

ANALISIS TERAPI KOGNITIF TERHADAP PENINGKATAN HARGA DIRI DAN KEBAHAGIAAN LANSIA DI PONDOK LANSIA YAYASAN AL-ISHLAH MALANG

Asep Dwi Prayetno

Byba Melda Suhita

Yuly Peristiowati

Katmini

Ratna Wardani

Agusta Dian Ellina

Asruria Sani Fajriah

Devy Putri Nursanti

Eri Puji Kumalasari



Analisis Terapi Kognitif

Terhadap Peningkatan Harga Diri dan Kebahagiaan Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

**ASEP DWI PRAYETNO
YULY PERISTIOWATI
RATNA WARDANI
ASRURIA SANI FAJRIAH
ERI PUJI KUMALASARI**

**BYBA MELDA SUHITA
KATMINI
AGUSTA DIAN ELLINA
DEVY PUTRI NURSANTI**



**ANALISIS TERAPI KOGNITIF
TERHADAP PENINGKATAN HARGA DIRI DAN KEBAHAGIAAN LANSIA
DI PONDOK LANSIA YAYASAN AL-ISHLAH MALANG**

Penulis : Asep Dwi Prayetno Byba Melda Suhita
 : Yuly Peristiowati Katmini
 : Ratna Wardani Agusta Dian Ellina
 : Asruria Sani Fajriah Devy Putri Nursanti
 : Eri Puji Kumalasari

ISBN : 978-623-6434-29-1

Penyunting : Wahyu Eko Putro
Desain : Tim STRADA PRESS
Tata Letak : Tim STRADA PRESS

Penerbit : STRADA PRESS
Redaksi : Jalan Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur Indonesia
Website : stradapress.org
Email : stradapress@iik-strada.ac.id
Kontak : 081336435001

Cetakan : Pertama, 2022

© 2022 STRADA PRESS.

Penerbit Anggota Resmi IKAPI Indonesia

Hak cipta dilindungi Undang-Undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat-Nya yang telah dilimpahkan kepada penulis sehingga buku yang berjudul *Analisis Terapi Kognitif terhadap Peningkatan Harga Diri dan Kebahagiaan Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang* ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini berisi tentang terapi kognitif yang diterapkan kepada lansia untuk meningkatkan harga diri dan kebahagiaan.

Dalam penyusunan buku ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Sandu Siyoto, SKM., M.Kes. selaku Rektor IIK STRADA Indonesia yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat.
2. Dr. Yuly Peristiwati, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Direktur Pascasarjana Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam penyusunan buku.
3. Dr. Byba Melda S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Pembimbing I yang memberikan waktu, dukungan, semangat, arahan, dan saran dalam penyusunan buku.
4. Zakarya Yahya, Amd.Kep. selaku kepala perawat di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.
5. Responden yang telah meluangkan waktu dan bekerja sama untuk memberikan data yang dibutuhkan.

Buku ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis menerima kritik dan saran yang sifatnya membangun guna menyempurnakan buku ini. Harapan penulis, semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan menambah pengetahuan terutama bagi penulis serta bermanfaat bagi kita semua.

Kediri, 14 September 2021

Asep Dwi Prayetno, S.Kep., Ners.

