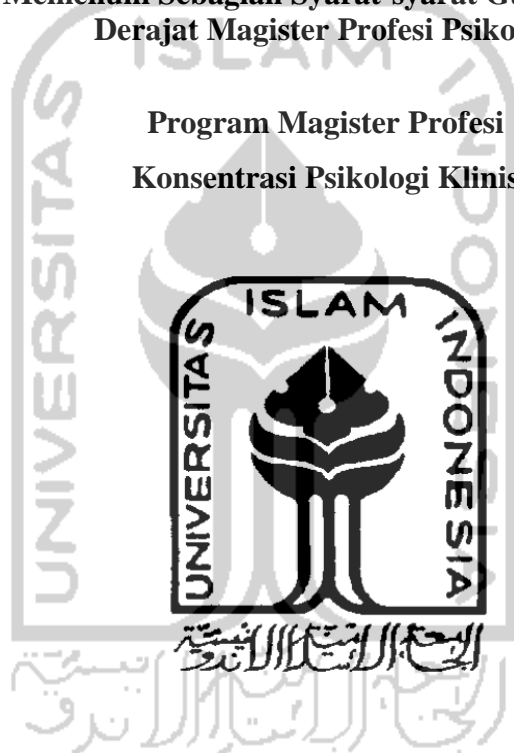


**PENGARUH TERAPI KELOMPOK UNTUK MENURUNKAN
KESEPIAN DAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA
PENDERITA HIPERTENSI**

**Tesis
Untuk Memenuhi Sebagian Syarat-syarat Guna Memperoleh
Derajat Magister Profesi Psikolog**

**Program Magister Profesi
Konsentrasi Psikologi Klinis**



Di susun oleh:

Ardian Adi Putra

08 915 032

**PROGRAM MAGISTER PROFESI PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA**

2012

MOTTO

Q.S. Al - Hijr ayat 56:

"Ibrahim berkata: "Tidak ada orang yang berputus asa dari rahmat Tuhan-nya, kecuali orang-orang yang sesat". (Q.S. Al - Hijr 56)

Sabda Rasulullah SAW:

لِلنَّاسِ أَنْفَعُهُمْ النَّاسِ خَيْرٌ
الْبَعْضُ مِنَ الْبَعْضِ إِلَّا التَّائِبِينَ

"Sebaik-baik manusia adalah yang paling bermanfaat bagi manusia yang lain"

(H.R. Bukhori)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya sederhana dengan perjuangan luar biasa ini terukir bagi yang spesial...

*Alhamdulillah Robbil' alamin puji syukur kehadiran Allah SWT
yang selalu memancarkan mata air harapan ketika kebuntuan
dan rasa tak berdaya mulai menerpa
Shalawat beserta salam selalu tercurah kepada suri tauladan nabi
besar Muhammad SAW*

*Karya ini penulis persembahkan teruntuk kedua orang tua
Ayahanda Burhanuddin & Ibunda Nely Herawati
yang setiap ucapan dari bibirnya selalu menebarkan semangat di
dalam dada*

*Alm. Abang Irwan Kurniawan tercinta yang telah banyak
memberikan pelajaran berharga*

*Adik-adik Harry Fajri & Mifta Huljannah tersayang yang selalu
memacu penulis untuk berusaha memberikan contoh yang terbaik*

Yesy Is yang hadir memberikan semangat dan motivasi baru

Halaman Pernyataan

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya Ardian Adi Putra, S.Psi dengan disaksikan oleh dewan penguji tugas akhir (tesis), dengan ini menyatakan bahwa tugas akhir ini adalah karya sendiri dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi manapun. Dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Jika terdapat hal-hal yang tidak sesuai dengan pernyataan ini, maka saya bersedia gelar kesarjanaan saya dicabut.

Yogyakarta, November 2011

Yang menyatakan

Ardian Adi Putra, S.Psi

Kata Pengantar

Alhamdulillah puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang senantiasa mencurahkan rahmat dan hidayah Nya kepada semua umat Nya sehingga tesis ini dapat diselesaikan dan tak lupa pula shalawat dan salam kita panjatkan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai teladan dan pembimbing kita.

Dengan menyadari berbagai kekurangan dan kelemahan dalam karya ini, penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan dorongan, baik moril maupun materil dari semua pihak, penyusunan tesis ini tidak akan bisa terselesaikan. Untuk itu dengan setulus hati penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Bapak Sus Budiharto, S.Psi., M.Si., Psikolog, selaku Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia.
2. Ibu RA. Retno Kumolohadi, S.Psi., M.Si., Psikolog, selaku Ketua Program Magister Psikologi, Universitas Islam Indonesia.
3. Bapak Fuad Nashori, S.Psi., M.Psi., Psikolog, selaku dosen pembimbing tesis satu yang telah meluangkan waktu disela-sela kesibukannya untuk membimbing dan memberi dukungan dalam menyelesaikan tesis.
4. Ibu RR. Indah Ria Sulistyarini, S.Psi., MA., Psikolog, selaku dosen pembimbing tesis dua yang telah memberikan banyak pelajaran berharga selama proses bimbingan tesis.

5. Seluruh staf karyawan Bagian Administrasi Magister Profesi Psikologi: Mbak Mus, Pak Fathur, dan Mas Robit.
6. Karya ini saya persembahkan khusus untuk kedua orang tua, Alm. Abang, adik-adikku, Ayum, Owow, Anga, serta seluruh keluarga besarku.
7. Untuk Yesy yang selalu berdoa dan membuat termotivasi untuk menyelesaikan tesis ini dengan cepat.
8. Seluruh teman-teman Magister Profesi Psikologi Universitas Islam Indonesia, khusus teman-teman angkatan V semoga hubungan silaturahmi tetap terjaga.
9. Teman-teman satu atap Bung dan Nanang serta Agung terima kasih atas segala kebersamaannya.

Terima kasih untuk semua pihak yang tidak disebutkan nama satu persatu, tetapi atas dukungan dan bantuannya akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Tesis ini masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam penulisannya, maka penulis mengharapkan masukan untuk kesempurnaan tesis ini dan semoga dapat bermanfaat untuk semua pihak.

Yogyakarta, Januari 2012

Yang menyatakan

Ardian Adi Putra, S.Psi

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
INTISARI	xv
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	12
B. Tujuan dan Manfaat Penelitian	12
1. Tujuan penelitian	12
2. Manfaat penelitian	12
C. Keaslian Penelitian	14
1. Keaslian topik	14
2. Keaslian teori	15

3. Keaslian alat ukur	15
4. Keaslian subjek.....	17
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	17
A. KESEPIAN PADA LANSIA.....	17
1. Pengertian kesepian.....	17
2. Pengertian lansia.....	19
3. Perubahan-perubahan fisik pada lansia.....	20
4. Aspek-aspek <i>kesepian</i> pada lanjut.....	25
5. Faktor-faktor kesepian.....	26
6. Hipertensi.....	29
B. TERAPI KELOMPOK.....	34
1. Pengertian terapi kelompok.....	34
2. Faktor-faktor terapeutik dalam terapi kelompok.....	34
3. Teknik Pendekatan dalam Terapi Kelompok.....	36
C. PENGARUH TERAPI KELOMPOK TERHADAP KESEPIAN PADA LANSIA PENDERITA HIPERTENSI.....	39
D. HIPOTESIS.....	47
BAB III. METODE PENELITIAN	48
A. Rancangan Penelitian	48
B. Identifikasi Variabel Penelitian.....	50
C. Definisi Operasional.....	50

D. Subjek Penelitian	51
E. Metode Pengumpulan Data.....	52
F. Prosedur Pemberian Perlakuan.....	53
G. Metode Analisis Data.....	58
BAB. IV. PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN	59
A. Orientasi Kanchah dan Persiapan.....	59
1. Orientasi Kanchah Penelitian.....	59
2. Persiapan Penelitian.....	59
3. Hasil Uji Coba Alat Ukur.....	60
4. Persiapan modul.....	61
B. Laporan Pelaksanaan Penelitian.....	64
1. Pelaksanaan <i>Pre test</i>	64
2. Pelaksanaan Intervensi.....	66
Pertemuan I.....	66
1. Sesi pertama.....	66
2. Sesi Kedua.....	67
Pertemuan II.....	67
1. Sesi ketiga.....	68
2. Sesi keempat.....	68
Pertemuan III.....	69
1. Sesi kelima.....	69

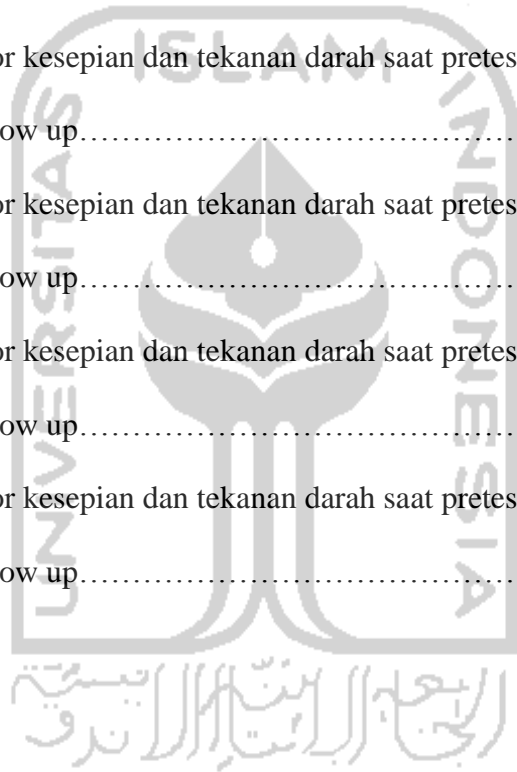
2. Sesi keenam.....	69
Pertemuan IV.....	70
1. Sesi ketujuh.....	70
2. Evaluasi dan penutup.....	70
3. Pelaksanaan <i>Post test</i>	71
4. Pelaksanaan <i>Follow up</i>	71
5. Pelaksanaan Intervensi Bagi Kelompok Kontrol.....	71
C. Hasil Penelitian.....	72
Hasil Analisis Kuantitatif.....	72
1. Deskripsi subjek penelitian.....	72
2. Deskripsi data penelitian.....	74
3. Hasil uji prasyarat.....	74
a. Uji normalitas.....	74
b. Uji homogenitas.....	75
4. Hasil uji hipotesis.....	75
a. Uji hipotesis kesepian.....	75
b. Uji hipotesis tekanan darah.....	76
Hasil Analisis Kualitatif.....	75
Subjek I.....	78
Subjek II.....	79
Subjek III.....	80

Subjek IV.....	81
Subjek V.....	82
D. Pembahasan.....	84
BAB. V. KESIMPULAN DAN SARAN.....	90
A. Kesimpulan.....	90
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92
LAMPIRAN.....	97



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka berpikir.....	46
Gambar 2. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up.....	79
Gambar 3. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up.....	80
Gambar 4. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up.....	81
Gambar 5. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up.....	82
Gambar 6. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up.....	83



DAFTAR TABEL

	Halaman
Table 1. Desain Penelitian.....	49
Table 2. Blue print Skala Kesepian.....	52
Table 3. Rencana Jadwal Terapi Kelompok Eksistensial.....	55
Table 4. Aspek-aspek Dalam Kegiatan Terapi Kelompok.....	58
Tabel 5. Distribusi aitem angket Kesepian setelah uji coba.....	61
Table 6. Jadwal Terapi Kelompok Eksistensial.....	62
Tabel 7. Distribusi Skor Tingkat Kesepian Berdasarkan Rerata Empirik.....	65
Tabel 8. Deskripsi data subjek penelitian kelompok eksperimen.....	73
Tabel 9. Deskripsi data subjek penelitian kelompok kontrol.....	73
Tabel 10. Tekanan darah pada subjek penelitian kelompok eksperimen.....	73
Tabel 11. Tekanan darah pada subjek penelitian kelompok kontrol.....	74
Tabel 12. Deskripsi Penelitian.....	74
Tabel 13. Hasil Uji Hipotesis (Kesepian).....	76
Tabel 14. Hasil Uji Hipotesis (Tekanan Darah Sistolik).....	77
Tabel 15. Hasil Uji Hipotesis (Tekanan Darah Diastolik).....	77

PENGARUH TERAPI KELOMPOK UNTUK MENGURANGI KESEPIAN DAN MENURUNKAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA PENDERITA HIPERTENSI

Ardian Adi Putra
Fuad Nashori
Indah Ria Sulistyarini

Intisari

Penelitian ini bertujuan untuk mengungkapkan pengaruh terapi kelompok untuk mengurangi kesepian dan menurunkan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi. Terapi kelompok dalam penelitian ini menggunakan pendekatan interaktif dan tema-tema yang digunakan dalam setiap sesi terapi kelompok berdasarkan aspek-aspek penemuan kebermaknaan dalam teori logoterapi. subjek dalam penelitian ini adalah lansia penderita hipertensi sebanyak 10 orang. alat ukur menggunakan skala kesepian. Penelitian ini adalah quasi-eksperimen *non-equivalent group design*.

Analisis data menggunakan K-smirnov untuk mengetahui apakah ada pengaruh terapi kelompok berpengaruh terhadap berkurangnya kesepian pada lansia penderita hipertensi. Hasil penelitian menunjukkan nilai $p = 0,000$ berarti nilai $p < 0,05$ artinya ada perbedaan kesepian yang sangat signifikan pada kelompok eksperimen dan kelompok setelah pelaksanaan terapi kelompok. Analisis data menggunakan K-smirnov untuk mengetahui apakah ada terapi pengaruh kelompok berpengaruh terhadap menurunnya tekanan darah pada lansia penderita hipertensi. Hasil penelitian menunjukkan pada tekanan darah sistolik nilai $t = 1,376$ dengan nilai $p = 0,206$ dan pada tekanan darah diastolik nilai $t = 0,000$ dan nilai $p = 1,000$ berarti dengan demikian tidak ada perbedaan penurunan tekanan darah yang signifikan pada kelompok eksperimen dan kontrol setelah pelaksanaan terapi kelompok.

kata kunci: terapi kelompok, kesepian, tekanan darah dan lansia penderita hipertensi

THE INFLUENCE OF GROUP THERAPY TO REDUCE LONELINESS AND DECREASE BLOOD PRESSURE OF OLD PEOPLE SUFFERING HYPERTENSION

Ardian Adi Putra
Fuad Nashori
Indah Ria Sulistyarini

ABSTRACT

This study is aimed to reveal the influence of group therapy to reduce loneliness and decrease blood pressure of old people suffering hypertension. The group therapy in this study uses interactive adaptation and themes used in every therapy session are based on the importance discovery in logotherapy theory. The subjects in this study are 10 old people suffering hypertension. The measurement tool in this study is loneliness scale. This research is a quasi-experiment *non-equivalent group design*.

This research uses K-smirnov to analyze the data and to know whether there is any influence of group therapy to loneliness decreasing and of old people suffering hypertension. The result of the study shows the value of $p = 0,000$ which means the value of $p < 0,05$. The value of p shows that there is significant loneliness difference between the experiment group before and after the group therapy. Data analysis uses K-smirnov to know whether the influence of group therapy influence the decreasing of blood pressure of old people suffering hypertension. The result of the study shows the diastolic blood pressure t value = 0,000 and $p = 1,000$. According to the result of the study, it can be said that there is no significant decreasing difference of blood pressure between the group experiment and control after the activation of group therapy.

Keywords : group therapy, loneliness, blood pressure and old people suffering hypertension

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Lanjut usia (lansia) adalah sesuatu yang alami dan tidak dapat dihindari oleh setiap individu yang dikaruniai Tuhan usia yang panjang. Pengertian lansia adalah periode pertumbuhan di mana organisme telah mencapai kematangan dalam ukuran dan fungsi, selain itu juga telah menunjukkan kemunduran sejalan dengan waktu. Ada beberapa pendapat mengenai batasan lansia yaitu ada yang menetapkan 60 tahun, 65 tahun dan 70 tahun. Badan kesehatan dunia (WHO) menetapkan usia 65 tahun sebagai usia yang menunjukkan proses penuaan yang berlangsung secara nyata dan seseorang telah disebut lansia. Lansia banyak menghadapi berbagai masalah kesehatan yang perlu penanganan segera dan terintegrasi (Akhmadi, 2009).

Tahun 1980 penduduk lansia baru berjumlah 7,7 juta jiwa atau 5,2 persen dari seluruh jumlah penduduk Indonesia. Tahun 1990 jumlah penduduk lansia meningkat menjadi 11,3 juta orang atau 8,9 persen. Jumlah ini terus meningkat di seluruh Indonesia menjadi 15,1 juta jiwa pada tahun 2000 atau 7,2 persen dari seluruh penduduk. Pada tahun 2020 diperkirakan akan menjadi 29 juta orang atau 11,4 persen. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk lansia meningkat secara konsisten dari waktu ke waktu (Ikhsan, 2010).

Pada periode akhir masa perkembangan ini, setiap individu berharap dapat menjalaninya dengan baik tanpa ada permasalahan yang berarti. Kenyataannya,

periode lansia pada sebagian besar individu dianggap sebagai suatu hal yang tidak menyenangkan, bahkan kadang-kadang dianggap sebagai suatu pengalaman menegangkan yang membutuhkan penyesuaian (Hurlock, 2000). Serangkaian perubahan fisik, sosial, maupun psikologis yang dialami selama proses penuaan membutuhkan kesiapan individu untuk menghadapinya. Perubahan-perubahan fisiologis dan perubahan kemampuan motorik yang terjadi, tidak jarang membuat para lansia memunculkan perasaan tidak berguna kemudian mengalami demotivasi dan menarik diri dari lingkungan sehingga kebutuhan untuk diperhatikan menjadi berlebih, dan hal tersebut kemudian memunculkan kesepian pada lansia (Adrian, 2009).

Kesepian (*loneliness*) adalah perasaan di mana seseorang merasa kekosongan dan kesendirian yang kuat. Kesepian adalah pengalaman subjektif dan lebih mirip dengan penyakit kronis. Kesepian ini secara subjektif dikarenakan oleh menurunnya hubungan ataupun interaksi sosial baik secara kuantitas maupun kualitas yang selanjutnya akan menyebabkan perasaan yang tidak menyenangkan (Anonim, 2009). Pada umumnya masalah kesepian adalah masalah psikologis yang paling banyak dialami lansia. Beberapa penyebab kesepian antara lain: (1) longgarnya kegiatan dalam mengasuh anak-anak karena anak-anak sudah dewasa dan bersekolah tinggi sehingga tidak memerlukan penanganan yang terlalu rumit, (2) berkurangnya teman/relasi akibat kurangnya aktivitas di luar rumah, (3) kurangnya aktivitas sehingga waktu luang bertambah banyak, (4) Meninggalnya pasangan hidup, (5) anak-anak yang meninggalkan rumah karena menempuh pendidikan yang lebih

tinggi, anak-anak yang meninggalkan rumah untuk bekerja, dan (6) anak-anak telah dewasa dan membentuk keluarga sendiri. Beberapa masalah tersebut akan menimbulkan rasa kesepian lebih cepat bagi orang lansia (Ikhsan, 2010).

Berdasarkan wawancara yang peneliti lakukan dengan beberapa pasien lansia yang berkunjung ke Poli Psikologi Puskesmas Depok II, diketahui bahwa munculnya kesepian dikarenakan oleh terpisahnya lansia dari anak dan cucu, kematian pasangan, serta berkurangnya interaksi dengan teman-teman sebaya dikarenakan pensiun atau berhenti dari pekerjaan sebelumnya. Salah seorang di antaranya juga mengungkapkan bahwa subjek hidup sendiri setelah ditinggal mati oleh suaminya sedangkan anak dan cucu-cucunya berada di luar kota. Kondisi tersebut menyebabkan interaksi yang paling mungkin sering dilakukan adalah dengan tetangga. Namun pasien mengungkapkan kadang muncul perasaan tidak enak terhadap tetangga jika terlalu sering berinteraksi, karena takut akan merepotkan dan mengganggu kesibukan orang lain (wawancara/06/02/2010). Penyebab-penyebab kesepian di atas didukung oleh sebuah penelitian yang hasilnya menunjukkan bahwa berkurangnya interaksi dengan anggota keluarga, tetangga, dan teman-teman dekat akan memunculkan kesepian pada seseorang (Anonim, 2009).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Miedema dan Tatemichi (2003) menunjukkan bahwa jenis kelamin menentukan tingkat kesepian. Hasil penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa kecenderungan laki-laki lebih mudah mengalami kesepian dibandingkan dengan wanita. Status perkawinan secara signifikan berhubungan dengan kesepian. Individu yang dalam status menjanda/menduda

(*widowed*) memiliki kecenderungan lebih mudah mengalami kesepian dibandingkan dengan individu yang masih dalam status perkawinan. Hidup sendirian juga memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kesepian. Individu yang hidup sendirian lebih mudah mengalami kesepian dibandingkan dengan individu yang hidup bersama dengan orang lain. Kesehatan ternyata juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan terhadap kesepian. Individu yang mengalami kesepian diketahui bahwa mereka mengalami sulit tidur, perasaan rendah diri, pusing-pusing, dan nyeri dada.

Selain itu jaringan sosial, merasa tidak puas dengan frekuensi kontak dengan anak-anak adalah faktor yang paling signifikan yang berkaitan dengan kesepian kepada lansia. Penelitian serupa yang dilakukan di Irlandia oleh Drennan, dkk (2008) menunjukkan bahwa usia, perubahan status perkawinan, kesehatan, serta kontak dengan sahabat dan keluarga berpengaruh secara signifikan terhadap kesepian. Semakin tinggi usia seseorang semakin tinggi pula risiko mengalami kesepian. Individu yang belum pernah menikah, bercerai, dan janda atau duda karena kematian pasangan menunjukkan lebih kesepian dibandingkan individu yang memiliki pasangan hidup. Individu yang memiliki kualitas atau kuantitas yang kurang baik dalam berinteraksi dengan sahabat dan keluarga lebih kesepian dibandingkan yang memiliki hubungan yang lebih baik dengan sahabat dan keluarga.

Frobes (dalam Drennan, dkk, 2008) mengungkapkan bahwa kesepian ternyata bukan hanya berhubungan dengan kondisi psikologis ataupun emosional, tetapi juga secara tidak langsung akan dapat mempengaruhi kesehatan secara fisik. Penelitian

yang dilakukan oleh Yang dan Victor (2008) menunjukkan bahwa individu yang mengalami kesepian sebagian besar mengalami permasalahan dengan kesehatan dan bahkan memiliki penyakit tertentu. Hasil penelitian menunjukkan kesepian secara signifikan akan meningkatkan tekanan darah kepada orang tersebut (Anonim, 2009).

Berdasarkan data yang diperoleh di Poli Psikologi Puskesmas Depok II, diketahui bahwa jumlah pasien pada penderita hipertensi tahun 2008 sebanyak 53 orang dan 47 orang di antaranya merupakan orang-orang lansia. Pada tahun 2009 terjadi peningkatan lebih dari seratus persen dari 120 orang pasien yang dirujuk oleh maupun atas permintaan sendiri adalah penderita hipertensi dan lebih dari 80 persen penderita hipertensi tersebut adalah orang-orang lansia. Selama peneliti melakukan kegiatan praktek di bulan Januari 2010 juga didapatkan data bahwa dari 129 orang pasien yang mendapatkan pelayanan di poli psikologi 45 orang di antaranya adalah penderita hipertensi dan dari jumlah penderita tersebut 39 orang merupakan lansia (data Puskesmas Depok 2 Sleman). Hipertensi esensial mulai terjadi seiring bertambahnya umur. Pada populasi umum, pria lebih banyak yang menderita penyakit ini dari pada wanita (39% pria dan 31% wanita). Prevalensi hipertensi primer pada wanita sebesar 22%-39% yang dimulai dari umur 50 sampai lebih dari 80 tahun, sedangkan pada wanita berumur kurang dari 85 tahun prevalensinya sebesar 22% dan meningkat sampai 52% pada wanita berumur lebih dari 85 tahun (Wahid, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa para lansia lebih berisiko mengalami hipertensi. Sekitar 60% lansia akan mengalami hipertensi setelah berusia 75 tahun.

