlangsung selama 4 minggu berturut turut. Berdasarkan data yang diperoleh, diketahui 2 orang subjek dalam kelompok eksperimen tidak teratur dalam melakukan diet, relaksasi, olahraga. Data tersebut juga menunjukkan adanya 2 orang subjek yang tidak mengkonsumsi obat dokter,

dalam hal ini, ada beberapa subjek yang tidak sepenuhnya menjalankan tugas tugas yang diberikan oleh terapis.

Mencermati deskripsi kegiatan tiap subjek, dalam rentang 4 minggu berturut turut, subjek yang mengalami peningkatan kualitas hidup adalah subjek yang melakukan diet diabetes sehingga kalori yang masuk sesuai dengan kebutuhan. Selain itu juga melakukan kontrol glukosa darah secara teratur, minum obat sesuai anjuran dokter, juga melakukan relaksasi, telah dapat mengambil hikmah, menerima kondisi dengan diabetes yang dimilikinya, sehingga pikiran negatif dan rasa takut sudah sangat berkurang bahkan tidak ada dan meminbulkan tingkahlaku positif atau yang mendukung untuk kestabilan kondisi baik fisik maupun psikis. Selain itu subjek juga melakukan olahraga secara teratur.

Terapi ini mengajarkan bagaimana peserta agar dapat berfikir positif atau mengambil hikmah, sehingga dapat membantu memunculkan rasa lebih nyaman dan dapat menerima kondisi dirinya. Terapi REBT ini hampir 90% sesi digunakan untuk merubah cara berfikir peserta agar menjadi rasional sehingga dapat membuang keyakinan irrasional yang dimilikinya dan melatih peserta agar mengetahui apa yang sebaiknya dilakukan dalam mensikapi, menghadapi maupun menyelesaikan suatu masalah (Spiegler, 2010). Selain itu juga melatih peserta relaksasi, agar peserta dapat memaksimalkan rasa nyaman, tenang, dan dapat mengurangi kecemasan yang dialami. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi REBT ini berpengaruh pada meningkatnya kondisi kesehatan mental dan aspek energi yang menjadi lebih positif pada peserta, 6 orang peserta mengalami peningkatan poin. Kecemasan pada peserta mengalami penurunan bukan karena unsur obat

yang dikonsumsi. Karena menurut penuturan dokter puskesmas terkait, obat yang diberikan pihak puskesmas semuanya tidak ada yang memiliki efek menurunkan kecemasan. Adapun obat yang dikonsumsi oleh peserta antara lain:

- a. Suntik insulin yang (insulin *glargine*, *ultralente* insulin) yang menstimulasi sekresi insulin alami
- b. *Metformine* merupakan obat yang cara kerjanya terutama menurunkan glukosa darah dengan menekan produksi glukosa yang diproduksi hati dan mengurangi resistensi insulin
- c. *Glibenclamid* menstimulasi sel-sel beta dalam pankreas untuk memproduksi lebih banyak insulin. Obat ini juga membantu sel-sel dalam tubuh menjadi lebih baik dalam mengelola insulin

Selain itu juga melatih peserta dapat menjalankan diet diabetes untuk menjaga pola makan yang sesuai dengan kebutuhan. Apabila peserta menjalankan dengan baik sesuai anjuran, maka kualitas hidup akan lebih baik

Temuan di atas sejalan dengan pendapat Perkin (2002). Menurutnya, penderita diabetes harus menjalankan empat pilar monitoring diabetes yang terdiri dari pengontrolan pola makan, konsumsi obat sesuai anjuran, pengontrolan kadar gula darah, dan olahraga secara teratur minimal 3 atau 4 kali seminggu dengan durasi minimal 30 menit. Selain itu karena penderita diabetes mellitus mengalami kecemasan atau gangguan ketidakstabilan emosi dianjurkan untuk melakukan relaksasi. Meditasi relaksasi membantu penyembuhan penderita Diabetes Mellitus tidak Tergantung Insulin (DMTTI). Demikian hasil penelitian yang diungkapkan April 1999 oleh tim peneliti

Universitas Udayana (Kompas, Sabtu, 08/05/1999). Menurut Suryani (2000) dalam melaksanakan meditasi relaksasi spirit, diperlukan ketekunan dan disiplin untuk memperoleh perubahan dalam kehidupan sehari-hari. Hasil penelitian yang dilakukan Suryani dan tim penelitian lainnya juga menemukan bahwa penderita diabetes mellitus tipe 2 yang melakukan meditasi relaksasi spirit secara teratur menunjukkan tingkat kesembuhan atau kesehatan yang baik dan berpengaruh pada pola tidur yang baik pula, apabila dibandingkan dengan penderita diabetes mellitus tipe 2 yang melakukan meditasi relaksasi spirit secara tidak teratur dan penderita diabetes mellitus tipe 2 yang tidak melakukan meditasi relaksasi spirit (<http://alatkeehatan.com/article.php>).

Namun bila seseorang atau individu didiagnosis menderita diabetes mellitus tentunya akan timbul reaksi dalam diri individu tersebut secara psikologis seperti peningkaran, marah, perasaan bersalah, depresi, maupun penerimaan diri yang rendah. Hal ini dapat terjadi karena kondisi penderita diabetes mellitus tidak dapat diperbaiki menjadi keadaan normal seperti sebelum individu didiagnosis menderita diabetes mellitus, kondisi yang tidak menyenangkan dan tidak diharapkan, serta individu membutuhkan waktu kurang lebih 12 bulan untuk dapat menerima penyakit diabetes mellitus yang diderita tersebut (Sridhar dan Madhu, 2001; Sridhar dan Madhu, 2002). Secara psikologis biasanya penderita diabetes mellitus mengalami stres secara emosional, munculnya perasaan-perasaan negatif termasuk perasaan putus asa, tidak berdaya, cemas dan depresi (McCarty, Atkinson dan Lipsenthal, 2000).