DAFTAR ISI

| | |
|------------------------------|------|
| KATA PENGANTAR | iii |
| DAFTAR ISI | iv |
| DAFTAR GAMBAR | vi |
| DAFTAR TABEL | vii |
| DAFTAR LAMPIRAN | viii |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|-----------------------------|---|
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 4 |
| D. Manfaat Penelitian | 4 |
| E. Keaslian Penelitian..... | 6 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|--|----|
| A. Landasan Teori..... | 7 |
| 1. Konsep Lanjut Usia..... | 7 |
| a. Definisi Lanjut Usia | 7 |
| b. Batasan-batasan Lanjut Usia..... | 7 |
| c. Klasifikasi Lanjut Usia RI 2013 | 7 |
| d. Masalah Lanjut Usia..... | 8 |
| 2. Konsep Harga Diri..... | 8 |
| a. Definisi Harga Diri | 8 |
| b. Faktor yang Memengaruhi Harga Diri..... | 9 |
| c. Karakteristik Harga Diri..... | 9 |
| d. Macam-macam Gangguan Harga Diri | 10 |
| e. Pengukuran Harga Diri | 11 |
| 3. Konsep Kebahagiaan..... | 11 |
| a. Definisi Kebahagiaan..... | 11 |
| b. Faktor yang Memengaruhi | 12 |
| c. Aspek-aspek yang Memengaruhi Kebahagiaan..... | 15 |
| d. Aspek Kebahagiaan..... | 15 |
| e. Pengaruh Kebahagiaan..... | 16 |
| f. Pengukuran Kebahagiaan | 16 |
| 4. Konsep Terapi Kognitif..... | 17 |
| a. Definisi Terapi Kognitif | 17 |
| b. Tujuan Terapi Kognitif..... | 20 |
| c. Indikasi Terapi Kognitif..... | 20 |
| d. Penatalaksanaan Terapi Kognitif | 21 |
| B. Kerangka Konseptual | 22 |
| C. Hipotesis Penelitian | 23 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|-------------------------------------|----|
| A. Desain Penelitian | 24 |
| B. Kerangka Kerja..... | 24 |
| C. Populasi, Sampel, Sampling | 26 |
| D. Variabel Penelitian | 26 |
| E. Definisi Opeasional | 27 |
| F. Pengumpulan Data..... | 28 |
| G. Etika Penelitian..... | 30 |

BAB IV HASIL PENELITIAN

| | |
|--------------------------------------|----|
| A. Deskripsi Lokasi Penelitian | 31 |
| B. Data Umum..... | 31 |
| C. Data Khusus..... | 34 |
| D. Uji Normalitas..... | 35 |
| E. Hasil Uji Statistik..... | 36 |
| F. Tabulasi..... | 38 |

BAB V PEMBAHASAN

| | |
|--|----|
| A. Harga Diri Lansia Sebelum Terapi kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang | 38 |
| B. Harga Diri Lansia Sesudah Terapi kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang | 41 |
| C. Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Harga Diri Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang | 43 |
| D. Kebahagiaan Lansia Sebelum Terapi Kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang | 45 |
| E. Kebahagiaan Lansia Sesudah Terapi Kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang | 47 |
| F. Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Kebahagiaan Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang | 48 |