Kontrol tekanan darah yang ketat pada pasien diabetes berhubungan dengan pencegahan terjadinya hipertensi yang tak terkontrol. Hipertensi merupakan gejala yang paling sering ditemui pada lansia dan menjadi faktor risiko utama insiden penyakit kardiovaskular. Para lansia ternyata lebih sering mengalami hipertensi sistolik dan pengobatan hipertensi sampai saat ini masih banyak yang terfokus pada tekanan diastolik <90 mmHg tanpa memikirkan angka sistoliknya, sehingga banyak lansia yang tidak terdeteksi menderita hipertensi sistolik. Keadaan ini terjadi karena hilangnya elastisitas arteri atau akibat penuaan. Dalam keadaan ini aorta menjadi kaku dan akhirnya menyebabkan meningkatnya tekanan sistolik dan penurunan volume aorta, yang pada akhirnya akan menurunkan volume dan tekanan diastolik. Pada orang-orang tua, pengukuran tekanan sistolik yang meningkat ini lebih signifikan karena dapat menunjukkan terjadinya kekakuan arteri besar, terutama aorta, efeknya bisa membuat kerusakan jantung, ginjal, serta otak (Farid, 2007).

Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada beberapa orang klien yang berada di Puskesmas Depok II, ditemukan bahwa sebagian besar penderita hipertensi pada lansia mengalami kesepian. Seperti yang diungkapkan oleh salah seorang pasien, bahwa ketika pasien sering memikirkan dan memiliki keinginan untuk bertemu anak cucu terlalu besar biasanya muncul keluhan secara fisik seperti sakit kepala serta badan terasa pegal-pegal dan setelah klien melakukan pemeriksaan didapatkan tekanan darah klien menjadi meningkat (wawancara/27/01/2010). Menurut studi yang telah dilakukan di Universitas Chicago, ternyata kesepian dapat meningkatkan tekanan darah sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi. Layaknya

hipertensi, kesepian terkadang menjadi sesuatu yang sulit untuk diidentifikasi. Individu yang memiliki teman dan jaringan sosial mungkin saja merasakan kesepian apabila di dalam hubungan tersebut mereka menemukan sesuatu yang memunculkan ketidaknyamanan (Anonim, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Cacioppo (2006) pada sampel populasi pria dan wanita usia 50-68 tahun sebanyak 229 orang menunjukkan bahwa kesepian diidentifikasi menjadi salah satu penyebab meningkatnya tekanan darah (hipertensi) serta dapat menyebabkan morbiditas dan kematian. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa seseorang yang mengalami kesepian memiliki tekanan darah yang dimiliki lebih tinggi sekitar 10 mm hg sampai 30 mm hg dibanding individu-individu yang memiliki hubungan akrab dengan orang lain. Kesepian dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga lansia yang mengalami kesepian relatif lebih mudah mengalami hipertensi dikarenakan kondisi ketahanan fisiologis yang semakin menurun. Penelitian yang dilakukan oleh Holt-Lunstad (2003) menunjukkan bahwa individu yang memiliki hubungan atau interaksi sosial yang lebih sedikit, baik secara kualitas maupun kuantitas memiliki tekanan darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang memiliki hubungan atau interaksi sosial yang lebih banyak.

Penelitian yang dilakukan oleh Hawkey, dkk (2003) menunjukkan bahwa ada perbedaan aktivitas sistem kardiovaskular pada seseorang dengan kesepian dan yang tidak kesepian. Aktivitas sistem kardiovaskular pada seseorang yang tidak kesepian lebih teratur dibandingkan dengan seseorang yang mengalami kesepian. Pada penelitian yang dilakukan oleh Hawkey dan Cacioppo (2010) menunjukkan bahwa

seseorang yang mengalami kesepian terdapat gangguan pada sistem kardiovaskular dan neuroendokrin serta akan memperlemah respon immune. Penelitian yang serupa juga menunjukkan bahwa seseorang yang mengalami kesepian terjadi perubahan aktifitas yang menurun pada sistem kardiovaskular, sistem *immune*, dan sistem *nervous* (Cacioppo, 2002).

Melihat adanya pengaruh kesepian terhadap meningkatnya tekanan darah (hipertensi) pada lansia, dibutuhkan suatu upaya untuk menurunkan kesepian pada lansia sehingga tekanan darah (hipertensi) akan menurun pada lansia. Berdasarkan data-data di atas bahwa kesepian berhubungan erat dengan bagaimana seorang individu dapat berinteraksi atau berhubungan sosial, baik secara kualitas maupun kuantitas dengan demikian dibutuhkan sebuah intervensi yang dapat memfasilitasi setiap individu dapat menjalin interaksi dengan orang lain dan mengurangi kesepian yang dialami, salah satunya adalah dengan memberikan terapi kelompok.

Terapi kelompok adalah sebuah tritmen yang dilakukan dengan cara menyertakan beberapa orang dalam sebuah kelompok kecil yang didampingi oleh satu terapis atau lebih yang terlatih dalam proses terapi kelompok (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004). Desain terapi ini dapat meningkatkan kemampuan secara psikologis dan memperbaiki permasalahan-permasalahan psikologis dengan cara pendekatan kognitif dan afektif yang dieksplorasi dari interaksi antar anggota kelompok dan terapis.

Terapi kelompok sangat bermanfaat dalam menumbuhkan kesadaran bahwa individu di dalamnya tidak sendirian, masih ada orang lain di sekitar yang mengalami

masalah yang sama. Hal ini seringkali menjadi obat bagi seseorang yang sedang stres atau selalu panik karena merasa sendiri. Terapi kelompok ini juga bisa membantu seseorang untuk mengembangkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Kelompok ini bisa menjadi gambaran masyarakat secara umum dan belajar bersosialisasi dengan anggota kelompok tersebut bisa membantu seseorang membangun hubungan di luar kelompok. Selain itu, anggota kelompok yang mempunyai masalah sama juga bisa saling mendukung, bahkan mungkin bisa menawarkan saran berkaitan dengan masalah yang sedang dialami. Dengan fakta bahwa setiap anggota di dalam kelompok juga mengalami situasi yang sama. Hal ini akan membuat seseorang di dalamnya lebih terbuka dalam mendiskusikan masalah pribadi (Tarigan, 2009).

Kesepian dapat terjadi dikarenakan adanya perasaan ditolak ataupun diabaikan oleh orang lain atau pun keluarga. Perasaan-perasaan yang demikian seringkali membuat seseorang merasa terbebani dan memunculkan perasaan malu dan kemudian menutupinya dengan cara mengurangi interaksi dengan orang lain. Berkurangnya interaksi dengan orang lain dapat memunculkan perasaan kesepian. Melalui terapi kelompok setiap anggota dapat menciptakan penerimaan dalam berinteraksi dan hal ini bisa menjadi penangkal rasa penolakan dan diabaikan yang dialami. Dalam terapi kelompok setiap anggota dapat mengungkapkan ketakutan-ketakutan yang dirasakan sehingga ketakutan tersebut menjadi sesuatu hal yang wajar (Evans, 2010).

Terapi kelompok adalah salah satu cara untuk belajar bagaimana memahami diri sendiri dan bagaimana untuk berhubungan dengan orang lain. Melalui Terapi kelompok individu dapat mengembangkan diri secara hubungan interpersonal, mencapai kesadaran dalam memahami diri sendiri melalui interaksi dengan orang lain, membantu setiap anggota yang merasa terisolasi dan meningkatkan harga diri melalui pengakuan dan pengalaman serta perasaan setiap anggota kelompok, dapat bertanggung jawab dengan hidup pribadi, selain itu juga terapi kelompok dapat menjadi tempat setiap anggota berbagi pengalaman dan bercerita dengan bebas ekspresi sehingga dapat mengurangi perasaan bersalah ataupun malu yang dirasakan (Reilly, 2010). Terapi kelompok yang akan dilakukan ini menggunakan pendekatan interaktif, yang dimaksud dengan pendekatan interaktif adalah terapis mengangkat sebuah tema dan kemudian tema tersebut didiskusikan lebih luas dalam kelompok. Faktor-faktor penyebab kesepian pada lansia dijadikan landasan untuk menentukan tema-tema apa yang akan diangkat dalam terapi kelompok. Tema-tema yang akan diangkat dalam setiap sesi terapi kelompok ini akan menggunakan aspek penemuan kebermaknaan pada logoterapi oleh Craumbagh (Bastaman, 2007).

Dalam penanganannya permasalahan kesepian sudah pernah dilakukan dengan cara terapi kelompok dan memberikan hasil yang lebih baik bagi para penderita. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Liu, dkk (2007) diketahui bahwa *Remeniscence Group Therapy* (RGT) dapat menurunkan perasaan kesepian pada individu lansia yang tinggal sendiri. Hasil-hasil yang didapat menunjukkan RGT dapat membantu individu lansia mampu meningkatkan asertifitas diri, menyelesaikan

permasalahan tentang perasaan kesepian dan meningkatkan kepuasan hidup. Selain itu dengan RGT individu lansia dapat mengenal permasalahan-permasalahan psikologis dan pengalaman hidup dari orang lain yang ada di dalam kelompok. Proses yang terjadi di dalam kelompok akan memberikan pemahaman terhadap individu lansia bahwa mereka tidak sendirian.

Penelitian yang sejenis dilakukan oleh Martina dan Stevens (2005) terhadap individu-individu lansia khususnya pada jenis kelamin perempuan dengan menggunakan intervensi *The Friendship Enrichment Program*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program ini berhasil membuat perempuan dengan lansia bersedia untuk bekerja dan menjalin persahabatan dengan sesamanya. Banyak partisipan melaporkan peningkatan dalam kuantitas dan kualitas persahabatan mereka. Program ini cukup berhasil dalam mendorong peningkatan kesejahteraan subjektif dan kesadaran akan perlunya sikap aktif untuk mencapai tujuan dalam hubungan sosial, terutama dalam persahabatan. Kesepian di antara para peserta berkurang.

Berdasarkan penelitian di atas, kesepian yang terjadi pada lansia dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah atau hipertensi sehingga untuk penanganannya dibutuhkan sebuah intervensi. Melihat faktor penyebab individu lansia mengalami kesepian dan berdasarkan data-data yang diperoleh peneliti berasumsi bahwa terapi kelompok akan dapat mengurangi kesepian sehingga dapat mengontrol dan bahkan menurunkan tekanan darah.

B. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

1. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi kelompok untuk mengurangi kesepian dan menurunkan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi.

2. Manfaat Penelitian

Manfaat yang akan diperoleh oleh lansia penderita hipertensi setelah mendapatkan intervensi berupa terapi kelompok ini adalah:

- a. Diharapkan terapi kelompok ini dapat mengurangi kesepian pada lansia penderita hipertensi.
- b. Dengan berkurang kesepian, diharapkan tekanan darah atau hipertensi yang dialami oleh lansia juga dapat menurun.

C. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian terhadap lansia penderita hipertensi yang mengalami kesepian memang sudah banyak dilakukan oleh peneliti-peneliti sebelumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Liu, Chen, Lin, & Huang (2007) yaitu dengan judul *The Effects Of Reminiscence Group Therapy on Self-esteem, Depression, Loneliness, Life Satisfaction of Elderly People Living Alone*. Penelitian ini dilakukan dengan metode pre-post test terkontrol dengan desain quasi eksperimen pada 12 orang lansia sebagai kelompok eksperimen dan 10 orang lansia sebagai kelompok kontrol. Pengukuran

kesepian menggunakan skala UCLA kesepian dan terapi berupa kelompok *Remeniscence Group Therapy* (RGT).

Penelitian yang dilakukan oleh Martina dan Stevens (2005) yaitu dengan judul *Breaking the Cycle of Loneliness, Psychological Effects of A Friendship Enrichment Program for Older Women*. Penelitian ini dilakukan pada wanita lansia dengan usia di atas 55 tahun. Metode penelitian ini pre-post test kontrol grup desain dengan jumlah 60 orang dalam kelompok eksperimen sedangkan kelompok kontrol sebanyak 55 orang. Intervensi yang diberikan adalah *friendship enrichment program*. Pengukuran kesepian menggunakan koesioner berdasarkan teori Garvield yang terdiri dari 11 aitem.

Penelitian yang dilakukan oleh Talita Vermaak (2003) yaitu dengan judul *Music in Therapy and Loneliness in the Elderly*. Penelitian ini dilakukan pada lansia sebanyak 8 orang dengan metode penelitian pre-post test. Skala yang digunakan untuk mengukur kesepian pada penelitian ini adalah *Le Roux Kesepian Scale* yang terdiri dari 30 aitem dan skala ini merupakan revisi dari *UCLA Scale*. Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini adalah terapi musik. Namun penelitian yang menguji efektivitas terapi kelompok dalam mengurangi kesepian pada lansia penderita hipertensi belum pernah dilakukan, sejauh ini tinjauan kepustakaan dan penelusuran melalui layanan internet peneliti belum menemukan penelitian yang sama. Adapun keaslian penelitian dalam penelitian ini adalah:

1. Keaslian topik

Beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti lain yaitu Liu, Chen, Lin, & Huang (2007) yaitu dengan judul *The Effects Of Remeniscence Group Therapy on Self-esteem, Depression, Loneliness, Life Satisfaction of Elderly People Living Alone*. Penelitian yang dilakukan oleh Martina dan Stevens (2005) yaitu dengan judul *Breaking the Cycle of Loneliness, Psychological Effects of A Friendship Enrichment Program for Older Women*. Penelitian yang dilakukan oleh Talita Vermaak (2003) yaitu dengan judul *Music in Therapy and Loneliness in the Elderly*. Pada penelitian yang akan diteliti oleh peneliti adalah Terapi Kelompok Untuk Mengurangi Kesepian dan Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi.

2. Keaslian teori

Pada penelitian ini untuk variabel independen adalah *Group Therapy* (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004), sedangkan untuk variabel dependen adalah kesepian dengan menggunakan teori dari Wrightsman (1993). Liu, Chen, Lin, dan Huang (2007) yaitu dengan judul *The Effects Of Remeniscence Group Therapy on Self-esteem, Depression, Loneliness, Life Satisfaction of Elderly People Living Alone* variabel independen yaitu *Remeniscence Group Therapy* sedangkan variabel dependen kesepian dari teori Peplau. Penelitian yang dilakukan oleh Martina dan Stevens (2005) yaitu dengan judul *Breaking the Cycle of Loneliness, Psychological Effects of A Friendship Enrichment Program for Older Women* dengan variabel dependen *friendship enrichment program* dan variabel dependen

yaitu kesepian dari Garvield. Penelitian yang dilakukan oleh Talita Vermaak (2003) yaitu dengan judul *Music in Therapy and Loneliness in the Elderly* dengan variabel independen *music therapy* dan variabel dependen kesepian dari Peplau dan Perlman.

3. Keaslian alat ukur

Alat ukur yang digunakan oleh penelitian Liu, Chen, Lin, dan Huang (2007) yaitu dengan judul *The Effects of Reminiscence Group Therapy on Self-esteem, Depression, Loneliness, Life Satisfaction of Elderly People Living Alone*. menggunakan skala kesepian UCLA Peplau. Penelitian yang dilakukan oleh Martina dan Stevens (2005) yaitu dengan judul *Breaking the Cycle of Loneliness, Psychological Effects of A Friendship Enrichment Program for Older Women* menggunakan alat ukur skala kesepian dari Garvield. Penelitian yang dilakukan oleh Talita Vermaak (2003) dengan judul *Music in Therapy and Loneliness in the Elderly* menggunakan alat ukur *Le Roux Loneliness Scale* dari Russel, Perlman, dan Cutrona. Sedangkan dalam penelitian ini alat ukur kesepian menggunakan skala kesepian berdasarkan teori Wrightsman.

4. Keaslian subjek

Subjek pada penelitian ini adalah lansia penderita hipertensi dengan usia 55-70 tahun dengan jenis kelamin laki dan perempuan dan merupakan pasien Puskesmas Depok II, dengan jumlah partisipan 10 orang untuk kelompok kontrol dan 10 orang untuk kelompok eksperimen. Penelitian yang dilakukan oleh Liu, Chen, Lin, dan Huang (2007) yaitu dengan judul *The Effects Of Reminiscence Group*

Therapy on Self-esteem, Depression, Loneliness, Life Satisfaction of Elderly People Living Alone. Eksperimen dilakukan pada 12 orang lansia sebagai kelompok eksperimen dan 10 orang lansia sebagai kelompok kontrol yang berada di China. Penelitian yang dilakukan oleh Martina dan Stevens (2005) yaitu dengan judul *Breaking the Cycle of Loneliness, Psychological Effects of A Friendship Enrichment Program for Older Women.* Penelitian ini dilakukan pada wanita lansia dengan usia di atas 55 tahun. Metode penelitian ini pre-post test kontrol grup desain dengan jumlah 60 orang dalam kelompok eksperimen sedangkan kelompok kontrol sebanyak 55 orang. Penelitian yang dilakukan oleh Talita Vermaak (2003) yaitu dengan judul *Music in Therapy and Loneliness in the Elderly.* Penelitian ini dilakukan pada lansia sebanyak 8 orang. Sedangkan dalam penelitian yang akan dilaksanakan ini dilakukan pada lansia sebanyak 10 orang, 5 orang dalam kelompok eksperimen dan 5 orang dalam kelompok kontrol. Penelitian akan dilakukan dengan metode *non-equivalent group design.*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KESEPIAN PADA LANSIA

1. Pengertian Kesepian

Weiss (dalam Drennan, dkk, 2008) mendefinisikan kesepian (*loneliness*) adalah kondisi hilangnya atau tidak adanya hubungan dekat dan keintiman. Pengalaman kesepian merupakan respon dari tidak adanya atau kehilangan suatu hubungan tertentu, baik keberadaan kelekatan secara intim, seperti persahabatan yang bermakna, atau jejaring ke komunitas yang diinginkan. Wrightsman (1993) mendefinisikan kesepian merupakan pengalaman subjektif individu, merupakan keadaan yang tidak menyenangkan dan secara umum merupakan hasil dari kurang atau terhambatnya hubungan sosial. Gierveld (dalam Dykstra, Tilburg, & Gierveld, 2005) menyatakan bahwa kesepian adalah pengalaman yang tidak menyenangkan yang terjadi ketika seseorang merasa hubungan sosial dengan orang lain menurun baik secara kuantitas maupun kualitas.

Menurut Perlman dan Peplau (dalam Brigham,1991), kesepian adalah suatu pengalaman yang tidak menyenangkan muncul bila hubungan sosial seorang mengalami kekurangan dalam berbagai aspek, baik secara kualitas maupun kuantitas. Kesepian adalah hasil dari interaksi dengan individu lain yang tidak sesuai dengan apa yang diharapkan sebelumnya. Sears, dkk (dalam Santrock, 2002) mengatakan kesepian sebagai suatu pengalaman subyektif yang tidak menyenangkan dalam

berinteraksi dengan orang lain baik dalam segi kuantitas maupun kualitas. Dalam segi kuantitas, seorang lansia merasa tidak punya teman dan atau kurang mempunyai teman namun masih tidak sesuai dengan diharapkan. Dari segi kualitas, lansia merasa bahwa hubungannya dengan orang lain sangat dangkal dan kurang memuaskan serta tidak sesuai dengan yang diharapkan, walaupun ada banyak orang di sekitarnya.

Hulme (2000) menyatakan bahwa kesepian itu bersumber dari keterpisahan dengan orang lain. Kesepian merupakan hasil dari hubungan antar sesama yang kurang mendalam, kurang terbuka, dan kurang akrab (Hulme, 2000). Yang dan Victor (2008) mendefinisikan kesepian sebagai adanya penurunan atau ketidaksesuaian antara keadaan yang sebenarnya dan yang diinginkan dari hubungan sosial dalam kehidupan seseorang. Bushman dan Baumeister (2008) mendefinisikan sebagai sebuah perasaan menderita yang sangat menginginkan hubungan sosial yang lebih dari apa yang dimiliki saat ini.

Kesepian meliputi serangkaian perasaan kompleks yang mencakup reaksi hilangnya keintiman dan atau kebutuhan sosial (Ernst & Cacioppo, 1999). Menurut Weiss (dalam Drennan, dkk, 2008) kesepian bukan berarti kesendirian tapi lebih dari itu, kesepian didefinisikan dengan mengacu pada penyebabnya dan lebih menekankan peran kedekatan dan keintiman dalam hubungan interpersonal. Kesepian merupakan respon terhadap tidak adanya atau kurangnya hubungan interepersonal, baik dalam keluarga, persahabatan yang bermakna, atau hubungan dalam masyarakat.

Berdasarkan pengertian-pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kesepian adalah suatu kondisi ketidakpuasan dalam hubungan sosial baik secara kuantitas

maupun kualitas, sehingga secara emosional dan sosial individu merasa terasingkan dalam lingkungan.

2. Pengertian Lansia

Lansia adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode di mana seseorang telah beranjak jauh dari periode-periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh dengan bermanfaat. Seseorang apabila sudah beranjak jauh dari periode hidupnya yang terdahulu, kecenderungan seseorang akan sering mengingat masa lalunya dan cenderung diisi dengan penyesalan, serta cenderung ingin hidup pada masa sekarang, mencoba mengabaikan masa depan (Hurlock, 2000). Menurut Erikson (dalam Schaie & Willis, 2000) usia lanjut merupakan suatu tahap kehidupan bahwa di mana seseorang harus mencapai integritas, sedangkan kegagalan dalam mencapai integritas akan menyebabkan kondisi keputusasaan pada individu tersebut.

Usia sekitar 60 tahun biasanya dipandang sebagai garis pemisah antara usia madya dan lansia. Akan tetapi orang sering menyadari bahwa usia kronologis merupakan kriteria yang kurang baik dalam menandai permulaan usia lanjut, karena terkadang ditemukan beberapa individu dalam usia yang seharusnya memasuki usia lanjut namun belum menunjukkan penurunan atau ciri-ciri seperti lansia pada umumnya. Hal ini disebabkan kondisi kehidupan dan perawatan yang lebih baik, kebanyakan pria dan wanita zaman sekarang tidak menunjukkan tanda-tanda ketuaan mental dan fisiknya sampai usia 65 tahun, bahkan sampai awal usia tujuh puluh tahun. Berdasarkan alasan tersebut, ada kecenderungan yang meningkat untuk

menggunakan usia 65 tahun sebagai usia pensiun dalam berbagai urusan, dan itu sebagai awal mulanya usia lanjut (Hurlock, 2000).

Tahap terakhir dalam rentang kehidupan sering dibagi menjadi dua tingkatan, yang pertama usia lanjut dini yaitu usia yang berada pada kisaran 60 tahun sampai dengan 70 tahun dan yang kedua usia lanjut yaitu usia setelah usia 70 tahun sampai dengan akhir kehidupan seseorang. Orang yang berada pada usia 60 tahun biasanya digolongkan sebagai usia tua, yang berarti antara sedikit lebih tua atau setelah usia madya dan usia lanjut setelah mereka mencapai usia 70 tahun, yang menurut standar beberapa kamus berarti makin lansia seseorang dalam periode hidupnya dan kehilangan masa kejayaan dan masa mudanya (Hurlock, 2000).

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa definisi lansia adalah individu yang berada di atas usia 60 puluh tahun dan menunjukkan ada tanda-tanda ketuaan fisik dan mental.