Selain reaksi peningkaran, marah, perasaan bersalah, depresi, maupun rendahnya penerimaan diri yang mungkin terjadi pada diri individu ketika

didiagnosis menderita diabetes mellitus, sebagai salah satu penyakit kronis, muncul pula reaksi psikologis lainnya seperti *shock*, *ecounter* dan *retreat*. *Shock* adalah reaksi psikologis dengan karakteristik seolah-olah akan pingsan atau merasa bingung, adanya reaksi otomatis yang ditunjukkan, adanya perasaan ingin melepaskan diri dari situasi yang terjadi. *Encounter* adalah reaksi yang muncul sebagai refleksi dari adanya ketidakselarasan antara pikiran dan adanya perasaan kehilangan, tidak berdaya, sedih, putus asa, merasa kewalahan terhadap kenyataan yang terjadi. *Retreat* merupakan reaksi psikologis yang ditunjukkan dengan adanya strategi pengalihan yang cenderung digunakan oleh individu yang didiagnosis penyakit kronis (Sarafino, 1997; Taylor, 2006).

Kondisi ini dapat terjadi mengingat bahwa diabetes mellitus adalah salah satu penyakit kronis yang memerlukan adanya perubahan baik jangka pendek maupun jangka panjang dalam aspek kehidupan individu yang didiagnosis secara fisik, aktivitas rutin sehari – hari maupun kehidupan sosial. Penyakit diabetes mellitus ini juga terkait dengan gaya hidup hingga berdampak pada aspek – aspek kehidupan individu penderita diabetes mellitus seperti melakukan diet, berolahraga secara teratur, melakukan pengobatan dan pemantauan terhadap glukosa darah secara berkala. Dampak dari penyakit diabetes mellitus terhadap aspek – aspek kehidupan membutuhkan suatu pengelolaan secara kompleks dan menuntut individu penderita diabetes mellitus dapat melaksanakan secara tepat dan disiplin. Pengintegrasian kondisi psikologis pada diri penderita penyakit kronis, dalam hal ini diabetes mellitus, juga memiliki peran penting dalam proses adaptasi terhadap penyakit yang diderita (Sridhar dan Madhu, 2001; Sridhar dan Madhu, 2002; Taylor, 2006).

Sebaliknya subjek yang tidak menaati diet diabetes, tidak melakukan olahraga, walaupun subjek tersebut sudah menerima kondisinya, mengkonsumsi obat dokter berupa suntik insulin sesuai anjuran dokter dan secara berkala kontrol gula darah serta melakukan relaksasi sesuai anjuran, tetap memiliki kualitas hidup yang rendah. Hal ini seperti yang terjadi pada Myt. Hal tersebut dapat terjadi karena jumlah kalori yang masuk tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh (Perkin, 2002). Selain pembakaran kalori tidak terjadi secara maksimal karena subjek tidak melakukan aktivitas misalnya olahraga, sehingga menyebabkan kadar gula dalam darah tetap tinggi (Sukardji, 2008). Oleh karena ketidakdisiplinan subjek penelitian dalam melakukan diet, olahraga akan berpengaruh terhadap perubahan maupun manfaat yang dapat diperoleh dari tugas tugas tersebut.

Tingkat motivasi subjek penelitian dalam melakukan tugas - tugas juga dapat mempengaruhi hasil yang akan diperoleh. Hal ini tampak dalam observasi dari *key person* subjek saat menjalankan tugas - tugas selama proses terapi berlangsung. Apabila melakukan tugas – tugasnya dengan baik, maka akan berdampak baik juga subjek, yang otomatis bertambah pula skor kualitas hidup subjek tersebut. Hackney dan Cormier (Gibson dan Mitchell, 2011) mengungkapkan individu yang memiliki motivasi yang besar akan mendapatkan efek terapi yang baik dibandingkan individu yang memiliki motivasi rendah, karena individu yang memiliki motivasi yang tinggi akan memiliki orientasi tujuan yang kuat. Individu yang memiliki orientasi tujuan yang kuat akan memiliki keinginan untuk memperoleh hasil yang sukses yang direalisasikan dengan keikutsertaan dalam proses terapi, pelaksanaan tugas - tugas dan menginternalisasikannya pada dirinya.

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Senécal, Noumen dan White (2000) menemukan bahwa adanya efikasi diri pada penderita diabetes mellitus berperan penting dalam meningkatkan kontrol terhadap penyakit diabetes mellitus itu sendiri, yang berdampak pada menurunnya gejala-gejala diabetes mellitus. Lebih lanjut disampaikan bahwa efikasi diri yaitu keyakinan pada kemampuan diri dalam menjaga kondisi kesehatan dengan menjalankan diet, olahraga, relasasi, pola pikir, dan konsumsi obat, sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa untuk mencapai suatu perubahan menuju hal yang lebih baik, dalam hal ini kualitas hidup, sangat diperlukan adanya efikasi diri yang cukup dalam diri individu tersebut. Tanpa adanya efikasi diri yang cukup, maka akan melemahkan motivasi individu untuk berubah menuju kondisi yang lebih baik (Linley dan Joseph, 2004).