BAB VI KESIMPULAN & SARAN

| | |
|---------------------|----|
| A. Kesimpulan | 50 |
| B. Saran..... | 50 |

| | |
|-----------------------------|-----------|
| DAFTAR PUSTAKA | 52 |
|-----------------------------|-----------|

| | |
|-----------------------|-----------|
| LAMPIRAN | 55 |
|-----------------------|-----------|

| | |
|------------------------------|-----------|
| TENTANG PENULIS | 65 |
|------------------------------|-----------|

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.1 Stimulus Kognitif dan Respons..... | 18 |
| Gambar 2.2 Kerangka Konseptual..... | 23 |
| Gambar 3.1 Bentuk Rancangan <i>Time Series Design</i> | 25 |
| Gambar 3.2 Kerangka Kerja | 32 |
| Gambar 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin | 31 |
| Gambar 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia..... | 31 |
| Gambar 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan..... | 32 |
| Gambar 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pernikahan..... | 32 |
| Gambar 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Sakit Fisik | 33 |
| Gambar 4.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Kedatangan | 33 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabel 1.1 | Keaslian Penelitian..... | 6 |
| Tabel 3.1 | Definisi Operasional | 27 |
| Tabel 4.1 | Distribusi Frekuensi Harga Diri Lansia Sebelum dan Sesudah..... | 34 |
| Tabel 4.2 | Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Lansia Sebelum dan Sesudah..... | 34 |
| Tabel 4.3 | Distribusi Frekuensi Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Harga Diri Lansia Sebelum dan Sesuah Diberi Terapi Kognitif..... | 35 |
| Tabel 4.4 | Distribusi Frekuensi Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Kebahagiaan Lansia Sebelum dan Sesuah Terapi Kognitif..... | 35 |
| Tabel 4.5 | Hasil Uji Normalitas..... | 35 |
| Tabel 4.6 | Hasil Analisis Uji <i>Wilcoxon</i> | 36 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Menjadi Subjek Penelitian
- Lampiran 2 Formulir Persetujuan (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 Kuesioner Data Demografi
- Lampiran 4 Kuesioner Harga Diri
- Lampiran 5 Kuesioner Kebahagiaan
- Lampiran 6 Uji Normalitas
- Lampiran 7 Uji Statistik
- Lampiran 8 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 9 Etik Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lanjut usia dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia termasuk biologis, psikologis dan sosial (Dewi, 2014). Ketika manusia memasuki masa tua, lansia akan mengalami perubahan fisik, psikologi, sosial, dan seksual sehingga tidak sedikit lansia yang merasa sendirian, frustrasi, dan kehilangan kepercayaan diri (Osman et al, 2012). Menurut tarwoto dan wartonah perubahan yang muncul secara fisik misalnya sistem indra, sistem muskuloskeletal, perubahan pada kardiovaskuler. Perubahan secara psikologi misalnya masa pensiun, perubahan peran sosial yang telah berubah, dan pada lansia sering muncul gangguan seperti imobilisasi, gangguan intelektual, isolasi. Perubahan tersebut secara otomatis akan memengaruhi kehidupan dari lansia khususnya menyangkut masalah harga diri. Salah satu yang dapat memengaruhi harga diri adalah pikiran dan kepercayaan yang diketahui individu tentang dirinya akan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Muhith dan Siyoto, 2016). Lansia dengan harga diri yang tinggi akan menunjukkan hubungan erat dengan lansia yang lain, mampu menghargai dan menghormati diri sendiri, berpandangan bahwa dirinya sejajar dengan orang lain. Sebaliknya harga diri yang rendah akan membawa pada perilaku yang kurang baik bagi lansia. Ini terjadi karena lansia dengan harga diri rendah biasanya bersifat bergantung, kurang percaya diri dan pesimistis (Muhith dan Siyoto, 2016).

Secara global populasi lansia semakin meningkat, pada tahun 2020 jumlah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas akan melebihi jumlah anak yang berusia di bawah lima tahun dan pada tahun 2050 sebanyak 80% lansia berada di Negara berkembang (WHO, 2018). Negara Indonesia merupakan negara berkembang yang mengalami peningkatan jumlah penduduk lansia 9,7% atau 25,9 juta jiwa pada tahun 2019, dan diperkirakan akan terus meningkat di mana tahun 2035 menjadi 15,77% atau sebanyak 48,2 juta jiwa (Dinkes, 2019). Jawa Timur menduduki peringkat ke tiga yang memiliki jumlah lansia terbanyak yaitu 12,96%. Persentase distribusi penduduk menurut Kabupaten/Kota Malang lebih dari 60 tahun adalah 24,42% sekitar 142.735 jiwa (BPS, 2019).

Hasil dari wawancara pada 7 orang lanjut usia yang tinggal di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang, menunjukkan adanya anggapan yang berbeda, pada 6 orang lansia merasa sudah tidak berguna, kurang mendapat perhatian dan kasih sayang dari keluarga, kadang suka menarik diri dari teman dan tidak percaya diri,

dan sudah lama tidak dijenguk oleh keluarganya, lansia sering marah, tidak dapat mengontrol diri, tidak dapat menerima masalah yang rumit. Hal ini menunjukkan adanya penurunan harga diri pada diri lansia. Dan pada satu orang lanjut usia lainnya merasa hidupnya senang karena masih sering dijenguk oleh keluarganya, cenderung santai dan tidak ada sikap bermusuhan, yang menunjukkan adanya harga diri tinggi yang positif terhadap dirinya sendiri.

Hilangnya harga diri (*low self esteem*) timbul akibat kehilangan *symbol-symbol self-esteem* yang memengaruhi cara memandang dan menjalani kehidupan. Pada lansia *symbol self-esteem* yang hilang seperti status sosial, kekuasaan, peran dalam kehidupan, pekerjaan dan nilai-nilai yang dianut (Suhron, 2017). Harga diri rendah dipengaruhi beberapa faktor, seperti faktor biologis, psikologis, sosial dan kultural. Faktor biologis biasanya karena adanya sakit fisik yang dapat memengaruhi kerja hormon secara umum yang dapat pula berdampak pada keseimbangan *neurotransmitter* di otak, contoh kadar *serotonin* yang menurun dapat mengakibatkan klien mengalami depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah kronis semakin besar karena klien dipengaruhi oleh pikiran-pikiran negatif dan tidak berdaya (Rahayuni, dkk, 2015).