3. Perubahan-perubahan Fisik pada Lansia

Periode lansia dalam kehidupan seseorang ditandai dengan perubahan fisik dan psikologis tertentu. Efek-efek tersebut menentukan, sampai sejauh mana, apakah pria atau wanita lansia akan melakukan penyesuaian diri secara baik atau buruk. Adapun ciri-ciri yang dapat dilihat dari lansia adalah (Hurlock, 2000):

- a. Perubahan fisik termasuk dalam perubahan penampilan, perubahan yang berbeda pada sistem organ dalam, perubahan dalam fungsi psikologis, perubahan pada sistem syaraf, dan perubahan penampilan dan kemampuan seksual.

- b. Perubahan yang sangat umum terhadap kemampuan motorik, termasuk perubahan kekuatan fisik dan kecepatan dalam bergerak, bertambahnya waktu yang diperlukan untuk belajar suatu keterampilan, konsep dan prinsip baru, dan ada kecenderungan sikapnya jadi canggung dan kikuk.
- c. Perubahan dalam hal minat dan ketertarikan disebabkan oleh banyak faktor, faktor yang paling bersifat umum adalah memburuknya kondisi kesehatan dan status ekonomi, tempat tinggal yang berubah dan dalam status perkawinan serta perubahan dalam nilai.
- d. Perubahan dalam kegiatan rekreasional yang biasanya lebih disebabkan oleh perubahan kesehatan, kemampuan ekonomi, perubahan status perkawinan, dan kondisi kehidupan.
- e. Mulai menghentikan satu persatu kegiatan sosial yang dilakukan baik dengan terpaksa maupun sukarela, namun pelepasan secara suka rela biasanya yang lebih sering terjadi daripada pelepasan secara paksa.
- f. Sumber kontak sosial menjadi berbeda, dari sekian banyak sumber yang paling berpengaruh besar pada lansia adalah keakraban hubungan pribadi dan kelompok formal atau perkumpulan-perkumpulan.
- g. Ketertarikan pada agama sering dipusatkan pada masalah tentang kematian pada usia tersebut, menjadi sesuatu yang bersifat pribadi sebagai bentuk pengganti sesuatu yang abstrak.

Sebagian besar tugas perkembangan pada usia lanjut lebih banyak berkaitan dengan kehidupan pribadi seseorang daripada berkenaan dengan kehidupan orang

lain. Menurut Havighurst (Hurlock, 2000), tugas perkembangan pada lansia adalah sebagai berikut:

- a. Menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan.
- b. Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya penghasilan keluarga.
- c. Menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup.
- d. Membentuk hubungan dengan orang-orang yang seusia.
- e. Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan.
- f. Menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes.

Perubahan-perubahan yang terjadi pada seseorang dalam lansia tentunya tidak terlepas dari permasalahan-permasalahan yang akan dihadapi. Menurut Hurlock (2000), ada beberapa permasalahan yang terjadi pada individu dalam periode lansia, yaitu:

- a. Keadaan fisik yang semakin dan tidak berdaya, menyebabkan lansia harus bergantung kepada orang lain.
- b. Status ekonominya yang sangat terancam, sehingga cukup beralasan untuk melakukan berbagai perubahan besar dalam pola hidupnya.
- c. Menentukan kondisi hidup yang sesuai dengan perubahan status ekonomi dan perubahan fisik .
- d. Mencari teman baru untuk menggantikan istri atau suami yang telah meninggal atau pergi jauh dan atau cacat.

- e. Mengembangkan kegiatan baru untuk mengisi waktu luang yang semakin bertambah.
- f. Belajar untuk memperlakukan anak yang sudah besar sebagai seseorang yang telah dewasa.
- g. Mulai terlibat dalam kegiatan masyarakat, yang secara khusus direncanakan untuk orang dewasa.
- h. Mulai merasakan kebahagiaan dari kegiatan-kegiatan yang sesuai untuk orang-orang lansia dan memiliki kemauan untuk mengganti kegiatan lama yang berat dengan kegiatan yang lebih cocok.
- i. Kecenderungan mudah menjadi korban atau dimanfaatkan oleh para penjual obat, rentenir, dan kriminalitas karena mereka tidak sanggup untuk mempertahankan diri.

Gierveld (dalam Santrock, 2002) mengungkapkan bahwa masyarakat pada umumnya menekankan pada pemenuhan diri dan prestasi, pentingnya komitmen dalam suatu hubungan, dan penurunan dalam suatu hubungan dekat adalah alasan terjadinya perasaan kondisi kesepian. Peplau dan Perlman (dalam Santrock, 2002) mengidentifikasi ada empat kondisi perubahan yang dapat memicu munculnya kesepian pada usia lanjut, yaitu berakhirnya hubungan emosional yang akrab, perpisahan secara fisik, perubahan status, berkurangnya kualitas keberadaan suatu lingkungan.

Kondisi lain yang juga dapat meningkatkan keinginan untuk menjalin hubungan sosial sekaligus bisa menjadi pemicu munculnya kesepian menurut Peplau

dan Perlman (dalam Santrock, 2002) adalah perubahan yang terkait dengan tahap-tahap perkembangan seseorang. Pengalaman pada masa kanak-kanak tertentu bisa menimbulkan kecenderungan seseorang untuk mengalami kesepian. Misalnya, anak-anak yang kehilangan kasih sayang dari orang tua karena kematian atau perceraian, pada saat dewasa akan lebih peka terhadap kesepian. Begitu juga pada masa remaja, kondisi yang jauh dari keluarga dan kebutuhan akan hubungan intim dengan orang lain terutama lawan jenis bisa menjadi pemicu munculnya kesepian, bila seandainya kebutuhan ini tidak terpenuhi (Erikson, 1989).

Peplau dan Perlman (dalam Santrock, 2002) menyebutkan bahwa karakteristik kepribadian seperti harga diri yang rendah, kecemasan dalam bersosialisasi, pemalu dan kurang asertif bisa menimbulkan kesulitan bagi individu dalam membangun atau mencapai kepuasan dalam hubungan sosial dengan orang lain, dengan demikian juga meningkatkan kemungkinan terciptanya kesepian. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wenger, dkk (1996) diketahui lansia yang tinggal sendirian dan atau lansia yang menjanda atau menduda dapat menyebabkan seseorang menjadi kesepian. Selain itu kualitas kesehatan yang buruk dan atau kemampuan mobilitas yang kurang yang diakibatkan berkurangnya kemampuan fisik juga berhubungan dengan meningkatnya kesepian pada lansia. Berdasarkan penjelasan-penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa kesepian pada lansia adalah suatu kondisi dimana adanya perubahan dalam hubungan sosial baik secara kuantitas maupun kualitas yang menyebabkan ketidakpuasan, sehingga secara emosional dan sosial lansia merasa terasingkan dalam lingkungan.

4. Aspek-aspek Kesepian Pada Lansia

Weiss (dalam Drennan, dkk, 2008) mengatakan bahwa kesepian terdiri dari dua dimensi, pertama yaitu kesepian emosional (*loneliness of emotional isolation*) dapat muncul pada tiadanya kelekatan emosional yang dekat (*close emotional attachment*) dan hanya bisa diperbaharui melalui penyatuan emosional *attachment* terhadap orang lain yang pernah dirasakan “hilang” tersebut. Kedua, yaitu kesepian sosial (*loneliness of social isolation*) dihubungkan dengan ketiadaan jejaring sosial, diakibatkan oleh kurangnya kerabat, teman, atau orang-orang dari lingkup sosial yang sama, di mana mereka dapat berbagi aktivitas atau minat yang sama. Wrightsman (1993) menjelaskan ciri-ciri seseorang yang sedang mengalami kesepian, yaitu:

a. *Desperation* (putus asa)

Desperation merupakan perasaan berputus asa, kehilangan harapan dan perasaan yang sangat menyedihkan sehingga mampu melakukan sesuatu yang beresiko tanpa berfikir panjang.

b. *Impatient Boredom* (tidak sabar dan bosan)

Impatient Boredom yaitu rasa bosan yang tidak tertahankan, jenuh, dan tidak bisa menunggu lama, dan tidak bersabar.

c. *Self-deprecation* (mengutuk diri sendiri)

Self-deprecation yaitu suatu perasaan ketika seseorang tidak mampu menyelesaikan masalahnya, kemudian mulai menyalahkan dan mengutuk diri sendiri.

d. *Depression* (depresi)

Depression yaitu kondisi di mana tahapan emosi seseorang ditandai dengan kesedihan yang sangat mendalam, perasaan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan kesulitan untuk tidur.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa aspek-aspek kesepian pada lansia adalah *Desperation* (putus asa), *Impatient Boredom* (tidak sabar dan bosan), *Self-deprecation* (mengutuk diri sendiri) dan *Depression* (depresi).

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesepian Pada Lansia

Menurut Middlebrook (1980), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesepian adalah sebagai berikut:

a. Faktor Psikologis

1. Kesepian eksistensial, yaitu keterbatasan manusia yang terpisah dari orang lain sehingga seseorang tersebut tidak mungkin berbagi perasaan dan pengalaman dengan orang lain dan seseorang tersebut harus mengambil keputusan sendiri dan menghadapi ketidakpastian.
2. Pengalaman traumatis, yaitu kehilangan seseorang yang sangat dekat secara tiba-tiba bisa menyebabkan orang merasa kesepian, tetapi akan lebih sanggup mentolerir kesepian bila sering mengalaminya atau orang itu sendiri yang mulai menjauh dari orang yang dekat padanya.
3. Kurang dukungan dari lingkungan, yaitu seseorang bisa mengalami kesepian bila merasa tidak sesuai dengan lingkungannya, sehingga orang tersebut menganggap dirinya diabaikan dan ditolak oleh lingkungan.

4. Krisis dalam diri dan kegagalan, yaitu seseorang bisa kehilangan semangat dan menghindar dari lingkungannya bila merasa harga dirinya terganggu karena harapannya tidak terpenuhi, hal ini dapat menyebabkan timbulnya gejala kesepian pada orang itu.
 5. Kurangnya percaya diri, yaitu kesepian dapat terjadi bila seseorang kurang dapat mengungkapkan diri sepenuhnya dan hanya mampu berhubungan secara formil saja. Walaupun bisa berhubungan sosial dengan cukup baik, tetap saja merasa kurang dilibatkan.
 6. Kepribadian yang tidak sesuai dengan lingkungan, yaitu orang-orang yang temperamen tertentu seperti pemalu dan yang tidak mampu berhubungan sosial akan menarik diri dari lingkungan.
 7. Ketakutan menanggung resiko sosial, yaitu seseorang merasa takut untuk terlalu dekat dengan orang lain, karena khawatir akan ditolak. Kedekatan sosial dilihat sebagai sesuatu yang berbahaya dan penuh resiko.
- b. Faktor Situasional
1. Takut dikenal orang lain, yaitu seseorang yang takut dikenal secara mendalam oleh orang lain akan cenderung menghilangkan kesempatan untuk berhubungan dekat dengan orang lain, sehingga orang tersebut tidak punya teman berbagi rasa.
 2. Nilai-nilai yang berlaku pada lingkungan sosial, yaitu nilai-nilai yang dianut seperti privasi dan kesuksesan dapat menyebabkan seseorang merasa kesepian karena ia merasa terikat oleh nilai tersebut.

3. Kehidupan di luar rumah rutinitas di luar rumah seperti sekolah, kuliah dan kerja menyebabkan kurangnya kehangatan hubungan seseorang dengan orang-orang tertentu.
4. Kehidupan di dalam rumah seperti adanya jam makan, tidur, mandi akan menyebabkan kejenuhan pada pelakunya.
5. Perubahan pola-pola dalam keluarga, yaitu kehadiran orang lain dalam sebuah keluarga akan menyebabkan terganggunya hubungan antar anggota keluarga.
6. Pindah tempat seperti seringnya pindah dari satu tempat ke tempat lain akan menyebabkan seseorang yang tidak dapat menjalin hubungan yang akrab dengan lingkungan baru, sehingga akan menimbulkan kesepian.
7. Terlalu besarnya suatu organisasi, yaitu bila populasi dalam sebuah organisasi terlalu besar, akan sulit bagi seseorang untuk mengenal satu sama lain secara lebih dekat.
8. Desain arsitektur bangunan, Bentuk bangunan yang canggih juga berpengaruh terhadap interaksi sosial. Hal ini mengingat bangunan bangunan dapat menyebabkan masyarakat menjadi individualistis dimana interaksi sosial menjadi terbatas.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesepian pada lansia yaitu faktor psikologis yang berhubungan dengan pengalaman-pengalaman berhubungan sosial sehingga mempengaruhi perilaku dalam melakukan hubungan sosial saat ini dan faktor situasional yang

berhubungan dengan kondisi lingkungan dan rutinitas yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

5. Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu kondisi di mana darah yang mengalir melalui pembuluh darah meningkat secara berlebihan, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami tekanan. Tekanan darah terbagi menjadi dua yaitu sistolik dan diastolik. Angka sistolik menunjukkan tekanan darah ketika ke jantung memompa darah ke seluruh tubuh, sedangkan diastolik adalah tekanan darah ketika jantung tenang dan terisi darah (Taylor, 2006). Hipertensi sebenarnya adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Dengan demikian tubuh akan bereaksi lapar, yang mengakibatkan jantung harus berkerja lebih keras untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Kondisi ini jika berlangsung lama dan menetap akan menimbulkan gejala yang disebut sebagai penyakit tekanan darah tinggi (Sutriani, Alam, & Broto, 2004).

Hipertensi seringkali disebut pembunuh gelap (*silent kill*), karena termasuk penyakit yang mematikan, tanpa disertai dengan gejala-gejala terlebih dahulu sebagai peringatan bagi korbannya. Gejala-gejala hipertensi bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala-gejala penyakit lainnya, sehingga penderita seringkali menganggap sebagai gangguan biasa. Menurut Sutriani, Alam dan Broto (2004) Adapun gejala-gejala yang muncul adalah sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernapas setelah bekerja keras atau mengangkat berat, mudah lelah,

penglihatan kabur, wajah memerah, hidung berdarah, sering buang air kecil, telinga berdering (*tinnitus*) dan dunia terasa berputar (*vertigo*)

Dari kedua macam tekanan darah tersebut, tekanan sistolik lebih dinilai untuk mendiagnosa hipertensi pada seseorang. Hipertensi dapat dikategorikan menjadi tiga tingkatan yaitu hipertensi rendah adalah kondisi di mana tekanan sistolik konsisten di antara 140 sampai dengan 159, hipertensi sedang adalah kondisi di mana tekanan darah sistolik konsisten berada diantara 160 sampai dengan 179, dan hipertensi berat adalah kondisi di mana tekanan darah berada di atas 180. Menjaga tekanan darah sistolik berada di bawah 120 adalah sesuatu yang sangat baik (Taylor, 2006).

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dapat digolongkan menjadi dua yaitu:

- a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya, disebut juga hipertensi idiopatik. Terdapat 95% kasus. Banyak faktor yang mempengaruhinya, seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas susunan syaraf simpatis, sistem rennin angiotensin, defek dalam ekskresi natrium, peningkatan natrium dan kalium intrasellular, dan faktor-faktor lain yang meningkatkan resiko seperti merokok, alkohol, obesitas, serta polistemia (Sutriani, Alam & Broto, 2004).
- b. Hipertensi sekunder atau hipertensi renal. Terdapat sekitar 5% kasus. Penyebab spesifiknya diketahui, misalnya penggunaan estrogen, penyakit hipertensi, penyakit ginjal, hipertensi vascular renal, hiperaldosteronisme primer, dan sindrom cushing, feokromositoma, koarktasioaorta, hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan (Sutriani, Alam & Broto, 2004).

Diperkirakan sekitar 5% hipertensi disebabkan oleh adanya kerusakan atau gangguan pada organ ginjal untuk meregulasikan tekanan darah. Sedangkan 90 % merupakan hipertensi esensial yang mana penyebabnya belum dapat diketahui secara pasti (Taylor, 2006).

Beberapa faktor yang menjadi penyebab seorang individu mengalami resiko hipertensi sudah dapat diketahui, di antaranya adalah:

1. Usia

Dilihat dari usia, laki-laki dengan usia 50 tahun lebih beresiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan wanita yang berusia di atas 55 tahun, namun demikian laki-laki maupun wanita yang hidup di Amerika Serikat 90 % beresiko mengalami hipertensi. Berdasarkan penelitian jenis ras juga dapat mempengaruhi munculnya hipertensi (Taylor, 2006).

2. Genetis (keturunan)

Faktor genetis jelas juga berperan dalam resiko munculnya hipertensi pada seseorang. Jika salah satu dari orang tua anak memiliki riwayat penderita hipertensi, kemungkinan 45% anak akan mengalami hipertensi dan jika kedua orang tua anak memiliki hipertensi kesempatan anak untuk menderita hipertensi meningkat menjadi 95%. Bagi banyak orang peningkatan rangsangan syaraf simpatis, atau mungkin responsivitas berlebihan dari tubuh terhadap rangsangan simpatis normal dapat ikut berperan menyebabkan hipertensi. Berdasarkan penelitian meskipun seorang individu memiliki riwayat keluarga yang menderita hipertensi tidak selalu individu tersebut

akan mengalami hipertensi. Hal ini dikarenakan ketika individu tersebut mampu merespon dan mengantisipasi stres dengan baik (Taylor, 2006).

3. Faktor Diet

Sutriani, Alam dan Broto (2004) mengungkapkan adapun faktor diet yang dapat mempengaruhi tekanan darah pada seseorang adalah sebagai berikut:

a. Konsumsi Garam

Hipertensi hampir tidak pernah ditemukan pada suku bangsa dengan asupan garam minimal. Asupan garam kurang dari tiga gram per hari menyebabkan prevalensi hipertensi yang rendah sedangkan jika asupan garam antara 5-15 gram perhari prevalensi hipertensi meningkat menjadi 15-20%.

b. Konsumsi alkohol

Mekanisme peningkatan tekanan darah akibat alkohol masih belum jelas. Salah satu teorinya adalah bahwa alkohol dalam darah merangsang pelepasan epinefrin (adrenalin) dan hormon-hormon lain yang membuat pembuluh darah 20 menyempit atau menyebabkan penumpukan lebih banyak natrium dan air.

c. Diet yang tidak seimbang

Konsumsi makanan yang tidak seimbang, banyak mengandung lemak disertai tinggi garam, meningkatkan resiko terkena hipertensi. Konsumsi gula berlebih berpengaruh terhadap tekanan darah, sedangkan banyak mengkonsumsi serat dapat membantu menjaga tekanan darah dalam batas normal.

4. Faktor Lingkungan dan Pola Hidup

Sutriani, Alam, dan Broto (2004) mengungkapkan faktor lingkungan dan pola hidup yang dapat mempengaruhi tekanan darah pada seseorang adalah sebagai berikut:

a. Obesitas

Berat badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT) berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Resiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang berat badannya normal. Pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-33% memiliki berat badan lebih.

b. Stres Psikososial

Stres dapat meningkatkan tekanan darah untuk sementara waktu, dan bila stres sudah hilang tekanan darah bisa kembali normal kembali. Peristiwa mendadak yang menyebabkan stres, dapat meningkatkan tekanan darah, namun akibatnya menjadi stres berkelanjutan yang dapat menimbulkan hipertensi belum dapat dipastikan.

c. Olahraga

Olahraga yang teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah dan bermanfaat bagi penderita hipertensi ringan. Pada orang tertentu, dengan melakukan olahraga aerobik yang teratur dapat menurunkan tekanan darah.

d. Merokok

Zat-zat kimia beracun, seperti nikotin dan karbonmonoksida yang diisap melalui rokok, yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses arterosklerosis, dan tekanan darah tinggi.

B. TERAPI KELOMPOK

1. Pengertian Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah sebuah tritmen yang dilakukan dengan cara menyertakan beberapa orang dalam sebuah kelompok kecil yang didampingi oleh satu terapis atau lebih yang terlatih dalam proses terapi kelompok (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004). Desain terapi ini dapat meningkatkan kemampuan secara psikologis dan memperbaiki permasalahan-permasalahan psikologis dengan cara pendekatan kognitif dan afektif yang dieksplorasi dari interaksi antar anggota kelompok dan terapis (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004).

2. Faktor-faktor Terapeutik Dalam Terapi Kelompok

Faktor terapeutik adalah sebuah elemen dalam penting dalam terapi kelompok yang memberikan keuntungan potensial bagi setiap anggota dalam kelompok. Dengan faktor terapeutik diharapkan dapat memberikan perubahan yang lebih baik terhadap permasalahan yang dihadapi oleh setiap anggota dalam kelompok. Adapun faktor-faktor terapeutik yang terdapat dalam terapi kelompok, antara lain (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004):

a. Faktor-faktor Dukungan (*Supportive Factors*)

Faktor-faktor dukungan adalah salah satu yang paling penting dalam terapi kelompok. Setiap anggota yang masuk dalam terapi kelompok, selalu dalam kondisi yang tidak menyenangkan dan dalam keadaan tidak berdaya tentang situasi yang mereka hadapi. Faktor-faktor dukungan berhubungan dengan memacu harapan, penerimaan, saling tolong-menolong, kebersamaan, dan senasib sepenanggungan.

b. Faktor-faktor Keterbukaan Diri (*Self-revelation Factors*)

Dalam faktor ini berkenaan dengan keterbukaan diri dan katarsis. Keterbukaan diri adalah bagaimana seseorang membuka dirinya sendiri dalam kelompok secara kognitif. Sedangkan katarsis adalah bagaimana seseorang membuka dirinya sendiri didalam kelompok secara afektif dan memberikan kelegaan.

c. Belajar Dari yang Lain (*Learning From Others*)

Salah satu kekuatan terapi kelompok adalah setiap anggota dapat keuntungan untuk belajar kebijaksanaan atau kearifan dari anggota kelompok lainnya. Pembelajaran ini bisa berbentuk meniru (*modeling*), dari pengalaman anggota lain bisa menjadi seolah-olah dialami langsung (*vicarious learning*), setiap anggota secara langsung dapat menerima saran baik dari anggota maupun terapis (*guidance*), setiap anggota dapat belajar bagaimana berperan dalam sebuah kelompok (*education*).

d. Faktor-faktor Psikologis (*Psychological Work Factors*)

Berkenaan dengan faktor psikologis ada dua hal yang tak dapat dipisahkan yaitu, belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain (*interpersonal learning*) dan bagaimana memahami diri sendiri (*self-understanding*).

Dari penjelasan diatas kemudian dapat disimpulkan bahwa yang menjadi faktor-faktor terapeutik yaitu faktor dukungan, kesempatan untuk dapat belajar dari yang orang lain, faktor-faktor keterbukaan diri, dan faktor-faktor Psikologis.

3. Teknik Pendekatan dalam Terapi Kelompok

Spira (dalam Brabenden, Fallon & Smolar, 2004) ada tiga pendekatan yang dapat digunakan dalam proses kelompok: (1) Pendekatan deduktif, dimana terapis disini berperan sebagai edukator kesehatan dan anggota kelompok sebagai pasien yang dapat bertanya kepada terapis (2) Pendekatan interaktif, yaitu terapis mengangkat sebuah tema dan kemudian tema tersebut didiskusikan lebih luas dalam kelompok, dan (3) Pendekatan induktif, dimana proses diskusi lebih terbuka untuk setiap anggota kelompok mendiskusikan topik apa yang ingin diangkat. Velasquez, dkk (2001) menyatakan bahwa terapis dapat berfungsi sebagai pemimpin dalam terapi kelompok yang menentukan topik atau isu-isu dalam setiap sesi.

Dalam terapi kelompok yang akan dilaksanakan ini menggunakan pendekatan interaksi, dimana terapis mengangkat sebuah tema dan kemudian kelompok mendiskusikan tema tersebut lebih luas. Tema-tema yang akan diberikan pada setiap sesi terapi yaitu dengan menggunakan aspek-aspek kebermaknaan pada logoterapi oleh Crumbaugh (dalam Bastaman 20007). Psikoterapis membantu klien untuk menemukan mengapa klien dibebani oleh kegelisahan dari kesendirian, untuk

menemukan cara yang lebih baik untuk mengelola kecemasan, untuk membuat pilihan-pilihan baru dan sehat yang muncul dari proses terapi (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004).