Tidak adanya keselarasan antara tugas tugas yang dilakukan individu dengan manfaat tugas - tugas tersebut, serta perasaan belum mampu sepenuhnya dalam melaksanakan tugas dalam kehidupan sehari hari, akan menjadikan dampak terapi yang diperoleh juga kurang maksimal. Namun apabila subjek penelitian dapat menyelaraskan antara tugas – tugas selama proses terapi dengan kedalaman nilai yang akan diperoleh dari tugas – tugas, serta dapat terus melaksanakan tugas – tugas tersebut, akan menjadikan dirinya sebagai terapis bagi dirinya sendiri, selanjutnya kualitas hidup cenderung dapat lebih baik.

2. Pelaksanaana eksperimen.

Pelaksanaan terapi dalam penelitian ini meliputi tiga tahapan. Antara lain sebagai berikut :

- a. Terapi yang dilakukan pada saat *pre test* hingga sebelum terapi di puskesmas yang dilakukan sebanyak tiga kali pertemuan pada masing – masing peserta. Peneliti melakukan kognitif terapi dan psikoedukasi sebagai bagian teknik REBT. Selain untuk menjalin *bulding rapport* juga dapat memperoleh data yang dalam serta dapat mengenalkan dan membiasakan peserta berfikir lebih rasional.
- b. Terapi yang dilakukan di puskesmas. Terapi untuk sesi I,II,III dilaksanakan dalam satu kali pertemuan. Pada pertemuan pertama subjek diberikan tugas, dan tugas tersebut dijadikan bahan untuk sesi II, III, dan sesi IV. Pemberian tugas tersebut sebagai upaya meringankan beban subjek terhadap tugas. Kemudian untuk pelaksanaan sesi II kognitif dan sesi III emotif dilaksanakan satu kali pertemuan. Hal tersebut karena dalam terapi REBT, sesi kognitif dan emotif sangat erat sekali kaitannya. Sesi kognitif dan emotif dilaksanakan dalam satu kali pertemuan diharapkan akan mempermudah subjek untuk mencerna, internalisasi tentang apa yang disampaikan terapis dan dapat mempraktikannya. Namun apabila dua sesi dilaksanakan terpisah dikawatirkan subjek akan kesulitan mencerna, mengingat apa yang disampaikan terapis, sehingga subjek akan mengalami kesulitan dalam mempraktikannya. Sesi IV yaitu *behavior* dilaksanakan selang satu hari setelah pertemuan pertama.
- c. Terapi yang dilakukan pada saat monitoring diabetes.

Peneliti berkunjung di kediaman peserta sebanyak enam kali dalam jangka waktu 30 hari. Dalam penelitian ini karena keterbatasan peneliti,

monitoring terhadap subjek penelitian hanya dilakukan setiap 4 hari sekali. Terapi yang digunakan saat *homevisit* adalah terapi kognitif dan psikoedukasi. Selain itu adanya observer dari pihak keluarga subjek juga mengalami hambatan, karena tidak semua observer dapat mengawasi subjek dengan maksimal. Peneliti juga menjelaskan ulang terkait mencatat observasi peserta pada observer. *Support therapy* dalam pelaksanaan terapi ini lebih kearah pemberian terapi kognitif, psikoedukasi, dan memberikan contoh nyata, fakta yang ada terkait akibat tindakan maladaptif yang dilakukan peserta atau penderita diabetes lain, baik yang baik maupun yang buruk. Hal tersebut dilakukan dengan harapan agar dapat meningkatkan motivasi peserta untuk terus melakukan tugas – tugas secara berkesinambungan. Selain itu juga diharapkan peserta dapat memahami jika semua yang dilakukan demi kesehatan dan diri peserta sendiri. Agar peserta dapat menjadi terapis bagi dirinya sendiri dan tidak tergantung pada orang lain dapat berteman dengan diabetes mellitus dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

Viens dan Hanchuck mengungkapkan bahwa *monitoring* terhadap pasien yang diterapis setiap minggu memiliki kontribusi yang sangat besar untuk menguatkan kemajuan dan perkembangan klien, jauh dibanding kontribusi terapis saat sesi terapi berlangsung (Mc Leond, 2006). Hal ini menunjukkan bahwa proses *monitoring* peserta terapi sangat penting.

Ellis (1997) juga mengungkapkan hal yang sama. Pada saat kondisi kesehatan Ellis memburuk hingga harus dirawat di rumah sakit, Ellis memutuskan untuk memiliki dokter dan perawat untuk membantu dan memonitor kebiasaan baru yang harus dilakukannya tersebut. Dan Ellis juga mengemukakan jika hal tersebut sangat membantunya membuat kondisinya stabil.

3. Temuan Penelitian

Selama menelakukan penelitian ini, peneliti menemukan beberapa hal yang sebaiknya ditindaklanjuti. Hal tersebut antara lain:

- a) Pasien yang mengalami diabetes mellitus di puskesmas tempat penelitian berlangsung belum mendapatkan penanganan secara psikologis. Ketika pasien memeriksakan diri hanya mendapatkan rujukan ahli gizi. Pasien yang mengalami diabetes mellitus sangat membutuhkan penanganan secara psikologis, baik terkait penerimaan diri terhadap gangguan yang dialami, adaptasi terkait diet, maupun hal baru yang harus dilakukan misalnya olahraga, mengontrol gula darah, minum obat, maupun relaksasi. Penanganan psikologis juga dibutuhkan untuk mengubah cara pandang, pola pikir pasien terhadap apa yang dialaminya, dan merubah perasaan – perasaan yang sering timbul karena keadaan yang dialaminya. Selama ini pasien hanya mendapatkan obat, dan panduan diet.
- b) Pasien yang mengalami diabetes mellitus banyak yang dirujuk, baik ke rumah sakit maupun dokter spesialis penyakit dalam. Adapun kriteria pasien yang dirujuk adalah pasien yang mengalami komplikasi akut, pasien yang memiliki kadar gula darah sangat tinggi > 200 mg/dl. Menurut keterangan dari pihak puskesmas, pasien dirujuk agar dapat mendapatkan penanganan jauh lebih baik, dengan fasilitas yang lebih mendukung. Harapannya kondisi pasien dapat lebih stabil. Menurut keterangan pasien rujukan, mereka mayoritas mendapatkan suntik insulin. Selain itu obat yang diberikan juga berbeda. Efek yang dirasakan