Menurut Kaplan dan Saddock penatalaksanaan klien dengan harga diri rendah dapat dilakukan, salah satunya dengan pemberian terapi kognitif (Muhith, 2015). Penelitian yang pernah dilakukan oleh Suzanna (2016) tentang penurunan depresi pada lansia harga diri rendah melalui terapi aktivitas kelompok dan terapi kognitif, menyatakan bahwa secara signifikan meningkat harga diri dan menurunkan tingkat depresi pada lansia. Hal ini juga sejalan dengan penelitian dilakukan oleh Vetri (2016) tentang pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri lansia dengan harga diri rendah yang menyatakan bahwa ada perbedaan yang sangat bermakna pada harga diri sebelum dan sesudah dilakukan terapi, di mana terdapat peningkatan harga diri yang cukup signifikan pada lansia yang telah mendapatkan terapi kognitif. Terapi kognitif bukanlah terapi baru, terapi ini sudah dikembangkan sejak tahun 1860-an oleh Aaron Beck, sebagai pengobatan alternatif untuk mengatasi masalah kejiwaan seperti depresi, stress, harga diri rendah. Terapi ini berdasar pada satu prinsip bahwa pikiran-pikiran memengaruhi mood. Para terapis meyakini bahwa depresi, stress, harga diri rendah terjadi akibat pikiran negatif yang muncul secara konstan atau otomatis. Artinya, pikiran ini muncul tanpa didasari usaha yang dilakukan secara sadar.

Lansia yang mengalami depresi, harga diri rendah akan memunculkan pikiran-pikiran negatif otomatis, seperti saya merasa tidak berguna, saya gagal, saya tidak mampu dan lain-lain. Dengan terapi kognitif lansia dengan harga diri

rendah akan belajar bagaimana cara menyadari dan memperbaiki pikiran-pikiran negatif yang otomatis dengan seiring berjalannya waktu. Penderita ini akan bisa menemukan dan memperbaiki keyakinan-keyakinan salah yang memicu harga diri rendah mereka. Menurut Gerald terapi kognitif perilaku merupakan salah satu pendekatan yang digunakan dalam modifikasi perilaku. Modifikasi yang dimaksud adalah mengarahkan pada tujuan-tujuan untuk memperoleh tingkah laku baru yang diinginkan. Asumsi dasar dari perspektif *cognitive behaviour* ini adalah bahwa sebagian besar permasalahan perilaku, kognisi, dan emosi merupakan hasil dari pembelajaran dan dapat diubah dengan adanya pembelajaran baru (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

Setiap lansia menginginkan kebahagiaan baik secara fisik maupun psikis, kebahagiaan fisik adalah kesehatan, sedangkan kebahagiaan psikis adalah hubungan dengan keagamaan dan hubungan yang baik dengan keluarga maupun orang disekitar (Isnaeni, 2012). Tingkat kebahagiaan lansia selama hidupnya menjadi faktor berpengaruh pada kesehatannya seperti kondisi kesepian dan terisolasi secara sosial akan menjadi faktor yang berpengaruh. Berkurangnya interaksi sosial lansia dapat menyebabkan perasaan terisolir, perasaan tidak berguna lagi sehingga lansia menyendiri atau mengalami isolasi sosial sehingga akan meningkatkan perasaan isolasinya dan kondisi ini rentan terhadap tingkat kesehatannya (Miranti, 2017).

Terapi kognitif perilaku merupakan salah satu pendekatan yang digunakan dalam modifikasi perilaku. Modifikasi yang dimaksud adalah mengarahkan pada tujuan-tujuan untuk memperoleh tingkah laku baru yang diinginkan. Asumsi dasar dari perspektif *cognitive behaviour* ini adalah bahwa sebagian besar permasalahan perilaku, kognisi, dan emosi merupakan hasil dari pembelajaran dan dapat diubah dengan adanya pembelajaran baru (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

Terapi kognitif bertujuan mengubah pikiran-pikiran negatif menjadi pikiran-pikiran positif, serta melakukan aktivitas positif agar lansia dapat meningkatkan kualitas kebahagiaan yang menjadi salah satu indikator tercapainya kualitas hidup yang optimal dimasa tua. Melakukan aktivitas positif dapat berupa interaksi sosial dengan lansia lain dan orang-orang disekelilingnya, terapi ini membantu lansia untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitarnya dan meningkatkan hubungan individu dan sosial dalam kelompok.