Logoterapi salah satu pendekatan psikoterapi eksistensial yang dikembangkan oleh Frankl (dalam Misiak & Sexton, 2005). Logoterapi secara umum dapat digambarkan sebagai corak psikologi yang mengakui adanya dimensi kerohanian pada manusia disamping dimensi ragawi dan kejiwaan, serta beranggapan bahwa makna hidup merupakan motivasi utama manusia untuk meraih taraf kebermaknaan hidup yang didambakan (Bastaman, 2007). Frankl (dalam Bastaman, 2007) mengungkapkan bahwa untuk mendapat kebermaknaan dalam hidup ada tiga nilai yang harus dialami, yaitu nilai-nilai kreatif (*creative values*), nilai-nilai penghayatan (*experiential values*), dan nilai-nilai bersikap (*attitudinal values*). Adapun tujuan dari logoterapi adalah untuk mencapai kebermaknaan hidup yang didambakan.

Crumbaugh (dalam Bastaman, 2007) salah seorang pengikut Frankl menyatakan bahwa untuk mendapatkan kebermaknaan hidup ada beberapa aspek yang dapat dikembangkan, yaitu: Pemahaman diri (*Self evaluation*); Bertindak positif (*Acting as if*); Membangun hubungan personal dan spiritual (*Establishing an ecounter personal & spiritual*); Mencari nilai-nilai bermakna (*Searching for meaningful values*).

Bastaman (2007) dari keempat metode tersebut dimodifikasi menjadi lima ragam metode kemudian disebut dengan “Panca Cara Temuan Makna”, yakni:

1. Pemahaman diri yaitu mengenali secara objektif kekuatan-kekuatan dan kelemahan diri sendiri, baik yang merupakan masih potensi maupun yang sudah teraktualisasi, kemudian kekuatan itu dikembangkan dan sitingkatkan serta kelemahan-kelemahan dihambat dan dikurangi.
2. Bertindak positif yaitu mencoba menerapkan dan melaksanakan hal-hal yang dianggap baik dan bermanfaat dalam perilaku dan tindakan nyata sehari-hari.
3. Pengakaraban hubungan yaitu meningkatkan hubungan baik dengan pribadi-pribadi tertentu (misalnya keluarga, teman, atau rekan sejawat)
4. Pendalaman catur nilai yaitu berusaha untuk memahami dan memenuhi empat macam nilai yang merupakan sumber makna hidup, yakni nilai kreatif, nilai penghayatan, nilai bersikap, dan nilai pengharapan.
5. Ibadah yaitu berusaha memahami dan melaksanakan hal-hal yang diperintahkan tuhan dan mencagah dari apa yang dilarang-Nya.

**C. PENGARUH TERAPI KELOMPOK TERHADAP KESEPIAN
DAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA
PENDERITA HIPERTENSI**

Weiss (dalam Drennan, dkk, 2008) mengungkapkan kesepian bukan berarti kesendirian tapi lebih dari itu, kesepian didefinisikan dengan mengacu pada penyebabnya dan lebih menekankan peran kedekatan dan keintiman dalam hubungan interpersonal. Kesepian merupakan respon terhadap tidak adanya atau kurangnya hubungan interepersonal, baik dalam keluarga, persahabatan yang bermakna, atau hubungan dalam masyarakat (Drennan, dkk, 2008). Kesepian adalah adalah suatu pengalaman yang tidak menyenangkan muncul bila hubungan sosial seorang mengalami kekurangan dalam berbagai aspek, baik secara kualitas maupun kuantitas (Santrock, 2002). Peplau dan Perlman (dalam Santrock, 2002) mengidentifikasi ada empat kondisi perubahan yang dapat memicu munculnya kesepian, yaitu: berakhirnya hubungan emosional yang akrab, perpisahan secara fisik, perubahan status, berkurangnya kualitas keberadaan suatu lingkungan. Melihat empat perubahan yang dapat memicu munculnya kesepian, lansia adalah suatu kondisi yang paling beresiko mengalami kesepian.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Cacioppo, dkk (2006) menyebutkan bahwa kesepian berhubungan dengan meningkatnya tekanan darah sistolik pada individu yang berada di usia 55 tahun sampai dengan 68 tahun. Dari hasil penelitian tersebut disimpulkan kesepian menjadi prediktor meningkatnya

tekanan darah pada lansia. Berdasarkan penelitian-penelitian yang telah dilakukan dan penyebab terjadinya kesepian pada lansia penderita hipertensi, terapi kelompok dinilai dapat memberikan perubahan yang lebih baik terhadap kondisi yang kesepian yang terjadi. Kesepian secara langsung dapat mempengaruhi kondisi fisik, berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Bhatia, dkk (2007) menunjukkan hasil bahwa kesepian dapat mempengaruhi aktifitas kardiovaskular dan membuat sirkulasi darah jadi tidak normal sehingga hal ini dapat mempengaruhi tekanan darah pada seseorang.

Terapi kelompok merupakan terapi yang didalamnya memanfaatkan interaksi setiap anggota kelompok menjadi faktor terapeutik. Hubungan interaksi seseorang dengan orang lain tidak hanya akan memberikan pengaruh terhadap faktor emosional selain itu akan langsung berpengaruh pada fungsi neurologis. Goleman (2006) mengungkapkan bahwa hubungan sosial akan sangat berpengaruh pada kesehatan fisik dan kesehatan mental. Siegel mengungkapkan bahwa itu ketika seseorang mampu menerima respon empati yang tepat kepada orang lain hal ini akan mengaktifkan *prefrontal cortex*, dan hal ini akan dapat meningkatkan fungsi immune ketahanan tubuh pada seseorang (Fishbane, 2007). Berdasarkan penelitian hubungan sosial sebagai fungsi terapeutik dapat merubah jaringan dan sirkuit sinaptik pada otak. Ketika seseorang mempelajari sesuatu yang baru, perilaku yang baru, cara pandang yang baru, atau perilaku yang baru, hal tersebut akan secara langsung merubah bentuk struktur otak (Fishbane, 2007).

Berdasarkan penelitian diketahui juga terapi dan dukungan kelompok efektif untuk menangani permasalahan-permasalahan yang bersifat psikologis dan dalam beberapa kasus juga dapat menangani permasalahan-permasalahan yang bersifat fisiologis (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004). Melalui terapi kelompok diharapkan para lansia penderita hipertensi yang mengalami kesepian dapat menemukan sebuah kebermanfaatan melalui eksplorasi hubungan interaksi antara anggota kelompok terapi, sehingga dapat menurunkan kesepian dan kemudian diharapkan dapat menurunkan hipertensi yang dialami.

Terapi kelompok dapat menjadi efektif karena setiap individu dapat mengurangi penderitaan berkenaan dengan permasalahan psikologis yang mereka alami dengan setiap anggota dan terapis dalam kelompok secara kognitif dan afektif. Selain itu setiap anggota dapat secara langsung kemampuan dalam menjalin hubungan interaksi dengan orang lain di dalam kelompok (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004). Page, Weiss dan Lietaer (dalam Cain & Seeman, 2002) mengungkapkan bahwa ketika seseorang mampu menerima apa yang mereka hadapi dan tidak hanya menganggap apa yang mereka hadapi adalah nasib atau takdir serta melihatnya sebagai peristiwa yang harus dihadapi dalam kehidupan, maka individu tersebut akan dapat mengatasi kecemasannya.

Terapi kelompok ini diharapkan dapat memberikan fungsi terapeutik kepada setiap anggota kelompok terapi yaitu (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004):

- a. Faktor dukungan (*Supportive Factors*) adalah salah satu yang paling penting dalam terapi kelompok. Setiap anggota yang masuk dalam terapi kelompok,

selalu dalam kondisi yang tidak menyenangkan dan dalam keadaan tidak berdaya tentang situasi yang mereka hadapi. Faktor-faktor dukungan berhubungan dengan memacu harapan, penerimaan, tolong-menolong, kebersamaan, dan senasib sepenanggungan. Berdasarkan dari hasil penelitian (Zammuner, 2008) ditemukan ada hubungan antara dukungan sosial dan kesepian, Semakin tinggi dukungan sosial yang didapat oleh seseorang maka semakin rendah tingkat kesepian dan sebaliknya semakin rendah tingkat dukungan sosial maka semakin tinggi kesepian pada individu.

- b. Faktor keterbukaan diri dan katarsis. Keterbukaan diri adalah bagaimana seseorang membuka dirinya sendiri dalam kelompok secara kognitif. Katarsis adalah bagaimana seseorang membuka dirinya sendiri didalam kelompok secara afektif dan memberikan kelegaan. Berdasarkan hasil penelitian (Honeycutt, Zagacki & Edwards, 1990) bahwa ada hubungan negatif antara katarsis dan kesepian, keterbukaan diri (katarsis) dapat menurunkan kesepian pada individu, ketika seseorang mampu untuk terbuka dan bercerita tentang permasalahan yang dihadapi (katarsis) maka semakin rendah kesepian yang dirasakan.
- c. Faktor belajar kebijaksanaan atau kearifan dari anggota kelompok lainnya. Pembelajaran ini bisa berbentuk meniru dari pengalaman anggota lain bisa menjadi seolah-olah dialami langsung, setiap anggota secara langsung dapat menerima saran baik dari anggota maupun terapis. Setiap anggota dapat belajar bagaimana berperan dalam sebuah kelompok, dan dua hal yang tak dapat

dipisahkan yaitu, belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain dan bagaimana memahami diri sendiri.

d. Faktor-faktor Psikologis (*Psychological Work Factors*)

Berkenaan dengan faktor psikologis setiap anggota dapat belajar bagaimana berperan dalam sebuah kelompok, dan dua hal yang tak dapat dipisahkan yaitu, belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain dan bagaimana memahami diri sendiri.

Berdasarkan penelitian (Hawkey, dkk, 2008) ditemukan ada hubungan interaksi dengan orang lain berhubungan erat dengan kesepian, semakin berkualitas hubungan individu dengan orang lain maka semakin kecil kemungkinan individu untuk mengalami kesepian. Hasil penelitian oleh Pressman (2005) juga menunjukkan bahwa semakin kurangnya hubungan sosial maka kemungkinan individu untuk mengalami kesepian akan lebih mudah. Penelitian yang serupa juga dilakukan oleh Wenger dan Buholt (2003) hasilnya menunjukkan bahwa individu yang terisolasi dari hubungan sosial akan lebih mudah untuk mengalami kesepian.

Terapi kelompok yang akan dilaksanakan ini menggunakan pendekatan interaksi, yaitu dengan cara terapis mengangkat sebuah tema dan kemudian kelompok mendiskusikan tema tersebut lebih luas. Tema yang dipergunakan pada terapi kelompok ini berdasarkan aspek-aspek kebermaknaan oleh Crumbaugh (dalam Bastaman, 2007), yaitu: Pemahaman diri (*Self evaluation*); Bertindak positif (*Acting as if*); Membangun hubungan personal dan spiritual (*Establishing an encounter*

personal & spiritual); Mencari nilai-nilai bermakna (*Searching for meaningful values*).

Metode pemahaman diri (*self evaluation*). Metode ini bertujuan untuk memberikan pemahaman terhadap kondisi diri berkenaan dengan kesepian yang dirasakan. Dengan ini setiap anggota kelompok dapat menyadari bahwa kondisi kesepian bisa saja dialami oleh setiap orang terutama pada lansia. Dengan adanya perasaan kebersamaan dan senasib sepenanggungan setiap anggota akan lebih terpacu untuk saling memotivasi dan saling tolong-menolong (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004).

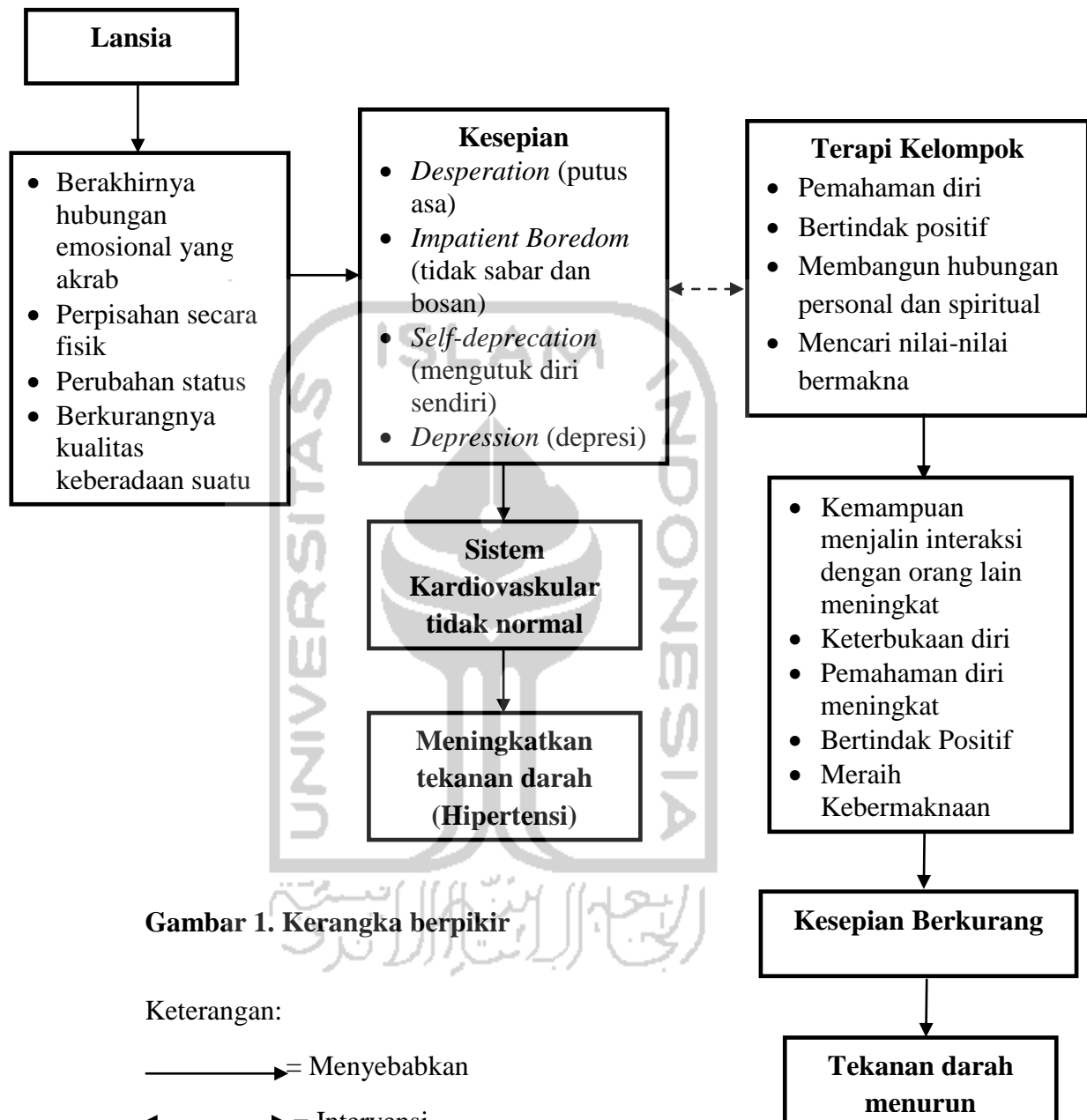
Metode berikutnya yaitu bertindak positif (*acting as if*). Pada tahap ini setiap anggota akan muncul kesadaran bahwa dengan adanya perubahan rutinitas dikarenakan sudah tidak bekerja/pensiun akan menyebabkan banyaknya waktu luang dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini dimaksudkan agar setiap anggota kelompok dapat berbagi hal-hal positif apa saja yang dapat dilakukan untuk mengisi hari-hari yang dilalui (Bastaman, 2007).

Metode selanjutnya yaitu membangun hubungan personal (*Establishing an encounter personal*). Pada tahap ini setiap anggota kelompok dapat saling berbagi bagaimana hubungan interaksi masing-masing anggota dengan keluarga maupun lingkungan sekitarnya. Dari proses ini diharapkan setiap anggota dapat belajar bagaimana meningkatkan kemampuan interpersonal dan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain dengan baik (Bastaman, 2007).

Metode berikutnya yaitu membangun hubungan spiritual (*Establishing an encounter spiritual*). Pada tahap ini setiap anggota kelompok dapat berbagi tentang kehidupan beragamaannya masing-masing. Setiap anggota dapat mengambil dan belajar dari pengalaman anggota lain tentang kehidupan kehidupan keberagamaan. Kehidupan keberagamaan disini lebih dimaksudkan pada kegiatan ibadah. Setiap anggota kelompok dapat memahami bahwa pentingnya ibadah untuk ketentraman dan ketenangan hidup. Ibadah atau do'a yang khusuk sering mendatangkan perasaan ketentraman, dan tabah, serta tak jarang memunculkan perasaan seakan-akan mendapatkan bimbingan dan petunjuk-Nya dalam menghadapi persoalan kehidupan (Bastaman, 2007).

Metode yang selanjutnya yaitu mencari nilai-nilai bermakna (*Searching for meaningful values*). Pada tahap ini setiap anggota diharapkan dapat bercerita tentang hal-hal yang berkaitan dengan suatu permasalahan sulit yang pernah dihadapi namun kemudian dapat diselesaikan ataupun dilewati. Setiap anggota dengan ini akan lebih mengenal potensi dan kemampuan diri serta memunculkan motivasi untuk menjalani setiap persoalan yang akan dihadapi. Pada tahap ini setiap anggota juga dapat mengutarakan harapan-harapan yang ingin dicapai sehingga dapat memberikan motivasi baru dalam menjalani kehidupan (Bastaman, 2007).

Fungsi terapeutik yang terdapat dalam terapi kelompok pendekatan akan dapat membantu setiap anggota kelompok untuk saling berbagi, memahami diri sendiri dan orang lain, sehingga dapat mengurangi kesepian dan kemudian berpengaruh terhadap menurunnya tekanan darah.

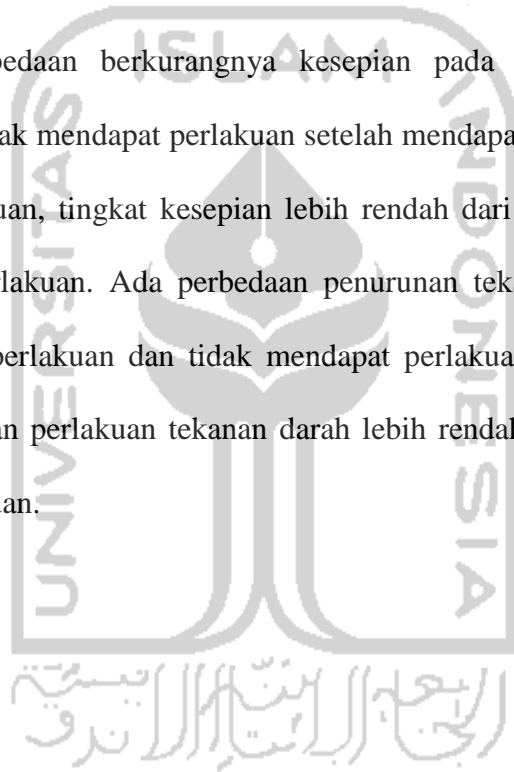


Gambar 1. Kerangka berpikir

D. HIPOTESIS

Berdasarkan uraian di atas, maka hipotesis yang diajukan oleh peneliti yaitu ada pengaruh terapi kelompok untuk mengurangi kesepian pada lansia penderita hipertensi dan dengan berkurangnya kesepian pada lansia maka tekanan darah juga menjadi menurun.

Ada perbedaan berkurangnya kesepian pada kelompok yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan setelah mendapatkan terapi. Kelompok yang mendapat perlakuan, tingkat kesepian lebih rendah dari pada kelompok yang tidak mendapatkan perlakuan. Ada perbedaan penurunan tekanan darah pada kelompok yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan setelah terapi. Kelompok yang mendapatkan perlakuan tekanan darah lebih rendah dari kelompok yang tidak mendapat perlakuan.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian quasi-eksperimen dengan model rancangan *Nonequivalent control group design* dengan menggunakan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (Shaughnessy dan Zechmeister, 1994). Penelitian quasi-eksperimen, partisipan dalam penelitian tidak ditentukan dengan cara *non-random* (Hayes, 1994). Pemilihan subjek penelitian dilakukan dengan cara *matching*. *Matching* adalah upaya untuk memilih partisipan pada kelompok kontrol dengan kelompok eksperimen berdasarkan rata-rata partisipan sebagai contoh: gender, hasil pretest, agama, dan lain-lain (Breakwell, dkk 2006). Adapun langkah-langkah yang dilakukan sebagai berikut; setiap subjek yang telah sesuai dengan karakteristik kemudian dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Penentuan penempatan subjek dalam kelompok berdasarkan kategorisasi tingkat kesepian, sehingga kesepian pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol relatif seimbang.

Penelitian eksperimen dilakukan untuk meneliti kemungkinan adanya hubungan sebab akibat di antara variabel-variabel dengan cara menghadapkan kelompok eksperimental pada beberapa macam kondisi perlakuan dan membandingkan akibat atau hasilnya dengan satu atau lebih kelompok kontrol yang tidak dikenai perlakuan (Azwar, 2000). Penelitian ini melakukan pengukuran sebelum

dan sesudah perlakuan terapi. Rancangan penelitian ini bertujuan untuk menurunkan kesepian pada lansia penderita hipertensi.

Table 1. Desain Penelitian

Kelompok	<i>Pre test</i>	Perlakuan	<i>Post test</i>	<i>Follow up</i>
KE	Y1	X	Y2	Y3
KK	Y1	~X	Y2	Y3

Keterangan:

- Y1 : Pengukuran *pre-test*
- Y2 : Pengukuran *post-test*
- Y3 : Pengukuran lanjutan (*follow-up*)
- X : Perlakuan (terapi kelompok)
- ~X : Tidak diberikan perlakuan (kelompok kontrol)
- KE : Kelompok Eksperimen
- KK : Kelompok Kontrol

Rancangan penelitian yang digunakan adalah *non-equivalent control group design* (Shaughnessy dan Zechmeister, 1994). *Pretest* dilakukan sebelum terapi untuk melihat kondisi awal peserta diukur tingkat kesepian menggunakan skala kesepian menggunakan aspek-aspek kesepian dari Wrightsman (1993). *Posttest* dilakukan setelah terapi berakhir, masih menggunakan skala yang sama sebagai evaluasi hasil terapi. Kurang lebih 4 minggu setelah semua sesi terapi berakhir, dilakukan pengukuran dengan skala kesepian sebagai *follow up* untuk melihat efektivitas terapi lebih lanjut. Pada kelompok kontrol akan dilakukan *waiting list*, yaitu setelah proses terapi dan pengukuran hasil penelitian selesai, kemudian kelompok kontrol akan diberikan perlakuan serupa sesuai dengan modul yang telah disusun.