juga berbeda jauh lebih nyaman saat mengkonsumsi insulin. Namun biaya yang diperlukan juga lebih mahal. Hal tersebut dapat berdampak buruk bagi pasien yang kurang mampu secara *financial*. Sedangkan jika berobat ke puskesmas biaya lebih terjangkau. Kasus tersebut seperti yang dialami Wgh, yang mengungkapkan kesulitan memperoleh obat dan pada akhirnya tidak mengkonsumsi obat. Hal serupa juga dialami oleh Sby yang merupakan pasien rujukan. Pada awalnya Sby mengkonsumsi obat dan suntik insulin, namun pada akhirnya memutuskan untuk kontrol di puskesmas.

Obat memang dibutuhkan untuk membantu menjaga kestabilan gula darah, namun tanpa bantuan diet yang tepat, olahraga yang tepat juga tidak dapat berfungsi maksimal. Hal serupa dialami Dkn yang memiliki kadar gula darah 600 mg/dl. Namun dengan obat dokter puskesmas, diet teratur, olahraga, relaksasi dapat menurun hingga 200 mg/dl. Namun Myt memiliki kadar gula darah 500 mg/dl, mengkonsumsi obat dan suntik insulin secara teratur, melakukan relaksasi, namun tidak taat diet dan tidak olahraga, kadar gula darah 300 mg/dl hingga saat ini.

- c) Pasien membutuhkan *support* dari instansi kesehatan, baik berupa nasehat, bimbingan, maupun terapi. Pasien mengeluhkan mengapa hanya ada posyandu keliling, dan lansia untuk hipertensi saja, sedangkan tidak ada kader untuk penanganan diabetes mellitus. Pada saat monitoring para keluarga pasien juga mengucapkan terimakasih karena ada yang mau memberikan ilmu, informasi, dan terapi pada pasien. Mereka juga mengungkapkan jika pasien lebih percaya jika diberikan nasehat dari orang lain, maupun instansi. Hal tersebut menunjukkan para

pasien merasa kurang mendapatkan *support*, merasa kurang diperhatikan. Mereka juga menanyakan fungsi instansi kesehatan yang seharusnya melayani masyarakat, membantu masyarakat.

- d) Kasus di atas menggambarkan instansi kurang berperan aktif memberikan fasilitas dan *support social* pada pasien. Namun jika dilihat ke dalam instansi terkait juga memiliki keterbatasan baik dana maupun sumberdaya. Setiap puskesmas hanya memiliki seorang psikolog. Psikolog bertugas di dalam puskesmas serta di luar puskesmas. Sedangkan pasien yang harus mendapatkan penanganan tidak hanya pasien diabetes, pasien lainnya juga membutuhkan. Hal yang memungkinkan dalam kasus ini adanya pembentukan *diabetes club* yang terdiri dari pasien diabetes mellitus puskesmas terkait. *Diabetes club* akan memudahkan diadakannya pertemuan rutin baik berisi *sharing* pengalaman, diskusi, terapi, penyuluhan, atau bahkan diadakannya senam diabetes setiap minggu sekali.
- e) Terkait adanya keterbatasan sumber daya, dimungkinkan jika setiap puskesmas memiliki lebih dari seorang psikolog karena pekerjaan yang banyak. Namun, setiap puskesmas memiliki jumlah pasien yang masuk di poli psikologi yang berbeda – beda. Hal tersebut tergantung dari dokter, psikolog, serta kesadaran masyarakat sendiri. Dokter dalam hal ini ada dokter yang memberikan rujukan dan ada juga dokter yang tidak memberikan rujukan, dokter yang beranggapan pasien membutuhkan penanganan secara psikologis (psikis) atau tidak membutuhkan penanganan secara psikologis cukup dengan obat penyakit dapat teratasi. Dari sisi psikolog selain kompetensi, juga dibutuhkan keaktifan

misalnya berdiskusi dengan dokter, aktif mengikuti seminar dan *sharing* ilmu yang didapat, melakukan penyuluhan. Hal tersebut sebagai salah satu upaya pengenalan lebih dalam terhadap psikologi dan implementasinya. Terkait dengan kesadaran masyarakat, hal ini terlihat dari animo pasien poli psikologi. Animo pasien yang rendah dapat juga disebabkan pengetahuan tentang psikologi yang minim. Masih banyak masyarakat yang menyamakan psikolog dengan dokter jiwa. Sehingga memiliki pandangan jika konsultasi di poli psikologi, maka mereka menderita gangguan jiwa. Psikolog berbeda dengan dokter jiwa, dan ranah psikologi tidak hanya untuk pasien yang menderita gangguan jiwa. Hal tersebut seperti yang diungkapkan pasien saat mendapatkan rujukan ke poli psikologi. Pasien tersebut bertanya di bagian pendaftaran dengan mimik muka bingung dan takut, bertanya mengapa dirinya dirujuk ke poli psikologi. Pasien juga bertanya apakah dirinya mengalami gangguan jiwa. Kemudian peneliti yang kebetulan berada di tempat tersebut mengatakan jika pasien hanya sedang banyak pikiran, jadi bingung dan cemas, sehingga pasien diminta ke poli psikologi agar cemasnya berkurang. Kemudian ada juga pasien yang mendapat rujukan ke poli psikologi, namun juga tidak masuk ke poli, justru bertanya dibagian pendaftaran. Pasien menanyakan apakah jika dirinya masuk ke poli psikologi nanti diberi obat seperti orang yang menderita gangguan jiwa. Kemudian peneliti menjelaskan pada pasien maksud rujukan dokter ke poli psikologi pada pasien, namun pasien tidak masuk ke poli psikologi.