B. Identifikasi Variabel Penelitian

1. Variabel Tergantung : a. Kesepian
b. Tekanan Darah
2. Variabel Bebas : Terapi Kelompok

C. Definisi Operasional

1. Kesepian adalah suatu pengalaman yang tidak menyenangkan muncul bila hubungan sosial seorang mengalami kekurangan dalam berbagai aspek, baik secara kualitas maupun kuantitas. Tinggi rendahnya kesepian diukur dengan skala kesepian yang disusun oleh peneliti berdasarkan teori Wrightsman (1993) dengan aspek-aspek yaitu, (1) *Desperation* merupakan perasaan berputus asa, kehilangan harapan dan perasaan yang sangat menyedihkan sehingga mampu melakukan sesuatu yang beresiko tanpa berfikir panjang, (2) *Impatient Boredom* yaitu rasa bosan yang tidak tertahankan, jenuh, dan tidak bisa menunggu lama, dan tidak bersabar, (3) *Self-deprecation* yaitu suatu perasaan ketika seseorang tidak mampu menyelesaikan masalahnya, kemudian mulai menyalahkan dan mengutuk diri sendiri, (4) *Depression* yaitu kondisi dimana tahapan emosi seseorang ditandai dengan kesedihan yang sangat mendalam, perasaan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan kesulitan untuk tidur. Semakin tinggi skor yang didapatkan oleh partisipan maka semakin tinggi pula tingkat kesepian yang dialaminya.
2. Tekanan darah diukur dengan menggunakan alat *sphygmomanometer*. Pengukuran akan dilakukan oleh tenaga profesional (perawat puskesmas).

3. Terapi kelompok adalah sebuah tritmen yang dilakukan dengan cara menyertakan beberapa orang dalam sebuah kelompok kecil yang didampingi oleh satu terapis atau lebih yang terlatih dalam terapi kelompok. Dalam terapi kelompok yang akan dilaksanakan ini menggunakan pendekatan interaksi, dimana terapis mengangkat sebuah tema dan kemudian kelompok mendiskusikan tema tersebut lebih luas. Tema-tema yang diangkat berdasarkan aspek-aspek kebermaknaan oleh Craumbagh (Bastaman, 2007): (1) Pemahaman diri (*self evaluation*), (2) Bertindak positif (*acting as if*), (3) Membangun hubungan personal (*Establishing an ecouter personal*), (4) Membangun hubungan spiritual (*Establishing an ecouter spiritual*), (5) Mencari nilai-nilai bermakna (*Searching for meaningful values*). Pemberian terapi dilakukan sebanyak 7 sesi dalam 4 kali pertemuan, setiap pertemuan akan dilaksanakan selama 90-120 menit.

D. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah lansia penderita hipertensi di Puskesmas Depok II Sleman - D.I Yogyakarta. Adapun kriteria subjek adalah:

- a. Usia di atas 60 tahun
- b. Kesenjangan tergolong dalam kategori sedang atau tinggi
- c. Penderita hipertensi (tekanan darah sistolik lebih dari 140)
- d. Menggunakan penggunaan obat medis untuk menangani hipertensi
- e. Tidak berkerja atau pensiun yaitu, sudah tidak dalam ikatan tugas (Kamus Besar Bahasa Indonesia online).

E. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh melalui kuesioner yang berbentuk skala. Skala yang digunakan dalam mengukur kesepian adalah skala kesepian yang disusun oleh peneliti berdasarkan teori Wrightsman (1993) dengan aspek-aspek, yaitu: (1) *Desperation* (putus asa), (2) *Impatient Boredom* (tidak sabar dan bosan), (3) *Self-deprecation* (mengutuk diri sendiri), (4) *Depression* (depresi). Tekanan darah pada subjek penelitian diukur dengan menggunakan alat *sphygmomanometer*. Pengukuran tekanan darah ini akan dilakukan oleh tenaga profesional yang sudah berpengalaman dalam pengukuran tekanan darah.

Table 2. Blue print Skala Kesepian

Aspek	Indikator	Favorable	Unfavorable	Jumlah
<i>Desperation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan berputus asa • Kehilangan harapan • Perasaan sedih yang mendalam 	1, 5, 14	10, 20, 21	6
<i>Impatient Boredom</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mudah bosan atau jenuh • Mudah marah 	2, 3, 9	12, 13, 22	6
<i>Self-deprecation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan bersalah • Mengutuk diri sendiri 	6, 11, 19	15, 16, 23	6
<i>Depression</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Menarik diri dari orang lain • Sulit tidur 	4, 8, 17	7, 18, 24	6
Jumlah		12	12	24

F. Prosedur Pemberian Perlakuan

Berikut adalah prosedur pemberian pelatihan:

1. Sebelum dimulai terapi partisipan dikumpulkan dalam kelompok yang membahas tentang pelatihan yang akan dilakukan, prosedur dan hak-hak subjek. Tujuannya adalah agar saling mengenal dan membuat kesepakatan tentang jadwal dan pelaksanaan pelatihan.
2. *Screening* secara psikologis dengan pengukuran kesepian dengan skala kesepian dan pengukuran tekanan darah.
3. Setelah *screening* hal-hal lain terkait dengan kriteria partisipan yang diinginkan selanjutnya partisipan diminta untuk mengisi *informed consent* atau surat kesediaan menjadi partisipan dalam penelitian ini.
4. Skor kesepian dan hasil pengukuran tekanan darah pada saat *screening* juga digunakan sebagai skor *pretest*.
5. Selanjutnya diberikan terapi kepada partisipan secara berkelompok. Terapi ini terdapat 7 sesi yang akan dilakukan selama 4 kali pertemuan dengan masing-masing pertemuan berlangsung selama 90-120 menit.
6. Pengukuran tingkat kesepian dan pengukuran tekanan darah dilakukan lagi setelah tritmen selesai.
7. Setelah proses terapi selesai kemudian dilakukan *follow up* yaitu pengukuran tekanan darah dan tingkat sebagai evaluasi terapi, kurang lebih empat minggu setelah proses terapi.

8. *Waiting list* pada kelompok kontrol dilakukan setelah proses *follow up* selesai dilakukan. Pemberian perlakuan ada kelompok kontrol hampir sama dengan modul yang diberikan pada kelompok eksperimen, namun perlakuan ini diberikan secara individual.



Table 3. Rencana Jadwal Terapi Kelompok Eksistensial

Pertemuan/Sesi	Kegiatan	Waktu	Tujuan
Pertemuan I Sesi I	<i>Rapport</i>	15 menit	Untuk memotivasi dan memunculkan kepercayaan anggota kelompok dan terapis.
	Menjelaskan prosedur terapi	10 menit	Gambaran tentang proses terapi dan menjelaskan hak dan kewajiban anggota kelompok terapi.
	Penyanyangan film ” <i>Kunio Katô - La Maison en Petits Cubes</i> ”	15 menit	Memunculkan pemahaman kesepian adalah sesuatu yang bisa jadi dirasakan oleh para lansia.
	Sharing (film ” <i>Kunio Katô - La Maison en Petits Cubes</i> ”)	40 menit	Refleksi akan perasaan kesepian yang dialami dan menyadari bahwa kesepian yang dialami tidak dialami oleh seorang diri.
	Penutup (refleksi dan memotivasi)	10 menit	Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusi pada sesi ini dan memotivasi setiap anggota dengan apa yang mereka hadapi serta dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.
Pertemuan II Sesi II	Pengantar	10 menit	Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
	Aku dan Keluargaku	60 menit	Katarsis bagi setiap anggota kelompok berkenaan dengan hubungan dalam keluarga. Anggota kelompok dapat berbagi pengalaman dengan anggota lain dan terapis.
	Penutup (refleksi dan memotivasi)	10 menit	Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusi pada sesi ini dan memotivasi setiap anggota dengan apa yang mereka hadapi serta dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.

Pertemuan III Sesi III	Pengantar	10 menit	Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
	Persahabatan dan Hubungan sosial	60 menit	Katarsis bagi setiap anggota kelompok berkenaan dengan persahabatan hubungan sosial.
	Penutup (refleksi dan memotivasi)	10 menit	Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusi pada sesi ini dan memotivasi setiap anggota dengan apa yang mereka hadapi serta dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.
Pertemuan IV Sesi IV	Pengantar		Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
	Hari-hari dan kegiatanku		Setiap anggota terapi dapat berbagi kegiatan bermanfaat apa yang dapat dilakukan untuk mengisi waktu.
	Penutup (refleksi dan memotivasi)		Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusi pada sesi ini dan memotivasi setiap anggota dengan apa yang mereka hadapi serta dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.
Pertemuan V Sesi V	Pengantar	10 menit	Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
	Tantanganku	60 menit	Katarsis bagi setiap anggota kelompok berkenaan dengan situasi sulit atau masa-masa sulit yang dihadapi dan bagaimana penyelesaiannya. Anggota kelompok dapat berbagi pengalaman dengan anggota lain dan terapis.

	Penutup (refleksi dan memotivasi)	10 menit	Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusi pada sesi ini dan memotivasi setiap anggota dengan apa yang mereka hadapi serta dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.
Pertemuan VI Sesi VI	Pengantar	10 menit	Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
	Keberagamaanku	60 menit	Setiap anggota kelompok dapat berbagi berkenaan dengan kegiatan keagamaan. Anggota kelompok dapat berbagi pengalaman dengan anggota lain dan terapis.
	Penutup (refleksi dan memotivasi)	10 menit	Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusikan dan memotivasi setiap anggota agar dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.
Pertemuan VII Sesi VII	Pengantar	10 menit	Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
	Harapanku	60 menit	Setiap anggota dapat menyampaikan harapan-harapan yang ingin dicapai serta apa usaha yang akan dilakukan untuk itu.
	Penutup (evaluasi, refleksi dan memotivasi)	20 menit	Memotivasi dan merefleksikan kembali apa yang telah didapat selama proses terapi berlangsung. Setiap anggota dapat menceritakan apa yang didapat setelah mengikuti proses terapi kelompok ini.

Table 4. Aspek-aspek Dalam Kegiatan Terapi Kelompok

Aspek Pengembangan	Kegiatan
Pemahaman diri (<i>Self evaluation</i>)	Sharing (film ” <i>Kunio Katô - La Maison en Petits Cubes</i> ”)
Bertindak positif (<i>Acting as if</i>)	Hari-hari dan kegiatanku
Membangun hubungan personal dan spiritual (<i>Establishing an ecouter personal & spiritual</i>)	Aku dan Keluargaku Persahabatan dan Hubungan sosial Keberagamaanku
Mencari nilai-nilai bermakna (<i>Searching for meaningful values</i>)	Harapanku Tantanganku

G. Metode Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis kuantitatif dan kualitatif. Analisis data kuantitatif yang digunakan adalah *Anova Univariate* yaitu menguji ada tidaknya perbedaan kesepian dan tingkat tekanan darah antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Semua analisis data menggunakan paket *Statistical Product and Service Solution (SPSS) for Windows versi 17.0*.

Analisis secara kualitatif dilakukan secara individual dan bertujuan untuk menjelaskan apa saja yang dirasakan pada masing-masing individu dalam proses terapi kelompok. Proses analisis data secara kualitatif dilakukan dengan analisa deskriptif dengan mengolah data yang diperoleh dari observasi dan tulisan subjek dalam kelompok eksperimen selama mengikuti terapi kelompok.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Orientasi Kancan dan Persiapan

1. Orientasi Kancan Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Depok II yang berada di daerah condong catur, Depok, Sleman - D.I. Yogyakarta. Sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat Puskesmas Depok II memiliki visi untuk menjadikan Puskesmas sebagai Mitra Sehat Masyarakat yang Berkharisma dan Bertanggung jawab.

Berdasarkan data yang diperoleh di Poli Psikologi Puskesmas Depok II, diketahui bahwa jumlah pasien pada penderita hipertensi tahun 2008 sebanyak 53 orang dan 47 orang di antaranya merupakan orang-orang lansia. Pada tahun 2009 terjadi peningkatan lebih dari seratus persen dari 120 orang pasien yang dirujuk oleh maupun atas permintaan sendiri adalah penderita hipertensi dan lebih dari 80 persen penderita hipertensi tersebut adalah orang-orang lansia. Pada bulan Januari 2010 juga didapatkan data bahwa dari 129 orang pasien yang mendapatkan pelayanan di poli psikologi 45 orang di antaranya adalah penderita hipertensi dan dari jumlah penderita tersebut 39 orang merupakan lansia (data puskesmas depok 2 Sleman).

2. Persiapan Penelitian

Peneliti mengawali penelitian dengan melakukan persiapan-persiapan berkaitan dengan administrasi penelitian, yaitu persoalan perijinan penelitian. Prosedur awal yaitu dengan mendapatkan surat pengantar ijin penelitian dari pihak

Program Magister Psikologi Universitas Islam Indonesia pada tanggal 4 Maret 2011, kemudian surat tersebut diserahkan kepada Biro Administrasi Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Sleman. BAPPEDA kemudian memberikan beberapa surat yang ditujukan kepada instansi-instansi yang terkait dengan penelitian, antara lain Puskesmas Depok II dan Puskesmas Gamping I.

3. Hasil Uji Coba Alat Ukur

Uji coba (*try out*) alat ukur dilakukan untuk memilih aitem-aitem sah dari skala Kesepian. Berdasarkan data yang diperoleh melalui tahap uji coba alat ukur, dilakukanlah uji reliabilitas dan seleksi aitem yang digunakan dalam pengambilan data penelitian. Perhitungan untuk uji reliabilitas dan seleksi aitem pada skala Kesepian tersebut dilakukan dengan bantuan program komputer *SPSS 17 for Windows*. Seleksi aitem menggunakan parameter indeks gaya beda aitem yang diperoleh melalui korelasi antara skor masing-masing aitem dengan skor total, sehingga dapat ditentukan aitem-aitem sah untuk dimasukkan sebagai bagian dari angket penelitian. Seleksi aitem-aitem dari skala penelitian menggunakan batas kritis 0,30, sehingga yang memiliki daya beda sama atau lebih besar dari batas kritis dapat digunakan dalam skala penelitian. Aitem-aitem yang memiliki daya beda di bawah batas kritis, maka aitem-aitem tersebut digugurkan atau tidak digunakan.

Hasil analisis aitem skala Kesepian menunjukkan bahwa dari 24 aitem yang diujicobakan, terdapat 1 aitem yang gugur, yaitu aitem dengan nomor 5. Aitem yang dianggap valid sebanyak 23, dengan koefisien korelasi bergerak antara 0,339 - 0,792

dan koefisien reliabilitas *alpha* sebesar 0,927. Deskripsi data penelitian dari aitem sah lengkapnya dapat dilihat pada tabel VI.

Tabel 5. Distribusi aitem angket Kesepian setelah uji coba

Aspek	Indikator	Favorable	Unfavorable	Jumlah
<i>Desperation</i>	• Perasaan berputus asa	1 14(13)	10(9) 20(19)	5
	• Kehilangan harapan		21(20)	
	• Perasaan sedih yang mendalam			
<i>Impatient Boredom</i>	• Mudah bosan atau jenuh	2 3	12(11) 13(12)	6
	• Mudah marah	9(8)	22(21)	
	• Perasaan bersalah	6(5)	15(14)	
<i>Self-deprecation</i>	• Mengutuk diri sendiri	11(10) 19(18)	16(15) 23(22)	6
	• Menarik diri dari orang lain	4 8(9)	7(6) 18(17)	
	• Sulit tidur	17(16)	24(23)	
Jumlah		11	12	23

Keterangan: () = Penomoran baru

4. Persiapan Modul

Persiapan untuk menyusun modul intervensi diawali dengan melakukan studi pustaka dengan merangkum teori-teori yang digunakan untuk mengatasi masalah penelitian. Persiapan selanjutnya adalah menyusun modul berdasarkan aspek-aspek terapi kelompok dengan pendekatan eksistensial. Modul selanjutnya dikonsultasikan kepada dosen pembimbing dan praktisi (terapis penelitian) untuk memantapkan dan menyempurnakan konsep serta landasan berpikir penelitian.

Modul intervensi yang telah disusun tersebut kemudian diujikan pada tiga partisipan. Hasil uji coba modul tersebut dijadikan evaluasi untuk menyempurnakan

modul intervensi yang akan diberikan pada penelitian ini. Adapun perubahan modul intervensi dapat dilihat pada tabel berikut:

Table 6. Jadwal Terapi Kelompok Eksistensial

Pertemuan/Sesi	Kegiatan	Waktu	Tujuan
Pertemuan I (4 Juli 2011)	• <i>Rapport</i>	10 menit	Untuk memotivasi dan memunculkan kepercayaan anggota kelompok dan terapis.
	• Menjelaskan prosedur terapi	5 menit	Gambaran tentang proses terapi dan menjelaskan hak dan kewajiban anggota kelompok terapi.
	• Penayangan film ” <i>Kunio Katô - La Maison en Petits Cubes</i> ”	15 menit	Memunculkan pemahaman kesepian adalah sesuatu yang bisa jadi dirasakan oleh para lansia.
	• Sharing (film ” <i>Kunio Katô - La Maison en Petits Cubes</i> ”)	30 menit	Refleksi akan perasaan kesepian yang dialami dan menyadari bahwa kesepian yang dialami tidak dialami oleh seorang diri.
	• Aku dan Keluargaku	50 menit	Katarsis bagi setiap anggota kelompok berkenaan dengan hubungan dalam keluarga. Anggota kelompok dapat berbagi pengalaman dengan anggota lain dan terapis.
• Sesi II	• Penutup (refleksi dan memotivasi)	10 menit	Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusi pada sesi ini dan memotivasi setiap anggota dengan apa yang mereka hadapi serta dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.
Pertemuan II (6 Juli 2011)	• Pengantar	10 menit	Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
• Sesi III			

• Sesi IV	• Persahabatan dan Hubungan sosial	50 menit	Katarsis bagi setiap anggota kelompok berkenaan dengan persahabatan hubungan sosial.
	• Hari-hari dan kegiatanku	50 menit	Setiap anggota terapi dapat berbagi kegiatan bermanfaat apa yang dapat dilakukan untuk mengisi waktu.
	• Penutup (refleksi dan memotivasi)	10 menit	Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusi pada sesi ini dan memotivasi setiap anggota dengan apa yang mereka hadapi serta dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.
Pertemuan III (7 Juli 2011)	• Pengantar	10 menit	Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
• Sesi VI	• Tantanganku	60 menit	Katarsis bagi setiap anggota kelompok berkenaan dengan situasi sulit atau masa-masa sulit yang dihadapi dan bagaimana penyelesaiannya. Anggota kelompok dapat berbagi pengalaman dengan anggota lain dan terapis.
	• Keberagamaanku	60 menit	setiap anggota kelompok dapat berbagi berkenaan dengan kegiatan keagamaan. Anggota kelompok dapat berbagi pengalaman dengan anggota lain dan terapis.
	• Penutup (refleksi dan memotivasi)	10 menit	Merefleksikan kembali apa yang telah di diskusikan dan memotivasi setiap anggota agar dapat mengikuti proses terapi selanjutnya.

Pertemuan IV (8 Juli 2011) • Sesi VII	• Pengantar	10 menit	Mengulang secara singkat apa yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya dan pengantar untuk sesi selanjutnya.
	• Harapanku	40 menit	Setiap anggota dapat menyampaikan harapan-harapan yang ingin dicapai serta apa usaha yang akan dilakukan untuk itu.
	• Penutup (evaluasi, refleksi dan memotivasi)	50 menit	Memotivasi dan merefleksikan kembali apa yang telah didapat selama proses terapi berlangsung. Setiap anggota dapat menceritakan apa yang didapat setelah mengikuti proses terapi kelompok ini.

B. Laporan Pelaksanaan Penelitian

1. Pelaksanaan *Pre-test*

Pre-test dilaksanakan pada hari senin, tanggal 15 - 30 Juni 2011. Jumlah skala yang disebar sebanyak 40 lembar. Skala yang telah disebar kemudian dilakukan kategorisasi, yaitu rendah sekali, rendah, sedang, tinggi, dan tinggi sekali. Selain *pre-test* untuk kategori tingkat kesepian, *pre-test* untuk mengukur tekanan darah pada partisipan juga dilakukan. *Pre-test* untuk mengukur tekanan darah dilakukan tepat sebelum sebelum terapi kelompok dimulai dan pengukuran tekanan darah ini dilakukan oleh salah seorang perawat dari puskesmas Depok II.

Tabel 7. Distribusi Skor Tingkat Kesenian Berdasarkan Rerata Empirik

Deviasi Standar	Rentang Skor	Kategori	Jumlah
$X \leq \mu - 1,8 \sigma$	$X \leq 32$	Sangat Rendah	0
$\mu - 1,8 \sigma < X \leq \mu - 0,6 \sigma$	$32 < X \leq 51$	Rendah	12
$\mu - 0,6 \sigma < X \leq \mu + 0,6 \sigma$	$51 < X \leq 71$	Sedang	17
$\mu + 0,6 \sigma < X \leq \mu + 1,8 \sigma$	$71 < X \leq 90$	Tinggi	9
$X > \mu + 1,8 \sigma$	$X > 90$	Sangat Tinggi	2

Keterangan :

μ = mean

σ = standar deviasi

X = skor subjek

Hasil kategorisasi menunjukkan, dari 40 orang yang berpartisipasi ditemukan 2 orang dalam kategorisasi sangat tinggi, 9 orang dalam kategori tinggi, 17 orang dalam kategorisasi sedang, 12 orang dalam kategorisasi rendah, dan pada kategorisasi sangat rendah tidak ada.

Subjek yang berada dalam kategorisasi sedang, tinggi, dan sangat tinggi berdasarkan pengukuran skala kesenian adalah yang akan dijadikan subjek dalam penelitian ini. Berdasarkan kategorisasi tersebut selanjutnya dilakukan seleksi subjek sesuai dengan karakteristik yang telah ditentukan sebelumnya dan kemudian meminta kesediaan menjadi subjek dalam penelitian ini. Subjek yang sesuai dengan karakteristik dan bersedia mengikuti proses penelitian berjumlah 10 orang dan kemudian 10 orang ini dibagi menjadi 2 kelompok yaitu, 5 orang untuk kelompok kontrol dan 5 orang untuk kelompok eksperimen.

2. Pelaksanaan Intervensi

Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini berupa terapi kelompok dengan pendekatan eksistensial. Intervensi pada kelompok eksperimen dilakukan di Aula puskesmas Depok II pada tanggal 4, 6, 7, dan 8 Juli 2011. Terapis dalam terapi kelompok ini adalah seorang psikolog yang telah lebih dari 5 tahun berpengalaman dalam pelayan psikologis di pusat kesehatan masyarakat.

Adapun penjelasan tentang proses pelaksanaan terapi sebagai berikut:

Pertemuan I (4 Senin, Juli 2011)

Pada pertemuan pertama ini 30 menit sebelum terapi kelompok dimulai peneliti, terapis, dan observer sudah berada di tempat pelaksanaan terapi. Semua partisipan yang jumlahnya lima orang hadir pada tempat pelaksanaan sesuai dengan tepat waktu, sehingga pelaksanaan terapi kelompok pada pukul 13.00 WIB sudah dapat dimulai. Dalam pertemuan pertama ini terdiri dari dua Sesi:

1. Sesi Pertama (Pemahaman Diri)

Pada sesi ini diawali dengan membangun *rapport*, masing-masing partisipan, terapis, observer, dan peneliti memperkenalkan diri. Setelah saling berkenalan kemudian sebagai terapis langsung mengambil secara penuh aktifitas kelompok. Terapis kembali mengingatkan kepada setiap partisipan tentang aturan-aturan dalam pelaksanaan proses terapi kelompok.

Sesi pemahaman diri ini menggunakan alat bantu berupa penanyangan film ”*Kunio Katô - La Maison en Petits Cubes*”. Saat penanyangan film semua partisipan menonton dengan tenang sampai selesainya dengan durasi film kurang lebih 15

menit. Setelah penanyangan film terapis mulai memberikan kesempatan kepada setiap partisipan untuk menyampaikan apa yang dirasakan dan dipikirkan setelah menyaksikan film tersebut. Setelah setiap partisipan menyampaikan apa yang mereka rasakan, terapis sedikit merefleksikan kembali apa yang telah disampaikan, pada bagian ini berjalan kurang lebih 30 menit. Kemudian masuk pada sesi kedua yang masih berhubungan erat dengan sesi pertama.