4. Kelemahan penelitian.

Dalam penelitian ini terdapat keterbatasan atau kelemahan - kelemahan. Kelemahan kelemahan dalam penelitian ini dapat digunakan sebagai antisipasi bagi penelitian selanjutnya. Kelemaan kelemahan dalam penelitian ini antara lain:

1. Motivasi subjek dalam melakukan tugas tugas dari terapis

Dalam penelitian ini terdapat subjek yang terlihat kurang memiliki motivasi dalam mengikuti kegiatan ini. Diharapkan pada peneliti selanjutnya untuk dapat lebih memberikan motivasi pada para peserta untuk terus mengikuti proses intervensi, lebih ditekankan manfaat yang didapat dan dirasakan jika mengikuti kegiatan tersebut.

2. Tidak semua subjek penelitian mengkonsumsi obat dari dokter. Hal tersebut berpengaruh pada berkurangnya gejala diabetes mellitus. Ada baiknya dalam penelitian selanjutnya dimasukkan dalam kriteria subjek penelitian misalnya penderita diabetes yang mengkonsumsi obat dokter atau suntik insulin. Hal tersebut dikhawatirkan mempunyai dampak tersendiri.

3. Merekrut rekan untuk membantu dalam proses monitoring subjek

Karena apabila memiliki banyak rekan maka dapat melakukan monitoring setiap hari sehingga data yang diperoleh faktual dan lebih akurat. Namun dalam penelitian ini peneliti memiliki keterbatasan sehingga merasa cukup kesulitan apabila melakukan monitoring subjek setiap hari.

BAB V

Kesimpulan dan Saran

A. Kesimpulan

1. Pemberian perlakuan berupa kognitif terapi, emotif terapi serta terapi perilaku dalam hal ini diet diabetes, olahraga, konsumsi obat, dan periksa ke dokter, berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita diabetes millitus pada kelompok subjek penelitian. Hal ini berarti bahwa pemberian kognitif terapi, emotif terapi serta terapi perilaku berupa diet diabetes, olahraga, konsumsi obat, dan periksa kedokter, berpengaruh terhadap terjadinya peningkatan kualitas hidup penderita diabetes millitus pada kelompok subjek penelitian.
2. Terdapat perbedaan yang signifikan pada kualitas hidup penderita diabetes millitus antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah pemberian perlakuan kognitif terapi, emotif terapi, terapi perilaku berupa diet diabetes, olahraga, konsumsi obat, dan periksa kedokter.

B. Saran.

1. Bagi peneliti

Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk mempertimbangkan kembali faktor motivasi dari subjek penelitian karena hal ini akan berpengaruh pula pada kedisiplinan subjek penelitian terhadap tugas tugas yang harus dijalani apabila subjek diharuskan melakukan tugas tugas secara mandiri dirumah.

Selain itu juga walaupun penelitian ini melaksanakan tahap monitoring empat hari sekali, ternyata tidak dapat sepenuhnya mengeliminirasi dampak terkait tidak dilaksanakannya tugas - tugas oleh subjek secara mandiri. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat memberikan support lebih besar dengan monitoring dengan frekuensi lebih sering lagi. Selain itu dapat juga memberikan informasi pada pihak keluarga sebagai support group untuk selalu mengingatkan, menemani, mendampingi subjek dalam menjalankan tugas tugas, karena dari hasil interview salah satu alasan subjek tidak melakukan tugas tersebut karena dukungan keluarga sangat kurang.

2. Bagi subjek penelitian

Bagi subjek penelitian disarankan untuk menerima apapun yang di alami, karena apapun itu pasti ada maksudnya dan kita mampu menjalaninya, senantiasa berpikir positif, berfikir hal yang menyenangkan, relaksasi, dan menjaga pola makan, mengkonsumsi obat dokter sesuai aturan, hal - hal tersebut dilakukan berkesinambungan agar dapat dicapai hasil yang maksimal, sehingga dapat hidup dengan lebih baik dan bersahabat dengan diabetes millitus. Selalu menekankan pada penderita diabetes mellitus dengan motto "Kita adalah orang yang spesial, jadi makanan kita spesial, harus memiliki waktu spesial juga untuk merawat diri kita".

3. Bagi Instansi kesehatan

Berdasarkan proses kegiatan ini berlangsung, peneliti berharap instansi terkait memberikan pelayanan bagi pasien yang mengalami penyakit kronis. Adapun pelayanan tersebut dapat berupa psikoedukasi, medis, gizi dan kesehatan maupun psikologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Alberto, PA. 2009. *Applied Behavior Analysis for Teachers*. Pearson Education. Saddle River, New Jersey.
- Alizadeh, S. 2010. *Effect of rational-emotive behavioral therapy on resilience and mental health in HIV-positive women who have high risk sexual behaviors and use drugs*. United Nations of Development Programme (UNDP), Global Fund to fight HIV, Tuberculosis and Malaria (GFATM), Tehran, Iran, Islamic Republic. 6th IAS Conference On HIV Pathogenesis Treatment and Prevention 17 – 20 July.
- Anderson, R., Litske, H., Krieger, H., & Buschak, W. 2003. *Quality life in Europe*. Wyattville Road, Loughlinstown, Dublin 18, Ireland.
- Andrykowski, MA., Bishop, M., Hahn, E., Cella, D., Beaumont, J., Brady, M., Horowitz, M., Sobocinski, K., Rizzo, J., and Wingard, J. 2005. Long-Term Health-Related Quality of Life, Growth, and Spiritual Well-Being After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. *Journal Of Clinical Oncology* *Journal Of On Volume 23_ Number 3_ January 20*. 599-609
- Asdie, A., Andayani, T., & Ibrahim, M. 2010. The Association Of Diabetes related Factor And Quality Of Life In Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. Vol 2, Issue 1, 139-145
- Azwar, S. 2000. *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Czellar, S. 2003. *A Link Between Self Monitoring And Prestige-Related Customer Knowledge? Preliminary Evidence From North American And Europe*. Paper in Society For Customer Psychology Winter Conference Proceedings, New Orleans.
- Cooper, JO., Heron, TE., & Heward, WL. 2007. *Applied Behavior Analysis* (2nd ed.). Prentice Hall
- Corey, G. 1988. *Teori Dan Praktik Konseling psikoterapi (cetakan pertama)*. Bandung : PT. ERESCO.
- Corsini, R. 1989. *Current Psychotherapy (Fourth Edition)*. USA : Peacock Publisher.
- David, D. (ed.) 2007. *Clinical Protocol Of Rational-Emotive Therapy For Depression: The Treatment Of Depression by Rational Emotive Therapy*. Synapsis Publisher. Cluj-Napoca.
- Davinson, Neale., dkk. 2004. *Psikologi Abnormal (Edisi 9)*. Jakarta : Rajawali Pers
- Dryden W., & Neenan M. 2003. *Essential Rational Emotive Behaviour Therapy*. Wiley.

- Dryden W., & Neenan M. 2003. *The REBT Therapist's Pocket Companion* Albert Ellis Institute : New York.
- Dobova D. ,Svetlana V., Hernández ., Flores, S., Aguilar,& Leticia Rodriguez. 2010. Quality of care and health-related quality of life of climacteric stage women cared for in family medicine clinics in Mexico. Health and Quality of Life Outcomes. <http://www.hqlo.com/content/8/1/20>
- Egbochuku, EO. 2008. Efficacy of Rational-Emotive Behaviour Therapy on the Reduction of Test Anxiety Among Adolescents in Secondary Schools. Elizabeth Omotunde Egbochuku. *European Journal of Social Sciences – Volume 6, Number 4.*
- Ellis, A. 1997. *Using Rational Emotive Behavior Therapy Techniques to Cope With Disability*. Professional Psychology: Research and Practice. Vol. 28. No. 1, 17-22. Institute for Rational Emotive Behavior Therapy
- Ellis, A. 2003a. Early theories and practices of rational emotive behavior theory and how they have been augmented and revised during the last three decades. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(3/4).
- Ellis, D. A., Frey, M. A., Naar-King, S., Templin, T., Cunningham, P. B., and Cakan, N., 2005. The Effects of Multisystemic Therapy on Diabetes Stress Among Adolescents With Chronically Poorly Controlled Type 1 Diabetes: Finding From A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the american academy of pediatrics*. 116: 826-832.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2004. *Quality of Life European. First European Quality of Life Survey 2003*. Wyattville Road, Loughlinstown, Dublin 18, Ireland
- Farah. 2009. *Quality life in people with epilepsy and their family caregivers : an arab experience using the short version of WHO quality of life instrumens*. Vol.30.no.10. Departemen Psychiatry psychological medicine Kuwait University.
- Fertig, B J., David A. Simmons, and Donald B. Martin. 1994. *Therapy for Diabetes*. Endocrinology and Diabetes at the University of Pennsylvania Medical Center.
- Froggatt, W. 2005. *A Brief Introduction To Rational Emotive Behaviour Therapy* (3. edition), New Zealand Centre for Cognitive Behaviour Therapy.
- Freedman, M. . *Anger Management: A Cognitive Behavioral Group Intervention Protocol for Students with Exceptional Learning Needs*. The Center for School Mental Health at the University of Maryland.
- Gawad, ESA. 2002. *Quality Of Life In Saudis With Diabetes* Volume 8; No 3; July-September. Health Education and Behavioral

Sciences, Community Health Sciences Department, College of Applied Medical Sciences, King Saud University.