2. Sesi Kedua (Hubungan Personal) Aku dan Keluargaku

Terapis mengantarkan sesi ini dengan apa yang telah dilakukan pada sesi pertama dan kemudian setiap partisipan diminta untuk menceritakan bagaimana hubungan partisipan dengan keluarganya. Proses kelompok pada sesi ini berjalan kurang lebih 50 menit dan setiap partisipan dapat mengikuti proses kelompok ini dengan aktif.

Setelah setiap partisipan menyampaikan apa yang mereka rasakan sebagai penutup terapis merefleksikan lagi poin-poin penting yang didapat selama proses kelompok pada pertemuan pertama ini. Kemudian terapis memotivasi partisipan berkaitan dengan permasalahan hubungan keluarga yang sedang dihadapi serta memotivasi untuk tetap bisa hadir pada pertemuan berikutnya.

Pertemuan II (Rabu, 6 Juli 2011)

Pertemuan II ini seharusnya dilaksanakan pada hari Selasa, tanggal 5 Juli 2011, namun dikarenakan ruangan yang akan dipergunakan untuk terapi kelompok digunakan oleh pihak Puskesmas Depok II, maka berdasarkan kesepakatan partisipan dan terapis pertemuan II ini diundur menjadi hari rabu, tanggal 6 Juli 2011.

Terapi pada pertemuan II ini dapat berjalan sesuai jadwal yang telah disepakati yaitu pukul 13.00 WIB. Pertemuan ini dimulai dengan pengantar yang berkenaan dengan apa yang telah dilakukan dan didiskusikan pada pertemuan pertama sekitar 10 menit.

1. Sesi Ketiga (Hubungan Personal) Sosial dan Persahabatan

Terapis mengantarkan sesi ini dengan apa yang telah dilakukan pada pertemuan pertama dan sedikit memberikan pengantar tentang apa yang akan dibicarakan pada sesi selanjutnya. Setelah memberikan pengantar berkenaan tentang hubungan sosial dan persahabatan kemudian terapis mempersilahkan kepada setiap partisipan untuk menyampaikan apa yang mereka rasakan dan mereka pikirkan. Proses kelompok pada sesi ini berjalan kurang lebih 50 menit dan setiap partisipan dapat mengikuti proses kelompok ini dengan aktif. Kemudian masuk pada sesi selanjutnya.

2. Sesi Keempat (Bertindak positif) Hari-hari dan Kegiatanku

Sebelum masuk pada sesi selanjutnya terapis sedikit merefleksikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada sesi sebelumnya kemudian menyambungkan pada sesi yang akan dilakukan selanjutnya.

Pada sesi ini setiap partisipan dipersilakan oleh terapis untuk bercerita tentang kegiatan dan hal-hal yang biasa dilakukan untuk mengisi waktu setiap harinya. Setelah masing-masing partisipan bercerita tentang kegiatan yang dilakukan sehari-hari, terapis merefleksikan kembali poin-poin penting yang didapat selama proses kelompok pada pertemuan kedua ini. Kemudian terapis memotivasi dan menjelaskan

sedikit berkaitan dengan permasalahan hubungan persahabatan dan sosial serta hubungannya dengan kegiatan sehari-hari. Selain itu terapis memotivasi kembali tetap bisa hadir pada pertemuan berikutnya.

Pertemuan Ketiga (Kamis, 7 Juli 2011)

Sebagai pengantar pada sesi ini terapis menceritakan kembali apa yang telah didiskusikan pada pertemuan sebelumnya. Selain itu terapis mencoba memberikan pengantar berkenaan dengan apa yang akan didiskusikan pada sesi kelima ini.

1. Sesi Kelima (Mencari Nilai-nilai Bermakna) Tantanganku

Terapis memberikan kesempatan kepada setiap partisipan untuk menceritakan pengalaman-pengalaman yang pernah dialami dan hal itu menjadi tantangan yang pernah dialami sebelumnya.

Setelah masing-masing partisipan menceritakan pengalaman dan saling berbagi di dalam kelompok, kembali terapis merefleksikan dan menyampaikan poin-poin penting yang bisa diambil dan dijadikan pelajaran bagi setiap partisipan dalam kelompok. Kemudian masuk pada sesi selanjutnya.

2. Sesi Keenam (Hubungan Spiritual) Keberagamaanku

Sebagai pengantar sesi ini terapis mencoba mengkaitkan aspek spiritual ini dengan apa-apa yang telah dibicarakan pada sesi sebelumnya. Kemudian setiap partisipan diminta untuk menceritakan bagaimana kehidupan keberagamaan masing-masing peserta.

Setelah masing-masing partisipan bercerita tentang kehidupan keberagamaan mereka, terapis kemudian kembali merefleksikan apa yang telah masing-masing

partisipan sampaikan dan mengambil poin-poin penting dari apa yang telah dibicarakan dan didiskusikan pada pertemuan hari ini.

Pertemuan Keempat (Jum'at, 8 Juli 2011)

Pada pertemuan terakhir ini yaitu pertemuan keempat ini jadwal terapi kelompok sedikit dimundurkan dikarenakan partisipan laki-laki harus melakukan ibadah sholat jum'at. Terapi kelompok bisa dilaksanakan pada pukul 13.45 WIB.

1. Sesi Ketujuh (Mencari Nilai-nilai Bermakna) Harapanku

Pada sesi terakhir ini terapis merefleksikan kembali secara singkat semua sesi yang telah dilewati dan kemudian dihubungkan pada tema sesi ini. Pada sesi ini terapis meminta setiap partisipan menuliskan harapan-harapan yang masih ingin dicapai dalam hidup ini.

Setiap peserta diberikan waktu 20 menit untuk menuliskan harapan-harapan pada selembar kertas dan kemudian disampaikan ke dalam kelompok beserta usaha-usaha apa yang akan dilakukan untuk mencapai harapan-harapan tersebut.

Setelah setiap partisipan menyampaikan harapan-harapan serta usaha-usaha yang akan dilakukan untuk mencapainya. Terapis kemudian merangkum dan merefleksikan kembali secara keseluruhan dari proses terapi yang telah dilaksanakan serta tetap memotivasi partisipan agar apa-apa yang dapat dijadikan pelajaran pada pertemuan ini agar dapat dijalankan pada kehidupan sehari-hari.

2. Evaluasi dan Penutup

Pada tahap ini setiap peserta diminta untuk mengisi lembar evaluasi yang telah disiapkan oleh peneliti selain itu setelah setiap partisipan selesai mengisi lembar

evaluasi partisipan diminta kesediaannya untuk menyampaikan kesan dan pesannya setelah mengikuti rangkaian terapi kelompok ini. Selain partisipan, terapis juga diminta kesediaannya untuk mengisi lembar evaluasi yang telah disediakan. Setelah rangkaian evaluasi dan kesan serta pesan yang disampaikan oleh peserta kemudian terapi kelompok ini ditutup pada pukul 16.00 WIB.

3. Pelaksanaan *Post-test*

Post-test untuk tekanan darah setiap partisipan dilakukan tepat setelah penutupan terapi kelompok, sedangkan untuk *post-test* untuk tingkat kesepian dilakukan sehari setelah terapi kelompok yaitu pada hari sabtu, 9-11 Juli 2011 di rumah masing-masing partisipan.

4. Pelaksanaan *Follow-up*

Follow-up dilakukan sebulan setelah terapi kelompok pendekatan eksistensial dilakukan, yaitu pada tanggal 4 - 8 Agustus 2011. Alat ukur yang digunakan untuk *follow-up* sama dengan alat ukur yang digunakan untuk *pre-test* dan *post-test*.

5. Pelaksanaan Intervensi Bagi Kelompok Kontrol

Pelaksanaan intervensi bagi kelompok kontrol dilakukan secara individu dengan menggunakan modul yang sama namun sesi pertama tidak dipergunakan dalam pemberian intervensi ini. Intervensi pada kelompok kontrol ini langsung dilakukan oleh peneliti. Sebelum memberikan intervensi peneliti meminta kesediaan terlebih dahulu dan menyepakati hari dan waktu yang akan digunakan untuk pelaksanaan intervensi.

Proses intervensi untuk kelompok kontrol dilakukan mulai tanggal 6 - 8 Agustus 2011 dan tanggal 21 - 24 September 2011, di tempat kediaman masing-masing partisipan yang ada dalam kelompok kontrol.

C. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini dibagi menjadi dua bagian yaitu hasil analisis kuantitatif dan hasil analisis kualitatif, penjelasannya sebagai berikut:

1. Hasil Analisis Kuantitatif

1. Deskripsi Subjek Penelitian

Analisis data kualitatif yang digunakan adalah *Anova Univariate* dengan menggunakan antara hasil *pretest*, *post test*, dan *follow up*. Adapun sebagai alat bantu analisis kuantitatif ini digunakan *SPSS for Windows 17*. Subjek penelitian adalah lansia yang pernah menjadi pasien di Puskesmas Depok II dengan riwayat memiliki tekanan darah tinggi. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 10 orang yang kemudian menjadi dua yaitu, 5 orang menjadi kelompok kontrol dan 5 orang lagi menjadi kelompok eksperimen. Subjek penelitian adalah orang-orang yang telah diukur tingkat kesepian dan berada pada tingkat sedang dan tinggi.

Tabel 8.
Deskripsi data subjek penelitian kelompok eksperimen

Subjek	Jenis kelamin	Usia	Pengukuran				
			Pre test	Post test	Follow up	Gained Score (post-pre)	Gained Score (follow-post)
Subjek 1	Perempuan	66 th	80	63	69	17	6
Subjek 2	Perempuan	66 th	59	44	48	15	4
Subjek 3	Perempuan	71 th	66	52	53	14	1
Subjek 4	Laki-laki	67 th	57	44	41	13	3
Subjek 5	Laki-laki	62 th	76	65	68	11	3

Tabel 9.
Deskripsi data subjek penelitian kelompok kontrol

Subjek	Jenis kelamin	Usia	Pengukuran				
			Pre test	Post test	Follow up	Gained Score (post-pre)	Gained Score (follow-post)
Subjek 1	Perempuan	62 th	64	61	67	3	6
Subjek 2	Perempuan	62 th	61	59	69	2	10
Subjek 3	Perempuan	67 th	68	70	68	2	2
Subjek 4	Perempuan	77 th	66	60	59	6	1
Subjek 5	Laki-laki	69 th	85	83	86	2	3

Subjek dalam penelitian termasuk dalam penderita hipertensi, adapun daftar tekanan darah pada setiap anggota kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ditunjukkan dalam table sebagai berikut:

Tabel 10.
Deskripsi data subjek penelitian kelompok eksperimen

Subjek	Jenis kelamin	Usia	Pengukuran Tekanan darah		
			Pretest	Posttest	Follow up
Subjek 1	Perempuan	66 th	160/100	140/85	145/85
Subjek 2	Perempuan	66 th	155/85	150/80	145/85
Subjek 3	Perempuan	71 th	140/90	142/88	140/80
Subjek 4	Laki-laki	67 th	142/80	140/80	140/80
Subjek 5	Laki-laki	62 th	150/88	155/90	150/80

Tabel 11.
Deskripsi data subjek penelitian kelompok kontrol

Subjek	Jenis kelamin	Usia	Pengukuran Tekanan darah		
			Pretest	Posttest	Follow up
Subjek 1	Perempuan	62 th	160/95	160/95	155/90
Subjek 2	Perempuan	62 th	160/95	160/90	160/90
Subjek 3	Perempuan	67 th	150/90	155/90	150/90
Subjek 4	Perempuan	77 th	142/90	140/85	140/85
Subjek 5	Laki-laki	69 th	170/100	165/90	170/100

2. Deskripsi Data Penelitian

Dalam penelitian ini, pengukuran dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu sebelum pelaksanaan terapi (*pre-test*), setelah pelaksanaan terapi (*post-test*) dan 4 minggu setelah dilaksanakan terapi (*follow-up*). Deskripsi yang didapat selama proses penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 12. Deskripsi Penelitian

Tahap	Kelompok	Minimum	Maksimum	Mean	Standar Deviation
<i>Pretest</i>	Eksperimen	57	80	67,60	10,614
	Kontrol	61	85	68,80	9,418
<i>Post-test</i>	Eksperimen	44	65	53,60	10,065
	Kontrol	59	83	66,60	10,164
<i>Follow-up</i>	Eksperimen	41	69	55,80	12,357
	Kontrol	59	88	69,80	9,884

3. Hasil Uji Prasyarat

a. Uji Normalitas

Uji Normalitas bertujuan untuk melihat normal tidaknya penyebaran data variabel penelitian. Kaidah uji normalitas yang digunakan adalah $p > 0,05$, maka sebaran data tersebut normal namun apabila $p < 0,05$ maka sebaran data tersebut tidak normal.

Uji normalitas menggunakan *One Sample Kolmogrov-Smirnov Test*. Uji normalitas yang dilakukan pada saat pretest yaitu skala kesepian. Hasil uji normalitas dari skala kesepian diperoleh nilai $K-SZ = 0,685$ dan nilai $p = 0.737$, sehingga dapat dikatakan data skala kesepian termasuk normal.

b. Uji Homogenitas

Uji homogenitas digunakan untuk menentukan apakah frekuensi atau proporsi antara kedua kelompok yang diujikan tersebut tidak berbeda secara signifikan. Kaidah uji yang digunakan, jika $p > 0.05$, maka variansnya homogen, jika $p < 0.05$ maka variansnya tidak homogen. Uji homogenitas ini dilakukan dengan bantuan aplikasi *SPSS 17 for Windows*.

Hasil uji homogenitas pada skala kesepian ini memperoleh nilai *levene statistic* = 0,267 dan nilai $p = 0,620$ berarti nilai $p > 0.05$, sehingga dapat dikatakan bahwa skala kesepian termasuk homogen.

4. Hasil Uji Hipotesis

a. Uji hipotesis kesepian

Hipotesis pertama dalam penelitian ini adalah ada pengaruh terapi kelompok untuk mengurangi kesepian pada lansia penderita hipertensi. Ada perbedaan penurunan kesepian pada kelompok yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan setelah mendapatkan terapi. Kelompok yang mendapat perlakuan, tingkat kesepian lebih rendah dari pada kelompok yang tidak mendapatkan perlakuan. Pengujian hipotesis dilakukan dengan *anova univariate* dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 13.
Hasil Uji Hipotesis (Kesepian)

Pengukuran	F	P	Keterangan
<i>Pretest-posttest</i>	45,951	0,000	Sangat Signifikan
<i>Pretest-Follow up</i>	18,959	0,003	Signifikan
<i>Posttest-Follow up</i>	0,060	0,814	Tidak signifikan

Tabel diatas menunjukkan pada tahap *pretest* dan *posttest* nilai $F = 45,951$ dan nilai $p = 0,000$ berarti nilai $p < 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa ada perbedaan yang sangat signifikan antara kesepian pada kelompok eksperimen dan kelompok. Pada tahap *pretest* dan *follow up* nilai $F = 18,959$ dan nilai $p = 0,003$ berarti nilai $p < 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kesepian pada kelompok eksperimen dan kelompok. Pada tahap *posttes* dan *follow up* nilai $F = 0,060$ dan nilai $p = 0,814$ berarti nilai $p > 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa ada tidak ada perbedaan yang signifikan antara kesepian pada kelompok eksperimen dan kelompok sehingga dapat dikatakan perubahan yang terjadi setelah proses terapi cukup menetap.

b. Uji hipotesis tekanan darah

Hipotesis kedua dalam penelitian ini adalah dengan berkurangnya kesepian pada maka tekanan darah juga menurun. Tidak ada perbedaan penurunan tekanan darah yang signifikan baik tekanan darah sistolik maupun diastolik antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pengujian hipotesis dilakukan dengan *anova univariate* dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 14.
Hasil Uji Hipotesis (Tekanan Darah Sistolik)

Pengukuran	F	P	Keterangan
<i>Pretest-posttest</i>	2,131	0,188	Tidak Signifikan
<i>Posttest-Follow up</i>	0,217	0,656	Tidak signifikan

Pada tabel diatas menunjukkan nilai $F = 2,131$ dan nilai $p = 0,188$ berarti nilai $p < 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara perubahan tekanan darah sistolik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada tahap *posttes-follow up* nilai $F = 0,217$ dan nilai $p = 0,656$ berarti nilai $p < 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara perubahan tekanan darah sistolik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 15.
Hasil Uji Hipotesis (Tekanan Darah Diastolik)

Pengukuran	F	P	Keterangan
<i>Pretest-posttest</i>	1,860	0,215	Tidak Signifikan
<i>Posttest-Follow up</i>	5.894	0,046	Tidak signifikan

Pada tabel diatas menunjukkan nilai $F = 1,860$ dan nilai $p = 0,215$ berarti nilai $p < 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa ada tidak ada perbedaan yang signifikan antara perubahan tekanan darah diastolik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada tahap *posttes-follow up* nilai $F = 5.894$ dan nilai $p = 0,046$ berarti nilai $p < 0,05$, sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara perubahan tekanan darah diastolik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

2. Hasil analisis kualitatif

Analisis kualitatif dilakukan pada kelompok eksperimen berdasarkan hasil observasi dan tulisan subjek selama mengikuti proses terapi kelompok. Tujuan analisis kualitatif adalah untuk mengetahui pengalaman dan bagaimana perilaku peserta selama mengikuti terapi kelompok. Analisis kualitatif dilakukan pada seluruh peserta dalam kelompok eksperimen, antara lain:

a. Subjek I (SR)

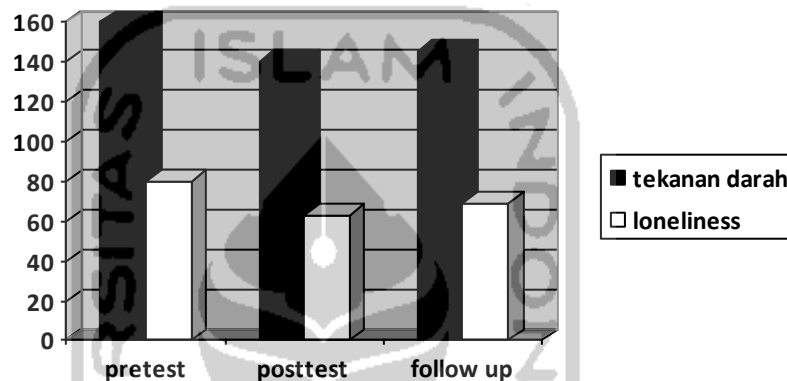
SR berusia 66 tahun. Berdasarkan hasil skala kesepian yang telah diisi sebelum mengikuti terapi kelompok diketahui bahwa SR termasuk dalam kategori kesepian tinggi dengan nilai 80 dan tekanan darah 160/100 mmHg. Berdasarkan hasil observasi selama proses terapi kelompok SR terlihat aktif, berkali-kali berpendapat dan mampu memberikan *feedback* kepada anggota-anggota lain di dalam kelompok. SR dapat dikatakan cukup terbuka dan berkomunikasi dengan baik selama proses terapi kelompok berjalan.

SR berharap terapi ini dapat dilaksanakan secara berkelanjutan, karena SR mengaku bahwa saat berada dalam kelompok ini banyak manfaat yang ia dapat antara lain, dapat lebih tenang dan percaya diri saat berkomunikasi dengan orang lain, mendapat banyak teman dan saudara, dapat menjadi tempat bercerita dan berkeluh kesah.

Setelah proses terapi kelompok (*post test*) nilai kesepian pada SR berkurang menjadi 63 (dalam kategorisasi sedang) dan tekanan darah menjadi menurun menjadi 140/85mmHg. Pada saat *Follow up* nilai kesepian sedikit naik menjadi 69 walaupun

masih dalam kategorisasi sedang, walau demikian tekanan darah SR tidak mengalami perubahan yang berarti yaitu 145/85mmHg. Berikut perubahan yang terjadi pada SR selama proses penelitian:

Gambar 2. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up (Subjek SR)



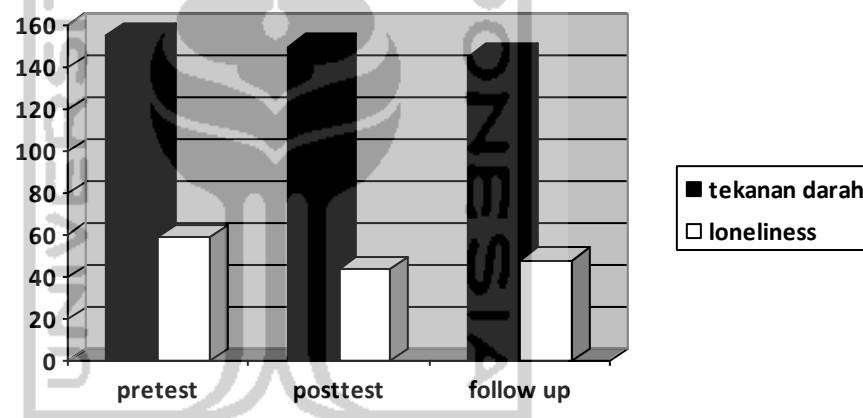
b. Subjek II (NS)

NS berusia 66 tahun. Berdasarkan hasil skala kesepian yang telah diisi sebelum mengikuti terapi kelompok NS termasuk dalam kategori kesepian sedang dengan nilai 59 dan tekanan darah 155/85 mmHg. Berdasarkan hasil observasi selama proses terapi kelompok pada pertemuan pertama NS terkesan masih menutup diri dan lebih banyak diam dan berbicara bila ditunjuk terlebih dahulu, namun pada pertemuan-pertemuan berikutnya NS terlihat lebih aktif dan memiliki inisiatif untuk berbicara dan bercerita tentang dirinya.

NS menyatakan bahwa kegiatan seperti ini dapat memberikan manfaat bagi dirinya, selain dapat berbagi informasi tentang kesehatan, kegiatan ini juga dapat menjadi tempat bercerita dan mendapat pelajaran yang berharga.

Setelah proses terapi kelompok (*post test*) nilai kesepian pada NS berkurang menjadi 44 (dalam kategorisasi rendah) dan tekanan darah menjadi menurun menjadi 150/80mmHg. Pada saat *Follow up* nilai kesepian sedikit naik menjadi 48 walaupun masih dalam kategorisasi rendah, walau demikian tekanan darah NS tidak mengalami perubahan yang berarti yaitu 145/85mmHg. Berikut perubahan yang terjadi pada NS selama proses penelitian:

Gambar 3. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up (Subjek NS)



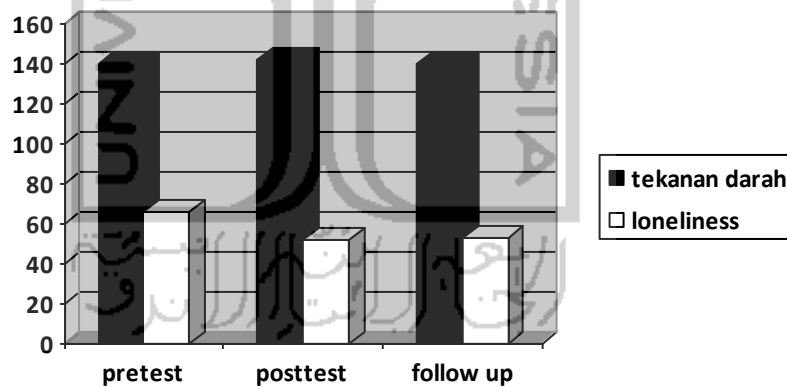
c. Subjek III (SD)

SD berusia 71 tahun. Berdasarkan hasil skala kesepian yang telah diisi sebelum mengikuti terapi kelompok SD termasuk dalam kategori kesepian sedang dengan nilai 66 dan tekanan darah 140/90 mmHg. Berdasarkan hasil observasi selama proses terapi kelompok SD mampu bercerita dan berkomunikasi dengan baik dengan sesama anggota terapi kelompok lainnya, namun SD sedikit mulai lemah dengan pendengarannya. SD terlihat antusias dalam bercerita tentang masa lalunya dan sekali-kali melenceng dari tema yang dibicarakan.