- Gayle F, AK Soyibo, DT Gilbert,& EN Barton. 2007. Quality of Life and its Correlates in Chronic Dialysis Patients. Caribbean Institute of Nephrology, Department of Medicine, Faculty of Medical Sciences, The University of the West Indies, Kingston 7, Jamaica West Indian Med.
- Gibson, R., Mitchell. 2011. *Bimbingan dan Konseling*. Edisi ketujuh. Pustaka Pelajar. Jakarta
- Goodridge, D. 2005. *Health-Related Quality of Life in Diabetic Patients With Foot Ulcers: Literature Review*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing ; Volume 32.
- Grigg A, Thommasen V Harvey, Tildesley H & Michalos C Alex. 2006 Comparing Self Related Health, Satisfaction And Quality Of Life Between Diabetics And Others Living In Bella Coola Valley. *Social Indicators Research* . Number 76: 263–281 _ Springer DOI 10.1007/s11205-004-6609-2
- Hanley ,P G., Iwata, A B.,& McCord, E. 2003. Functional Analysis Of Problem Behavior : A Review. *Journal Of Applied Behavior Analysis* 36 page 147-185 Number 2.
- Hartati, T. 2003. Kualitas Hidup Penderita DM Tipe 2 : Perbandingan Antara Penderita Kadar Gula Darah Terkendali Dan Tidak Terkendali. Perpustakaan Pasca Sarjana. Universitas Gajah Mada. Tesis Tidak di terbitkan.
- Hastjarjo, D. 2008. *Ringkasan buku Cook & Campbell*.
- Hidayat, N. 2008. Pengaruh Latihan Pasrah Diri Terhadap Kualitas Hidup Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gejala Depresi. Perpustakaan Pasca Sarjana. Universitas Gajah Mada. Tesis Tidak di terbitkan.
- Hediger M, Rhoads D 1994. *Molecular physiology of sodium-glucose cotransporters*. *Physiol. Rev.* 74 (4): 993–1026 2.
- Johnson ,M E., MA, Katherine M. Piderman,, Jeff A. Sloan, Mashele H, Pamela J. Atherton, MS, Jean M. Hanson, Paul D. Brown, Teresa A. Rummans, Matthew M. Clark, and Marlene H. Frost,. Measuring Spiritual Quality of Life in Patients With Cancer. 437-442. Volume 5, Number 9 ■ October 2007. www.SupportiveOncology.net
- Kazdin. 1995. Preparing And Evaluating Research Reports. *Psychological Assessment Journal* vol.7 No. ,228-237. Yale University. Copyright by the American Psychological Association, Inc.
- Kompas. 2008. Waspadai Ancaman Diabetes Mellitus. Diakses tanggal 15 Agustus 2009 dari <http://www.kompas.com/read/xml/2008/11/13/16094125>.

- Latipun. 2008. *Psikologi Eksperimen*. UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang. Malang
- Leod, M. 2006. *Pengantar Konseling Teori dan Studi Kasus*. Edisi Ketiga. Kencana Prenada Media Group
- Linley, PA., Joseph, S. 2004. *Positive Psychology In Practce*. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc.
- Marcusson, A., Akerlid, I., Paulin, G. 2001. Quality of Life in Adults With Repaired Complete Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, July, Vol. 38 No. 4
- Martin. 2003. *Behavior Modification: What is it and how to do it? (7th Ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Mc Cranty, R., Atkinson, M., & Lipsenthal, L. 2000. Emotional Self Regulation Program Enhances Psychological Health and Quality of Life in Patients with Diabetes. *HeartMath Research Center*. No. 00-006, 1-11.
- Moleong, Lexy j. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT. Rosda Karya. Bandung.
- Murni, A. 2004. Hubungan persepsi terhadap keharmonisan keluarga dan pemantauan diri dengan kecenderungan perilaku dilikuen. *Tesis*. Tidak diterbitkan. Program pasca sarjana fakultas psikologi . UGM. Yogyakarta.
- Murphy, K., O’Shea, E., Cooney, A. , & Casey, D., 2007. *The Quality of Life of Older People With a Disability in Ireland*. National University of Ireland, Galway National Council on Ageing and Older People 22 Clanwilliam Square Grand Canal Quay Dublin 2.
- Nasir, M. 2009. An Application of Rational Emotive Behavior Therapy in Group Counseling: A Case Study on Adolescents Whose Parents Were Divorced. *European Journal of Social Sciences – Volume 10, Number 2 page 334-342*. Department of Guidance & Counseling. Universiti Pendidikan Sultan Idris, Malaysia
- Ohaeri, J., Awadalla, A., & Farah, A. 2009. *Quality of Life in People With Epilepsy And Their Family Caregivers: An Arab Experience Using The Short Version Of WHO Quality of Life Instrument*. Department of Psychiatry, Psychological Medicine Hospital, Gamal Abdel Naser Road, P.O. Box 4081, Safat, Kuwait.
- Palmer, S., & Neenan, M. 2004. The Rational Emotive Behaviour Therapist. *Journal of The Association for Rational Emotive Behaviour Therapy*. Volume 11 Number 1. Association for Rational Emotive Behaviour Therapy. PO Box 39207, LONDON SE3 7XH, UK

- Program of Mental Health WHO . 1996. *WHO QOL – Bref introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment. Flied trial version*. Program of mental health WHO Geneva.
- Priambodo . 2007. *Kualitas hidup pasien yang menjalani pemasangan soma usus di kota Bandung*. Penelitian. Fakultas ilmu keperawatan. Universitas Pajajaran Bandung.
- Pusat Promosi Kesehatan. 2007. Mau Tahu Lebih Jauh Tentang Diabetes? Diakses tanggal 15 Agustus 2009 dari <http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=306>.
- Remple, V.P. 2002. Psychometric assesment of multidimensional quality of life questionnaire for person infected with HIV or with AIDS in a cohort of HIV infected women. Remple, V.P, *Tesis*. Master of science nursing the university of british Colombia.
- Rubin, RR.2000. Diabetes Quality of life. *Diabetes Spectrum*
- Safarino, E. P.1997. *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Sastrawinangoen. 2001. Olahraga untuk Pencegahan & Penyembuhan Penyakit <http://www.klinikpria.com/nondokter/gayahidup/olahragauntukpencegahanandanpen.html>. diakses tanggal 1 April 2011.
- Senecal, C ., Noumen, A & White, D. 2000. Motivation and Dietary Self Care in Adults With Diabetes: Are Self Efficacy and Autonomous Self Regulation Complementary or Competing Constructs. *Health Psychology*. 19 (5), 452-457
- Selamihardja, N.,&Yudana I G A. 2008. Diet Dan Olaraga Bagi Penderita Diabetes MillituS. *Intisari* edisi Juli 1999, Halaman 10-12.
- Siobhan, G. 2003. *The Impact of Self-Efficacy on Quality of Life in Rheumatoid Arthritis*. Rheumatology Day Ward. Waterford Regional Hospital.
- Shen, w., Kotsanos, J.G., Hutser, W.J., Mathias, S.D., Andrejasich, C.M.,& Patrik D.L, 1999. Development and Validation of the diabetes Quality of life clinical trial questionnaire. *Medical care*; 37(4), Lilly Suplement: Global health outcomes research and costumer Aplications AS45-66.S
- Sharma, N. 2007. Psichososial Rehabilitation Treatment Methods Leading To Improvement In Quality Of Life And Disability In Psychiatric Patients. *Journal Fiji General Practitioner* ISN 1992-0334 volume 15.page 7-10
- Sharma, Sharma, R. 2007. Types of Psychological Treatments. *Journal Fiji General Practitioner* ISN 1992-0334 volume 15.page 15-18 .
- Snoek, FJ. 2000. *Diabetes Spectrum. Quality of Life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being*. Volume 13 Number Page 24

- Snyder, M., Gangestad, S. 1986. On The Nature of Self Monitoring: Matters of Assesment, Matters of validity. *Journal of personality and social psychology*. 51 (1): 125-139.
- Spiegler D Michael, Guevremont C. David. 2010. *Contemporary Behavior Therapy Fifth Edition*. Wadsworth. 10 Davis Drive Belmont, CA 94002-3098. USA.
- Soegondo. 2010.Sulitnya membaca diabetes. Di Akses tanggal 27 Februari 2010. www.medica.com.
- Soegondo, S., Sukardji, K. 2008. *Hidup secara mandiri dengan diabetes melitus, kencing manis, sakit gula: Bab VI Kegiatan Jasmani atau Olahraga Untuk Pengendalian diabetes*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Solli O, Stavem K, Kristiansen IS: Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5 D scores. *Heath and Quality of Life Outcomes* 2010, 8:18.
- Sundel, M. 2005. Behavior Change in the Human Service Behavioral and Cognitive Principles and Applications Fifth Edition . SAGEP. London. United Kingdom.
- Taylor ,S E., Annette, L. 2007. *Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health .. 3:377-401 First published*. Department of Psychology Clin. Psychol, University of California, Los Angeles, California.
- Tanumidjojo, Y., Basoeki, S.L., Yudianto, A. 2004. Stres dan Perilaku Koping Pada Remaja Penyandang Diabetes Mellitus Tipe I. *Anima, Indonesian Psychological Journal*. Vol 19, no 4, 399-406
- Testa, M.A. Simonson, D.C. 1996. Assessment of Quality of life outcomes. *N Eng J Med*. 334 (13) : 835-40
- Testa MA, Simonson DC: Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized, controlled, double-blind trial.[see comment]. *JAMA* 1998, 280(17):1490-1496.
- Tjokroprawiro, A. 2004. *Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Wagner, J. A., Schnoll, R. A., Gipson, M. T, 1998. Development of Scale to Measure Adherence to Self Monitoring of Blood Glucose With Latent Variabel measurement. *Diabetes care*, 21, 1046-1051.
- Waspadji, S. 2004. Diabetes Mellitus: Mekanisme Dasar dan Pengelolaannya yang Rasional dalam *Diabetes Mellitus Penatalaksanaan Terpadu*. dr. Sidartawan Soegondo dkk (editor). Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Webb, W. M., Marsh, K. L., Schneiderman, W., Davis, B., 1989. Interaction between self monitoring and manipulated states of self awareness. *Journal of personality and social psychology*. 56 (1): 70-80.
- Wijayakusuma , H. 2008. *Bebas Diabetes Militus Ala Hembing*. Puspa Swara Anggota IKAPI. Jakarta
- Wildes, K.R., Greisinger, A., O'Malley, K.J., 2003. Measurement in Practice: Review of Quality of life Measures for Patient with diabetes. United stated department of Veterans Affair. www.va.gov. diakses tgl. 10/05/2010
- WHOQOL G, Power M, Kuyken W, Orley J: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998, 46(12):1569-1585.
- _____.2007. Glycaemic control, health status and treatment satisfaction with continuous intraperitoneal insulin infusion. S.J.J. *the journal of medicine*. V o l . 6 5 , N o . 2. Logtenberg ,Nederlands
- _____. Quality of life. www.mikipedia-qualityoflife.com.27022010.
- _____.diabetes dan Penurunan Kualitas Hidup. www.diabetesdanpenurunankualitashidup.mht.com. 27022010.
- _____. Applied Behavior Analysis. www.wikipedia.com.27082010.

LAMPIRAN I

Surat Ijin Magister Profesi Psikolog

Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya

Universitas Islam Indonesia



LAMPIRAN II

Surat Ijin Bapeda Sleman



LAMPIRAN III

Surat Ijin Dinas Kesehatan Sleman



LAMPIRAN IV

Surat Keterangan Persetujuan, Bimbingan

Penggunaan Skala Kualitas Hidup



LAMPIRAN V

Skala Kualitas Hidup DQOLCTQ-R



LAMPIRAN VI

Skoring Skala Kualitas hidup

DQOLCTQ-R



LAMPIRAN VII

Infom Consent



LAMPIRAN VIII

Modul Peserta