SD mengaku sangat senang berada dalam terapi kelompok ini. Selain mendapat teman-teman baru ia juga dapat bercerita dan didengar oleh orang lain. SD menyampaikan banyak pelajaran yang bisa ia dapatkan dalam pertemuan ini.

Setelah proses terapi kelompok (*post test*) nilai kesepian pada SD berkurang menjadi 52 (dalam kategorisasi rendah) namun hampir tidak mengalami perubahan pada tekanan darah yaitu menjadi 142/88mmHg. Pada saat *Follow up* nilai kesepian sedikit naik menjadi 53 walaupun masih dalam kategorisasi rendah, walau demikian tekanan darah SR tidak mengalami perubahan yang berarti yaitu 140/80mmHg. Berikut perubahan yang terjadi pada SD selama proses penelitian:

Gambar 4. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up (Subjek SD)



d. Subjek IV (SJ)

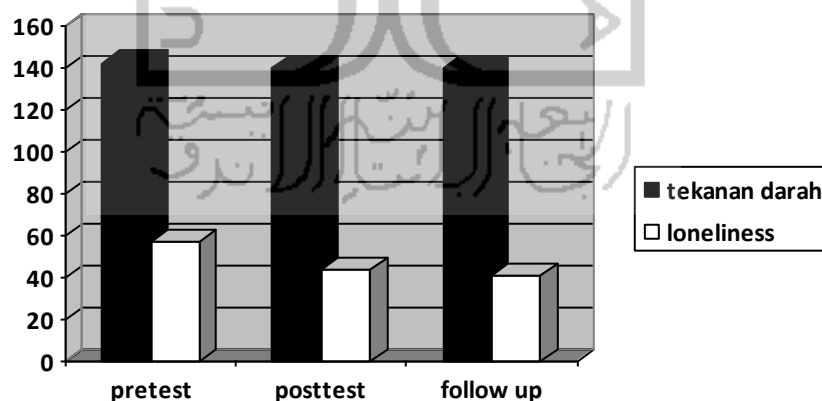
SJ berusia 67 tahun. Berdasarkan hasil skala kesepian yang telah diisi sebelum mengikuti terapi kelompok SJ termasuk dalam kategori kesepian sedang dengan nilai 57 dan tekanan darah 142/80 mmHg. Berdasarkan hasil observasi selama proses terapi kelompok SJ dapat dikatakan salah satu yang paling aktif dibanding anggota

kelompok lainnya, selalu berinisiatif untuk memulai pembicaraan dan mampu memberikan *feedback* serta komentar kepada anggota kelompok lainnya.

SJ mengaku bahwa ia sangat senang dapat mengikuti terapi kelompok ini. Selain dapat menambah teman kita juga bisa saling bercerita dan bertukar informasi baik tentang kesehatan maupun pengalaman kehidupan.

Setelah proses terapi kelompok (*post test*) nilai kesepian pada SJ berkurang menjadi 44 (dalam kategorisasi rendah) namun hampir tidak mengalami perubahan pada tekanan darah yaitu menjadi 140/80mmHg. Pada saat *Follow up* nilai kesepian sedikit turun menjadi 41 walaupun masih dalam kategorisasi rendah, walau demikian tekanan darah SJ tidak mengalami perubahan yang berarti yaitu 140/80mmHg. Berikut perubahan yang terjadi pada SJ selama proses penelitian:

Gambar 5. Skor kesepian dan tekanan darah saat pretest, posttest, dan follow up (Subjek SJ)



e. Subjek V (WY)

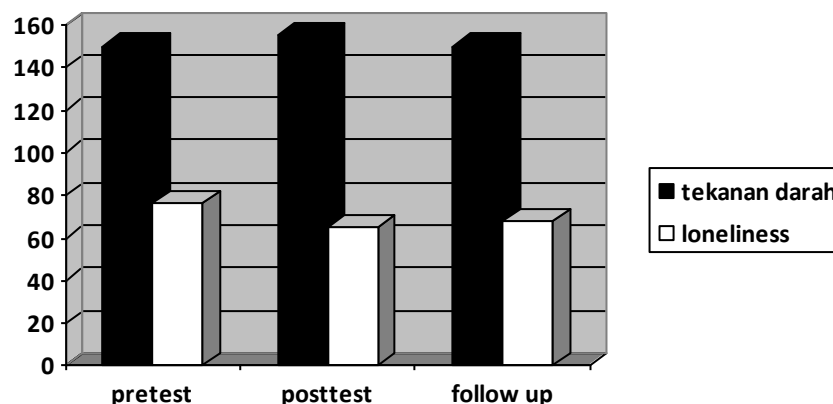
WY berusia 62 tahun. Berdasarkan hasil skala kesepian yang telah diisi sebelum mengikuti terapi kelompok WY termasuk dalam kategori kesepian sedang dengan nilai 76 dan tekanan darah 150/88 mmHg. Berdasarkan hasil observasi selama

proses terapi kelompok WY dapat berkomunikasi dan berbicara dengan baik dengan sesama anggota kelompok. WY cukup memiliki inisiatif untuk memulai bercerita selain itu WY juga aktif dan sering kali bertanya serta meminta pendapat kepada sesama anggota kelompok tentang masalah apa yang sedang ia alami.

WY mengaku sangat antusias dengan pertemuan seperti ini bisa menjadi tempat saling berbagi informasi dan menjalin silaturahmi. WY juga merasa terbantu karena banyak masukan dan pelajaran yang bisa diambil dan ia merasa didengar dan dipedulikan bila bercerita dalam kelompok ini.

Setelah proses terapi kelompok (*post test*) nilai kesepian pada WY berkurang menjadi 65 (dalam kategorisasi sedang) namun tekanan darah menjadi naik yaitu menjadi 155/90mmHg, dan sebelum pemeriksaan tekanan darah subjek berkata “*ini pasti naik, soalnya beberapa hari ini makan daging kambing terus*”. Pada saat *Follow up* nilai kesepian sedikit naik menjadi 68 walaupun masih dalam kategorisasi sedang, walau demikian tekanan darah WY mengalami perubahan yaitu 150/80mmHg. Berikut perubahan yang terjadi pada WY selama proses penelitian:

Gambar 6. Skor kesepian dan tekanan darah Saat pretest, posttest, dan follow up (Subjek WY)



D. Pembahasan

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah terapi kelompok dapat mengurangi kesepian pada lansia penderita hipertensi dan sekaligus mengetahui apakah dengan menurunnya kesepian akan berpengaruh pada tekanan darah subjek.

Berdasarkan analisis data diketahui bahwa terdapat perbedaan kesepian antara kelompok eksperimen yang mengikuti terapi kelompok dengan kelompok kontrol yang tidak mengikuti terapi kelompok. Pada kelompok eksperimen yang mengikuti terapi kelompok terjadi pengurangan kesepian daripada kelompok kontrol yang tidak mengikuti terapi kelompok.

Data kesepian pada kelompok eksperimen menunjukkan rerata *pre test* = 67,60 sedangkan pada rerata *post test* = 53,60 dan pada rerata *follow up* = 55,80. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengurangan kesepian pada kelompok eksperimen yang mengikuti proses terapi kelompok. Data pada kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan yang signifikan yaitu dengan rerata *pre test* = 68,80 sedangkan pada rerata *post test* = 66,60 dan pada rerata *follow up* = 69,80.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa terapi kelompok dengan pendekatan eksistensial efektif untuk mengurangi kesepian pada lansia penderita hipertensi. Berdasarkan hasil analisis uji beda *anova univariate* menunjukkan bahwa ada perbedaan skor kesepian sebelum dan sesudah terapi kelompok yang diikuti oleh kelompok eksperimen dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mengikuti terapi kelompok. Hal ini ditunjukkan dari nilai $F = 45,951$ dan nilai $p = 0,000$ berarti

nilai $p < 0,05$ (sangat signifikan). Pada data *posttest* dan *follow up* tidak mengalami perubahan yang signifikan dengan ditunjukkan dari nilai $F = 0,060$ dan nilai $p = 0,814$ jadi $p > 0,05$ (tidak signifikan).

Data statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan kesepian yang sangat signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen pada saat *follow up*. Dengan demikian dapat dikatakan apa yang didapatkan oleh kelompok eksperimen pada terapi kelompok masih berpengaruh terhadap kesepian hingga jangka waktu kurang lebih 1 bulan.

Terapi kelompok ini memfasilitasi setiap anggota kelompok untuk dapat saling berbagi informasi dan pengalaman. Selain itu setiap anggota kelompok memiliki kesempatan untuk menyampaikan keluhan kesah yang telah atau sedang dihadapi sebagai bentuk katarsis. Berdasarkan hasil observasi, pada awal pertemuan memang tidak semua anggota langsung dapat berkomunikasi atau bercerita dengan aktif. Pada pertemuan kedua dan seterusnya setiap anggota menjadi lebih aktif dan inisiatif untuk berbagi.

Terapi kelompok yang telah dilaksanakan mampu memberikan fungsi terapeutiknya terhadap kelompok eksperimen, yaitu sebagai faktor dukungan (*supportive factors*), faktor keterbukaan diri dan katarsis, faktor belajar kebijaksanaan atau kearifan dari anggota kelompok lainnya, serta faktor-faktor psikologis yang berkaitan dengan bagaimana menjalin hubungan dengan orang lain dan bagaimana memahami diri sendiri (Brabenden, Fallon & Smolar, 2004).

Faktor dukungan (*Supportive Factors*) adalah salah satu yang paling penting dalam terapi kelompok. Setiap anggota yang masuk dalam terapi kelompok, selalu dalam kondisi yang tidak menyenangkan dan dalam keadaan tidak nyaman tentang situasi yang mereka hadapi. Faktor-faktor dukungan berhubungan dengan memacu harapan, penerimaan, tolong-menolong, kebersamaan, dan senasib sepenanggungan. Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Cornwell dan Waite (2009) diketahui ada hubungan negatif antara faktor dukungan sosial dengan kesepian pada lansia, semakin rendah dukungan yang didapatkan maka semakin tinggi kesepian dan sebaliknya. Penelitian yang serupa juga menunjukkan bahwa kesepian berhubungan dengan kehilangan dukungan sosial (Pritchard & Yalch, 2008).

Faktor keterbukaan diri dan katarsis. Keterbukaan diri adalah bagaimana seseorang membuka dirinya sendiri dalam kelompok secara kognitif. Katarsis adalah bagaimana seseorang membuka dirinya sendiri di dalam kelompok secara afektif dan memberikan kelegaan. Berdasarkan hasil penelitian (Honeycutt, Zagacki & Edwards, 1990) bahwa ada hubungan negatif antara katarsis dan kesepian, keterbukaan diri (katarsis) dapat menurunkan kesepian pada individu.

Faktor belajar kebijaksanaan atau kearifan dari anggota kelompok lainnya. Pembelajaran ini bisa berbentuk meniru dari pengalaman anggota lain bisa menjadi seolah-olah dialami langsung. Faktor psikologis, setiap anggota secara langsung dapat menerima saran baik dari anggota maupun terapis, setiap anggota dapat belajar bagaimana berperan dalam sebuah kelompok, dan dua hal yang tak dapat dipisahkan

yaitu, belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain dan bagaimana memahami diri sendiri.

Terapi kelompok ini terbukti mampu mengurangi kesepian pada lansia penderita hipertensi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian Capuzzi dan Cross (dalam Myers, 1991) yang menunjukkan bahwa terjadinya penurunan kesepian pada lansia setelah mengikuti terapi kelompok. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa untuk penanganan kesepian jauh lebih efektif ditangani dengan kelompok (*group*) dibandingkan dengan individual (Windle, Francis & Coomber, 2011).

Berdasarkan hasil analisis data dalam penelitian ini juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap perubahan tekanan darah sistolik maupun tekanan diastolik pada subjek penelitian. Hal ini dapat disebabkan faktor-faktor eksternal yang dapat mempengaruhi tekanan darah namun tidak dapat dikontrol. Pola makan (*dietary*) dapat menjadi salah satu penyebabnya, diperkuat dengan ungkapan dari salah seorang subjek penelitian “*ini pasti naik, soalnya beberapa hari ini makan daging kambing terus*”. Berdasarkan penelitian Johnson, dkk (1995) pada 100 gram daging kambing terdapat 102,5 mmol sampai dengan 115,4 mmol kadar zat sodium dan penelitian yang dilakukan oleh Adroque dan Madias (2007) bahwa konsumsi sodium antara 50 mmol sampai 100 mmol dapat meningkatkan tekanan darah.

Penelitian ini bila ditinjau secara individual menunjukkan 4 dari 5 subjek pada kelompok eksperimen mengalami perubahan, yaitu saat kesepian berkurang tekanan

darah pada subjek ikut menurun. Hal ini juga dijelaskan oleh penelitian sebelumnya bahwa kesepian dapat mempengaruhi aktifitas kardiovaskular sehingga bisa mempengaruhi tekanan darah (Bhatia, dkk, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Tomaka, Thompson, dan Palacios (2006) kesepian secara positif menjadi salah satu penyebab gangguan kardiovaskular dan meningkatnya tekanan darah.

Pada sesi terakhir terapi kelompok ini diadakan serangkaian evaluasi yang dilakukan oleh peserta terapi kelompok dan terapis. Evaluasi ini meliputi evaluasi terhadap pelaksanaan terapi, evaluasi terapis, sarana yang mendukung jalannya terapi, kesimpulan serta kesan dan pesan peserta setelah mengikuti terapi kelompok ini. Secara umum pelaksanaan terapi kelompok ini memuaskan setiap subjek baik terhadap terapis maupun pelaksanaan terapi. Antusias subjek terlihat ketika subjek berharap kegiatan seperti ini agar tetap berkelanjutan karena dianggap dapat memberikan manfaat.

Penelitian ini tentunya masih memiliki kelemahan dan keterbatasan di dalamnya, beberapa diantaranya peneliti tidak dapat mengontrol faktor-faktor eksternal yang dapat mempengaruhi hasil penelitian seperti perbedaan status pernikahan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Lama pasien telah menderita hipertensi juga tidak dapat kontrol dalam penelitian ini, selain itu faktor medis seperti penggunaan obat-obatan pada lansia penderita hipertensi tidak dapat dikontrol dikarenakan untuk menghentikan obat-obatan medis bisa jadi akan memunculkan risiko bagi subjek.

Modul terapi kelompok sebaiknya dilakukan *try-out* langsung oleh terapis yang akan menjadi terapis pada sesi terapi agar alur dan tujuan terapi kelompok lebih dapat dipahami oleh terapis sehingga memudahkan terapis untuk menjalankannya menjalankan proses terapi. Berdasarkan pelaksanaan terapi kelompok yang telah dilaksanakan, modul terapi kelompok yang disusun dapat mempengaruhi kesepian pada lansia walaupun demikian masih dibutuhkan uji coba atau evaluasi kembali jika digunakan pada penelitian selanjutnya.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi kelompok dapat mengurangi kesepian pada lansia. Berdasarkan analisis statistik penelitian ini juga menunjukkan bahwa kesepian tidak mempengaruhi penurunan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi secara signifikan.

B. Saran

Berdasarkan pelaksanaan dan pertimbangan, peneliti menyampaikan beberapa saran, yaitu sebagai berikut:

1. Para peneliti dalam bidang sejenis
 - a. Kepada peneliti selanjutnya, diharapkan dapat memperhatikan keterbatasan generalisasi dalam penelitian ini, sehingga dapat melakukan penelitian dengan jangkauan generalisasi yang lebih luas.
 - b. Peneliti selanjutnya dapat saja melihat efektifitas terapi ini tidak hanya untuk lansia penderita hipertensi namun juga dapat dilakukan pada tahap perkembangan lainnya atau dengan penyakit-penyakit dan gangguan lain yang dapat berhubungan dengan kesepian.
 - c. Setiap subjek penelitian memiliki keunikan masing-masing begitu juga dengan para lansia. Sebagai saran, kecenderungan para lansia dalam penelitian ini senang

untuk bercerita, sehingga terkadang jauh dari topik yang dibicarakan jadi berusaha untuk tetap tertarik dengan apa yang lansia bicarakan dan mencari waktu yang tepat untuk menyela pembicaraan sehingga setiap lansia merasa nyaman dan bisa tetap antusias pada proses terapi namun tidak melenceng dari tujuan terapi. Selain itu lansia dalam penelitian ini juga menunjukkan keingintahuan tentang beberapa hal terutama kesehatan sehingga sering kali melontarkan pertanyaan, oleh karena itu sebaiknya terapis ataupun peneliti memperkaya diri dengan pengetahuan medis.

- d. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat memperhatikan penggunaan obat-obatan tradisional pada subjek penelitian dikarenakan pengaruh kebudayaan orang-orang Indonesia masih sering kali mempercayai obat-obatan tradisional.

2. Subjek Penelitian

Kepada lansia diharapkan dapat meningkatkan hubungan sosial dengan orang lain dan mengisi kegiatan sehari-hari dengan hal-hal yang positif. Hal-hal yang telah didapatkan dalam proses terapi, jika dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari maka kesepian yang dialami akan dapat berkurang sehingga dapat mempengaruhi kesehatan khususnya dalam mengontrol tekanan darah.

3. Pihak Puskesmas dan Layanan Kesehatan Lainnya

Manfaat dalam penelitian ini juga dapat menjadi masukan bagi setiap pusat layanan kesehatan agar dapat menangani pasien/klien dengan pendekatan psikologis untuk mengurangi atau mengatasi masalah fisiologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, D. 2009. *Psikologi-Psikologi Perkembangan: Lansia*. <http://www.psikomedia.com/art/pdf.php?id=2/09/03/2009>
- Akhmadi. 2009. *Permasalahan Lanjut Usia*. <http://rajawana.com/index.php?view=article&catid=32:health&id=326:permasalahan-lanjut-usia-lansia&format=pdf/05/06/20>
- Androge, H. J & Madias, N. E. (2007). Sodium and Potassium in the Pathogenesis of Hypertension. *The New England Journal of Medicine*. 356, 1966-1978
- Anonim. 2009. *Feeling Lonely Adds to Rate of Blood Pressure Increase in People 50 Years Old and Older*. <http://www.physorg.com/news188052123.html/17/03/2010>
- Anonim. 2009. *Loneliness* <http://www.docstoc.com/docs/13960853/Loneliness/10/27/2009>
- Anonim. 2009. *Loneliness Can Be Contagious*. <http://www.physorg.com/news178867501.html/01/12/2009>
- Azwar, S. 2000. *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Bastaman, H.D. 2007. *Logoterapi: Psikologi Untuk Menemukan Makna Hidup dan Meraih Hidup Bermakna*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Bhatia, S. P. S., Swami, H. M., Thakur, J. S., & Bhatia, V. 2007. A Study of Health Problems and Loneliness Among the Elderly in Chandigarh. *Indian Journal of Community Medicine*, 32, 255-258.
- Brabenden. V. A, Fallon. A. E, & Smolar. A.I. 2004. *Essentials of Group Therapy*. New Jersey: Wiley & Sons, Inc.
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C. & Smith, J. A. 2006. *Research Methods In Psychology*. Sage Publications.
- Brigham. J. G. 1991. *Social Psychology*. New York: HarperCollins Publisher, Inc.
- Bushman, B. J & Baumeister R. F. 2008. *Social Psychology and Human Nature*. Belmont: Thompson Wadsworth, Inc.

- Cacioppo, J. T., Hawkley, L.C., & Crawford, L. E. 2002. Loneliness and Health: Potential Mechanisms. *Psychosomatic Medicine* 64, 407-417
- Cacioppo, J.T. 2006. Loneliness Is a Unique Predictor of Age-Related Differences in Systolic Blood Pressure. *Psychology and Aging*, 21(1), 152-164.
- Cain, D.J and Seeman, J. 2001. *Humanistic Psychotherapies : Handbook of Research and Practice*. American Psychological Association.
- Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. 2009. Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior* 50, 31-48
- Drennan, J., Treacy, M., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K., & Irving, K. 2008. The Experience of Social and Emotional Loneliness Among Older People in Ireland. *Ageing & Society* 28, 1113-1132.
- Dykstra, T. A., Tilburg, T. G & Gierveld, J. J. 2005. Changes in Older Adult Loneliness. *Research on Aging*, 27(6), 725-747.
- Erikson, E. H. 1989. *Identitas dan Siklus Hidup Manusia*. Jakarta: Gramedia
- Ernst, J. M. and Cacioppo, J. T. 1999. Lonely hearts: psychological perspectives on Loneliness. *Applied and Preventive Psychology*, 8(1), 1-22
- Evans, M. 2010. *Loneliness*. <http://counseling.uoregon.edu/dnn/SelfhelpResources/Relationships/Kesepian/tabid/350/Default.aspx>
- Farid. 2007. *Hipertensi pada Lansia Kontrol Ketat Cegah Komplikasi*. http://www.majalah-farmacia.com/rubrik/one_news.asp?IDNews=49106/2007
- Fishbane, M. D. 2007. Wired to Connect: Neuroscience, Relationships, and Therapy. *Family Process*, 46(3), 395-412.
- Goleman, D. 2006. *Social intelligence: The new science of human relationships*. New York: Bantam Books.
- Hawkley, L.C. & Cacioppo, J.T. 2010. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine* 40, 218-227

- Hawkley, L.C, Hughes, M.E, Waite, L.J, Masi, C.M, Thisted, R.A, & Cacioppo, J. T. 2008. From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 63(6), 375-384.
- Hayes, N, 1994. *Doing Psychological Research: Gathering and Analysis Data*. Open University press.
- Honeycutt, J.M., Zagacki, K.S., dan Edwards, R. Imagined Interaction and Interpersonal Communication. *Communication reports* 3(1), 2-8.
- Holt-Lunstad, J., Uchino, B. N., Smith, T. W., Olson-Cerny, C. B., & Nealey-Moore, J. B. 2003. Social relationships and ambulatory blood pressure: Structural and qualitative predictors of cardiovascular function during everyday social interactions. *Health Psychology*, 22, 388-397.
- Hulme, W. E. 2000. *Kesepian*. Jakarta: Cipta Loka Caraka (terj. Heuken, A., dkk)
- Hurlock, E. B. 2000. *Psikologi Perkembangan : Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta : Erlangga
- Ikhsan, M. 2010. *Dampak Sosiologis Lansia*. <http://www.docstoc.com/docs/23803465/dampak-sosiologis-lansia/30/01/2010>
- Johnson, D. D, Eastridge. J. S., Neubaer, D. R., & McGowan, C. H. 1995. Effect of Sex Class on Nutrient Content of Meat from Young Goat. *Journal of Animal Science*, 73, 296 -301.
- Liu, S.J., Lin, S.J., Chen, Y.M., Huang, X.Y. 2007. The Effects of Reminiscence Group Therapy on Self-esteem, Depression, Loneliness, Life Satisfaction of Elderly People Living Alone. *Mid Taiwan J Med*, 12, 133-124.
- Martina, C. M. S & Stevens, N. L. 2005. Breaking the Cycle of Loneliness? Psychological Effects Of A Friendship Enrichment Program For Older Women. *Aging & Mental Health*, 10(5), 467-475.
- Middlebrook, P.N. 1980. *Social Psychology and Modern Life (2nd ed)*. New York : Alfred A. Knopf, Inc.
- Miedema, B & Tatemichi, S. 2003. Gender, Marital Status, Social Networks and Health: Their Impact on Loneliness in the Very Old. *Geriatrics Today*, 6, 95-99.

- Misiak, H. M & Sexton, V. S. 2005. *Psikologi Fenomenologi, Eksistensial dan Humanistik: Suatu Survei Historis*. Bandung: Rafika editama.
- Myers, J. E., Poidevant, J. P. & Dean, L. 1991. Groups For Older Persons And Their Caregivers: A Review Of The Literature. *Journal for Specialists in Group Work*, 16(3), 197-205.
- Pressman, S.D., Cohen, S., Miller, G.E., Barkin, A., Rabin, B.S., & Treanor, J.J. 2005. Loneliness, Social Network Size, and Immune Response to Influenza Vaccination in College Freshmen. *Health Psychology* 24(3), 297–306.
- Pritchard, M. & Yalch, K. L. 2008. Relationships Among Loneliness, Interpersonal Dependency, and Disordered Eating in Young Adults. *Personality and Individual Differences* 27, 1-13
- Reilly, J. 2010. *A Long-Time Solution*. <http://www.lifestorytherapeuticcentre.com/services/counselling/group-therapy.aspx>
- Santrock, J. W. 2002. *Life Span Development*. Jakarta : Erlangga
- Schaie, K.W., and Willis, S.L. 2000. *Adults Development and Aging*. 3rd Edition . New York : Harper Collins.
- Shaughnessy, J. J & Zechmeister, E. B. 1994. *Research Methods In Psychology*. New York: McGraw Hill, Inc.
- Sutriani, L., Alam, S., Broto, I.H. 2004. *Hipertensi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Tarigan, I. 2009. Terapi *Kelompok Redakan Stress*. <http://www.mediaindonesia.com/mediahidupsehat/index.php/read/2009/10/22/1759/13/Terapi-Kelompok-Redakan-Stres/22/10/2009>
- Taylor, E. P. 2006. *Health psychology*. New Jersey.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios R. 2006. The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 359-384
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., and DiClemente, C. C., (2001). *Group Treatment for Substance Abuse: A Stagesof-Change Therapy Manual*. The Guilford Press, New York, NY

- Vermaak, T. 2003. *Music in Therapy and Loneliness in The Elderly*. Thesis. Clinical/counseling Psychology: The University of Namibia.
- Wahid, D.I. 2008. *Hipertensi Pada Lansia*. <http://diyoyen.blog.friendster.com/hipertensi-pada-lansia/2008/09/>
- Wenger, G.C and Burholt, V. 2003. Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement* 23(2), 115-127.
- Wenger, G.C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. 1996. Social Isolation and Loneliness In Old Age: Review and Model Refinement. *Ageing and Society*, 16, 333-358.
- Windle, K., Francis, J & Coomber, C. 2011. Preventing Loneliness and Social Isolation: Interventions and Outcomes. *Social Care Institute for Excellent* 39, 2-15.
- Wrightsman, L. S., Deaux, K., & Dane, F. C. 1993. *Social Psychology In 90's (2nd edition)*. California. Brooks/Cole Publishing Company
- Yang, K. & Victor, C. R. 2008. The Prevalence of and Risk Factors for Loneliness Among Older People in China. *Ageing & Society* 28, 305-327.
- Zammuner, V.L. 2008. Italians Social and Emotional Loneliness: The Results of Five Studies. *International Journal of Human and Social Sciences* 3, 2-7.

HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	40	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	40	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.927	24

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00001	3.00	1.450	40
VAR00002	3.03	1.050	40
VAR00003	2.63	1.234	40
VAR00004	2.83	1.196	40
VAR00005	2.75	.927	40
VAR00006	2.50	1.155	40
VAR00007	2.50	1.219	40
VAR00008	2.45	1.176	40
VAR00009	2.60	1.057	40
VAR00010	2.45	.815	40
VAR00011	2.83	1.174	40
VAR00012	2.60	1.008	40
VAR00013	2.55	1.011	40
VAR00014	2.85	1.145	40
VAR00015	2.63	.838	40
VAR00016	2.55	.986	40
VAR00017	2.43	1.259	40
VAR00018	2.45	1.011	40

VAR00019	2.93	1.207	40
VAR00020	2.60	1.194	40
VAR00021	2.90	1.277	40
VAR00022	2.75	.954	40
VAR00023	2.55	1.131	40
VAR00024	2.75	1.235	40

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	61.07	253.661	.335	.930
VAR00002	61.05	252.664	.524	.925
VAR00003	61.45	244.459	.655	.923
VAR00004	61.25	243.679	.700	.922
VAR00005	61.32	264.122	.208	.929
VAR00006	61.57	245.892	.663	.923
VAR00007	61.57	249.276	.532	.925
VAR00008	61.62	249.933	.536	.925
VAR00009	61.47	256.051	.416	.927
VAR00010	61.62	255.881	.564	.925
VAR00011	61.25	253.372	.441	.926
VAR00012	61.47	245.230	.792	.921
VAR00013	61.52	247.897	.701	.922
VAR00014	61.22	249.051	.578	.924
VAR00015	61.45	255.177	.574	.924
VAR00016	61.52	252.563	.565	.924
VAR00017	61.65	248.900	.523	.925
VAR00018	61.62	246.856	.735	.922
VAR00019	61.15	246.182	.624	.923
VAR00020	61.47	251.743	.477	.926
VAR00021	61.17	241.276	.714	.922
VAR00022	61.32	251.251	.631	.923
VAR00023	61.52	247.128	.642	.923
VAR00024	61.32	245.507	.626	.923

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
64.07	271.251	16.470	24

HASIL ANALISIS DATA PRETEST DAN POSTTEST

Uji Homogenitas Oneway

Test of Homogeneity of Variances

Gain

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.267	1	8	.620

ANOVA

Gain

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	302.500	1	302.500	75.625	.000
Within Groups	32.000	8	4.000		
Total	334.500	9			

Uji Normalitas NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Subjek	10	1.50	.527	1	2
gain	10	8.50	6.096	2	17

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Subjek	gain
N		10	10
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.50	8.50
	Std. Deviation	.527	6.096
Most Extreme Differences	Absolute	.329	.217
	Positive	.329	.217
	Negative	-.329	-.170
Kolmogorov-Smirnov Z		1.039	.685
Asymp. Sig. (2-tailed)		.230	.737

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Uji Beda

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Kelompok 1	Eksperimen	5
2	Kontrol	5

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Post

Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
Eksperimen	53.60	10.065	5
Kontrol	66.60	10.164	5
Total	60.10	11.742	10

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:Post

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1188.102 ^a	2	594.051	78.760	.000	.957
Intercept	10.379	1	10.379	1.376	.279	.164
Pre	765.602	1	765.602	101.504	.000	.935
Kelompok	346.586	1	346.586	45.951	.000	.868
Error	52.798	7	7.543			
Total	37361.000	10				
Corrected Total	1240.900	9				

a. R Squared = .957 (Adjusted R Squared = .945)

Parameter Estimates

Dependent Variable:Post

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	-2.093	6.928	-.302	.771	-18.474	14.289	.013
Pre	.998	.099	10.075	.000	.764	1.233	.935
[Kelompok =1]	11.802	1.741	-6.779	.000	-15.919	-7.685	.868
[Kelompok =2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

HASIL ANALISIS DATA PRETEST DAN FOLLOW UP

Uji Homogenitas

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

Prefollow

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.641	1	8	.446

ANOVA

Prefollow

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	409.600	1	409.600	21.445	.002
Within Groups	152.800	8	19.100		
Total	562.400	9			

B. Uji Normalitas

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
prefollow	10	5.40	7.905	-8	16

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		prefollow
N		10
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	5.40
	Std. Deviation	7.905
Most Extreme Differences	Absolute	.180
	Positive	.153
	Negative	-.180
Kolmogorov-Smirnov Z		.570
Asymp. Sig. (2-tailed)		.902

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Uji Beda
Univariate Analysis of Variance

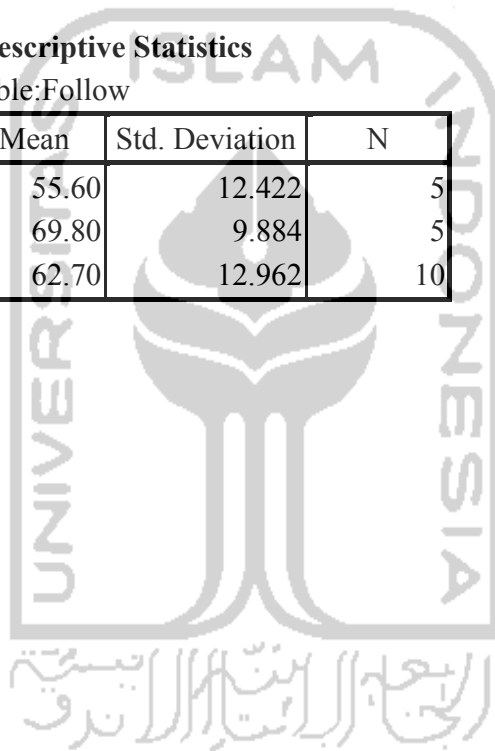
Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Kelompok 1	Eksperimen	5
2	Kontrol	5

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Follow

Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
Eksperimen	55.60	12.422	5
Kontrol	69.80	9.884	5
Total	62.70	12.962	10



Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:Follow

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1358.397 ^a	2	679.198	30.932	.000	.898
Intercept	13.837	1	13.837	.630	.453	.083
Pre	854.297	1	854.297	38.907	.000	.848
Kelompok	416.294	1	416.294	18.959	.003	.730
Error	153.703	7	21.958			
Total	40825.000	10				
Corrected Total	1512.100	9				

a. R Squared = .898 (Adjusted R Squared = .869)

Parameter Estimates

Dependent Variable:Follow

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	-2.763	11.820	-.234	.822	-30.713	25.188	.008
Pre	1.055	.169	6.238	.000	.655	1.455	.848
[Kelompok=1]	-12.934	2.971	-4.354	.003	-19.959	-5.910	.730
[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

HASIL ANALISIS DATA POSTTEST DAN FOLLOW UP

Uji Homogenitas Oneway

Test of Homogeneity of Variances

Posfolgain

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.059	1	8	.118

ANOVA

Posfolgain

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2.500	1	2.500	.301	.598
Within Groups	66.400	8	8.300		
Total	68.900	9			

Uji Normalitas NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Subjek	10	1.50	.527	1	2
posfolgain	10	3.90	2.767	1	10

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Subjek	posfolgain
N	10	10
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.50
	Std. Deviation	.527
Most Extreme Differences	Absolute	.329
	Positive	.329
	Negative	-.329
Kolmogorov-Smirnov Z	1.039	.719
Asymp. Sig. (2-tailed)	.230	.679

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Uji Beda
Univariate Analysis of Variance

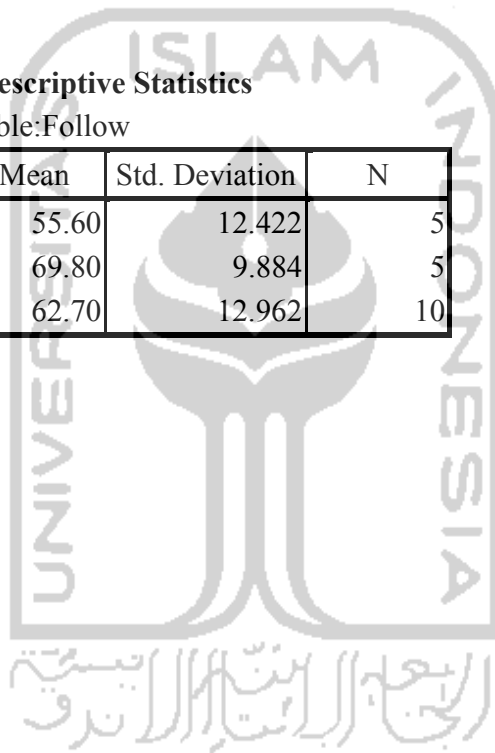
Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Kelompok 1	Eksperimen	5
2	Kontrol	5

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Follow

Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
Eksperimen	55.60	12.422	5
Kontrol	69.80	9.884	5
Total	62.70	12.962	10



Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Follow

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1363.809 ^a	2	681.904	32.189	.000	.902
Intercept	.269	1	.269	.013	.913	.002
Post	859.709	1	859.709	40.582	.000	.853
Kelompok	1.265	1	1.265	.060	.814	.008
Error	148.291	7	21.184			
Total	40825.000	10				
Corrected Total	1512.100	9				

a. R Squared = .902 (Adjusted R Squared = .874)

Parameter Estimates

Dependent Variable: Follow

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	1.540	10.911	.141	.892	-24.261	27.341	.003
Post	1.025	.161	6.370	.000	.644	1.405	.853
[Kelompok=1]	-.876	3.584	-.244	.814	-9.352	7.600	.008
[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Hasil Analisis Data Pretest dan Posttest Tekanan Darah Sistolik

Uji Homogenitas

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

sistolik

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.355	1	8	.278

ANOVA

sistolik

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	78.400	1	78.400	1.894	.206
Within Groups	331.200	8	41.400		
Total	409.600	9			

Uji Normalitas

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
grup	10	1.50	.527	1	2
sistolik	10	3.20	6.746	-5	20

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	grup	sistolik
N	10	10
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.50
	Std. Deviation	.527
Most Extreme Differences	Absolute	.329
	Positive	.329
	Negative	-.329
Kolmogorov-Smirnov Z	1.039	.932
Asymp. Sig. (2-tailed)	.230	.350

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Uji Beda
Univariate Analysis of Variance

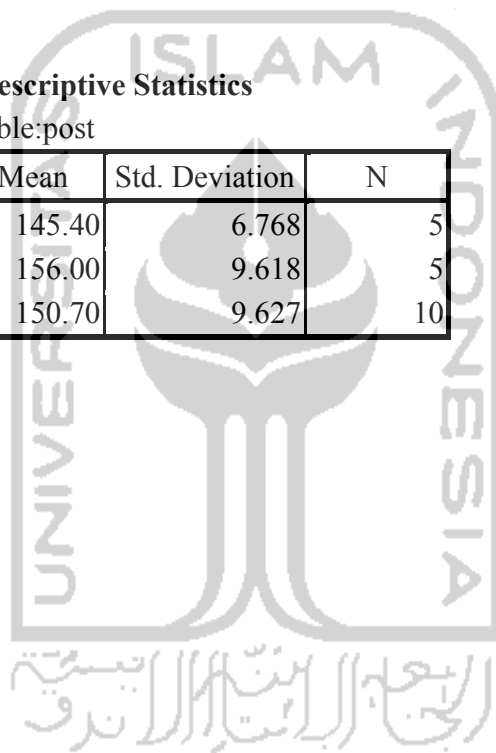
Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Kelompok 1	eksperimen	5
2	kontrol	5

Descriptive Statistics

Dependent Variable: post

Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
eksperimen	145.40	6.768	5
kontrol	156.00	9.618	5
Total	150.70	9.627	10



Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:post

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	533.485 ^a	2	266.743	6.211	.028	.640
Intercept	121.368	1	121.368	2.826	.137	.288
pre	252.585	1	252.585	5.882	.046	.457
Kelompok	91.515	1	91.515	2.131	.188	.233
Error	300.615	7	42.945			
Total	227939.000	10				
Corrected Total	834.100	9				

a. R Squared = .640 (Adjusted R Squared = .537)

Parameter Estimates

Dependent Variable:post

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	65.018	37.629	1.728	.128	-23.961	153.998	.299
pre	.582	.240	2.425	.046	.015	1.149	.457
[Kelompok=1]	-6.528	4.472	-1.460	.188	-17.102	4.046	.233
[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Hasil Analisis Data Posttest dan Follow Up Tekanan Darah Sistolik

Uji Homogenitas

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

sistolik

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.003	1	8	.956

ANOVA

sistolik

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.400	1	.400	.023	.883
Within Groups	139.200	8	17.400		
Total	139.600	9			

Uji Normalitas

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
grup	10	1.50	.527	1	2
sistolik	10	1.20	3.938	-5	5

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	grup	sistolik
N	10	10
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	1.50
	Std. Deviation	3.938
Most Extreme Differences	Absolute	.329
	Positive	.329
	Negative	-.329
Kolmogorov-Smirnov Z	1.039	.736
Asymp. Sig. (2-tailed)	.230	.651

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Uji Beda

Univariate Analysis of Variance

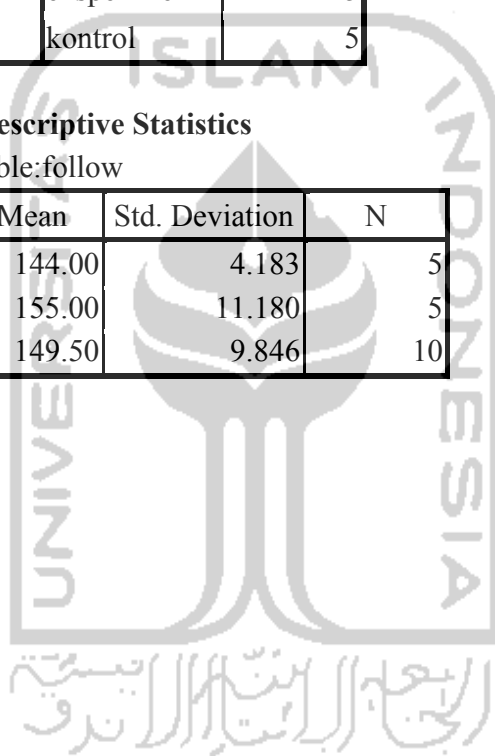
Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Kelompok 1	eksperimen	5
2	kontrol	5

Descriptive Statistics

Dependent Variable: follow

Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
eksperimen	144.00	4.183	5
kontrol	155.00	11.180	5
Total	149.50	9.846	10



Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:follow

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	740.070 ^a	2	370.035	19.559	.001	.848
Intercept	5.817	1	5.817	.307	.597	.042
post	437.570	1	437.570	23.129	.002	.768
Kelompok	4.101	1	4.101	.217	.656	.030
Error	132.430	7	18.919			
Total	224375.000	10				
Corrected Total	872.500	9				

a. R Squared = .848 (Adjusted R Squared = .805)

Parameter Estimates

Dependent Variable:follow

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	16.258	28.914	.562	.591	-52.113	84.629	.043
post	.889	.185	4.809	.002	.452	1.327	.768
[Kelompok=1]	-1.573	3.378	-.466	.656	-9.560	6.415	.030
[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Hasil Analisis Data Pretest dan Posttest Tekanan Darah Diastolik

Uji Homogenitas

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

diastolik

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.627	1	8	.451

ANOVA

diastolik

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.000	1	.000	.000	1.000
Within Groups	248.000	8	31.000		
Total	248.000	9			

Uji Normalitas

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
grup	10	1.50	.527	1	2
diastolik	10	4.00	5.249	-2	15

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	grup	diastolik
N	10	10
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.50
	Std. Deviation	.527
Most Extreme Differences	Absolute	.329
	Positive	.329
	Negative	-.329
Kolmogorov-Smirnov Z	1.039	.710
Asymp. Sig. (2-tailed)	.230	.695

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Uji Beda
Univariate Analysis of Variance

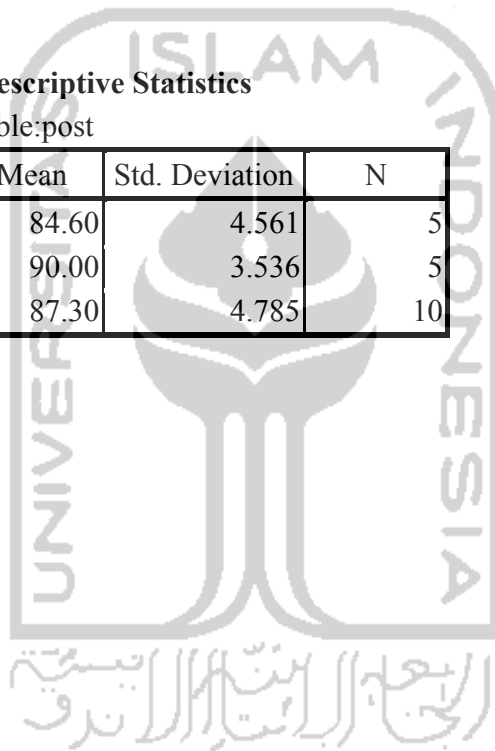
Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Kelompok 1	eksperimen	5
2	kontrol	5

Descriptive Statistics

Dependent Variable: post

Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
eksperimen	84.60	4.561	5
kontrol	90.00	3.536	5
Total	87.30	4.785	10



Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:post

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	99.193 ^a	2	49.596	3.247	.101	.481
Intercept	123.519	1	123.519	8.088	.025	.536
pre	26.293	1	26.293	1.722	.231	.197
Kelompok	28.406	1	28.406	1.860	.215	.210
Error	106.907	7	15.272			
Total	76419.000	10				
Corrected Total	206.100	9				

a. R Squared = .481 (Adjusted R Squared = .333)

Parameter Estimates

Dependent Variable:post

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	61.657	21.672	2.845	.025	10.411	112.903	.536
pre	.302	.230	1.312	.231	-.242	.845	.197
[Kelompok=1]	-3.772	2.766	-1.364	.215	-10.312	2.768	.210
[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Hasil Analisis Data Posttest dan Follow Up Tekanan Darah Diastolik

Uji Homogenitas

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

diastolik

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.384	1	8	.553

ANOVA

diastolik

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	52.900	1	52.900	1.572	.245
Within Groups	269.200	8	33.650		
Total	322.100	9			

Uji Normalitas

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
grup	10	1.50	.527	1	2
diastolik	10	1.30	5.982	-10	10

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	grup	diastolik
N	10	10
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1.50
	Std. Deviation	.527
Most Extreme Differences	Absolute	.329
	Positive	.329
	Negative	-.329
Kolmogorov-Smirnov Z	1.039	.677
Asymp. Sig. (2-tailed)	.230	.750

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Uji Beda

Univariate Analysis of Variance

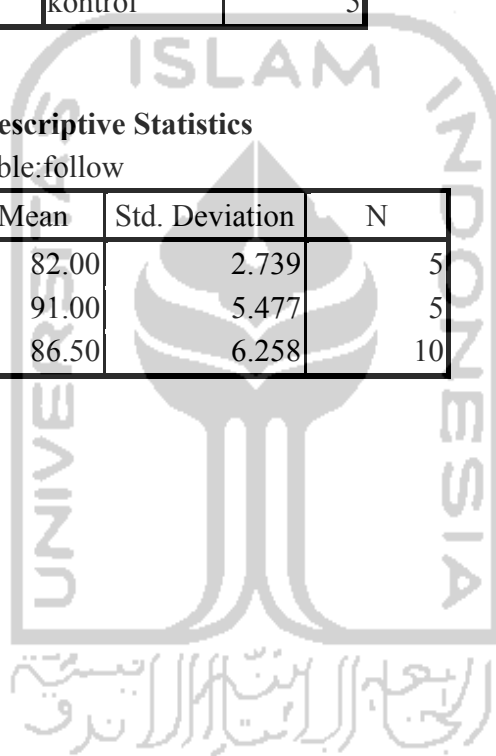
Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Kelompok 1	eksperimen	5
2	kontrol	5

Descriptive Statistics

Dependent Variable: follow

Kelompok	Mean	Std. Deviation	N
eksperimen	82.00	2.739	5
kontrol	91.00	5.477	5
Total	86.50	6.258	10



Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: follow

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	202.620 ^a	2	101.310	4.732	.050	.575
Intercept	122.749	1	122.749	5.733	.048	.450
post	.120	1	.120	.006	.942	.001
Kelompok	126.200	1	126.200	5.894	.046	.457
Error	149.880	7	21.411			
Total	75175.000	10				
Corrected Total	352.500	9				

a. R Squared = .575 (Adjusted R Squared = .453)

Parameter Estimates

Dependent Variable: follow

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Partial Eta Squared
					Lower Bound	Upper Bound	
Intercept	88.297	36.143	2.443	.045	2.832	173.762	.460
post	.030	.401	.075	.942	-.918	.978	.001
[Kelompok=1]	-8.838	3.640	-2.428	.046	-17.446	-.230	.457
[Kelompok=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.