Peneliti ingin melakukan penelitian pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri dan kebahagiaan lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang. Hal ini disebabkan Pondok Lansia Al-Ishlah Malang merupakan

salah satu panti/pondok lansia yang bekerjasama dengan Dinas Sosial kota Malang. Pondok lansia Al-Ishlah saat ini mampu menampung sekitar 38 lansia.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah diuraikan di atas, maka diajukan perumusan masalah penelitian ini, yaitu “Apakah ada pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri dan kebahagiaan lansia di pondok lansia yaysan Al-Ishlah malang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini dilakukan untuk menganalisis pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri dan kebahagiaan lansia di pondok lansia yaysan Al-Ishlah malang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat harga diri lansia sebelum diberikan terapi kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.
- b. Mengidentifikasi tingkat kebahagiaan lansia sebelum diberikan terapi kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.
- c. Mengidentifikasi tingkat harga diri lansia sesudah diberikan terapi kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.
- d. Mengidentifikasi tingkat kebahagiaan lansia sesudah diberikan terapi kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.
- e. Menganalisis terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.
- f. Menganalisis terapi kognitif terhadap kebahagiaan lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoretis

Hasil dari penelitian diharapkan dapat sebagai wacana pengembangan ilmu promosi kesehatan di komunitas, mendapatkan pengetahuan berdasarkan kebenaran ilmiah, serta penelitian lebih lanjut tentang analisis terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri dan kebahagiaan lansia di pondok lansia yaysan Al-Ishlah malang.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah sumber kepustakaan di perpustakaan Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia mengenai pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri dan kebahagiaan lansia.

b. Manfaat bagi Profesi Kesehatan
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi profesi kesehatan dalam meningkatkan harga diri dan kebahagiaan lansia, khususnya mengenai pengaruh terapi kognitif terhadap harga diri dan kebahagiaan lansia.

c. Manfaat bagi Tempat Penelitian
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan promosi kesehatan mengenai peningkatan harga diri dan kebahagiaan lansia serta sebagai bahan pertimbangan pentingnya terapi kognitif yang dapat dilakukan di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang guna meningkatkan harga diri lansia dan kebahagiaan lansia.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

| Peneliti | Judul Penelitian | Metode Penelitian | Variabel Penelitian | Analisa Penelitian |
|-----------------------|---|---|---|--|
| Suzanna (2016) | Penurunan depresi pada lansia harga diri rendah melalui terapi aktivitas kelompok dan terapi kognitif | Penelitian ini dengan rancangan <i>Quasi eksperimental one group pretest-postest</i> Sampel: <i>simple random sampling</i> 28 responden | Variabel Independen: Terapi aktivitas kelompok dan terapi kognitif Variabel dependen: Depresi lansia harga diri rendah | Analisis <i>Univariat homogeneity Paired sample t-test</i> |
| Vetri Nathalia (2016) | Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Peningkatan Harga Diri Lansia dengan Harga Diri Rendah di Panti Sosial Tresna Wreda | Penelitian ini dengan rancangan <i>Quasi eksperimental one group pretest-postest</i> Sampel: <i>purposif sampling</i> 20 responden | Variabel Independen: Terapi kognitif Variabel dependen: Harga diri | Analisis <i>Wilcoxon</i> |

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Lanjut Usia

a. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia merupakan masa hidup manusia yang terakhir, di mana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental, dan social secara bertahap (Azizah, 2011). Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahapan-tahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap berbagai serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian misalnya pada system kardiovaskuler dan pembuluh darah, pernafasan, pencernaan, endokrin dan lain sebagainya. Hal tersebut disebabkan seiring meningkatnya usia sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ.

b. Batasan-batasan Lanjut Usia

Batasan lanjut usia dalam Bab 1 Pasal 1 ayat 2 Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas”. Beberapa pendapat para ahli tentang batasan usia adalah sebagai berikut. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) terdapat empat tahapan yaitu:

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) kelompok usia 45–59 tahun
- 2) Usia lanjut (*elderly*) antara 60–74 tahun
- 3) Usia tua (*old*) antara 75–90 tahun
- 4) Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun
- 5) lanjut (*elderly*) antara 60–74 tahun
- 6) Usia tua (*old*) antara 75–90 tahun
- 7) Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) lanjut usia dibagi menjadi dua kelompok yaitu, usia lanjut 60-69 tahun dan usia lanjut dengan resiko lebih dari 70 tahun dengan masalah kesehatan

c. Klasifikasi Lansia Depkes RI (2013)

Menurut Depkes RI (2013) klasifikasi lansia dibagi menjadi 5 yaitu, Pralansia (seseorang yang berusia antara 45-59 tahun), lansia (seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun), lansia resiko tinggi (seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun dengan masalah kesehatan), lansia potensial (lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa)

lansia tidak potensial (lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain).

d. Masalah Lanjut Usia

Perubahan yang terjadi pada individu lansia terdiri dari perubahan fisiologis atau fisik, psikososial, psikologis, sosiologis, dan spiritual (Muhith dan Siyoto, 2016)

1) Perubahan Fisiologis

Perubahan antara individu dengan individu lainnya, dan proses perubahan dan variasi perubahan pada system tubuh juga akan berbeda walaupun pada individu yang sama. Perubahan pada suatu sistem fisiologis akan memengaruhi dan memberikan konsekuensi pada proses penuaan yaitu pada struktur dan fungsi fisiologis.

2) Perubahan Psikologis dan Psikososial

Psikologis pada lanjut usia yaitu perubahan aspek kognitif, akan terjadi perubahan fungsi intelektual di mana terjadinya penurunan kemampuan lansia dalam mengatasi masalah atau pemecahan masalah, selanjutnya juga pada aspek terjadi perubahan kemampuan penyesuaian secara psikologis terhadap proses menua (*Learning Ability*), pada aspek kognitif ini untuk meningkatkan intelektual lansia dapat diberikan pendidikan kesehatan atau edukasi agar perkembangan demensia dapat ditunda.

3) Perubahan Keagamaan

Pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meninggalkan kehidupan dunia.

2. Konsep Harga Diri

a. Definisi Harga Diri

Harga diri merupakan penilaian yang dibuat oleh setiap individu yang mengarah pada dimensi negatif dan positif (Baron dkk, dalam Simbolon, 2008). Harga diri adalah dimensi penilaian yang menyeluruh dari diri, harga diri (*Self-Esteem*) juga disebut dengan *Self-Worth* atau *Self-Image*. Harga diri adalah evaluasi individu terhadap dirinya sendiri secara positif atau negatif (Suhron, 2017). Evaluasi individu tersebut terlihat dari penghargaan yang ia berikan terhadap eksistensi dan keberartian dirinya. Individu yang mempunyai harga diri positif akan menerima dan menghargai dirinya sendiri sebagaimana adanya serta tidak cepat-cepat menyalahkan dirinya atas kekurangan atau ketidaksempurnaan dirinya. Ia selalu merasa puas dan bangga dengan hasil karyanya sendiri dan selalu

percaya diri dalam menghadapi berbagai tantangan. Sebaliknya, individu yang memiliki harga diri negatif merasa dirinya tidak berguna, tidak berharga, dan selalu menyalahkan dirinya atas ketidaksempurnaan dirinya. Ia cenderung tidak percaya diri dalam setiap melakukan tugas dan tidak yakin dengan ide-ide yang dimilikinya (Suhron, 2017).

Frey dan Carlock dalam Suhron (2017) mengungkapkan bahwa harga diri adalah penilaian yang mengacu pada penilaian positif, negatif, netral dan ambigu yang merupakan bagian dari konsep diri, tetapi bukan berarti cinta diri sendiri. Individu dengan harga diri yang tinggi menghormati dirinya sendiri, mempertimbangkan dirinya berharga, dan melihat dirinya sama dengan orang lain. Sedangkan harga diri rendah pada umumnya merasakan penolakan, ketidakpuasan diri dan meremehkan diri sendiri.

b. Faktor yang Memengaruhi Harga Diri

Menurut Suhron (2017) menyebutkan bahwa terdapat tiga faktor dari harga diri, yaitu *family experience*, *performance feedback*, dan *social comparison*.

1) *Family Experience*

Hubungan orangtua dan anak dikatakan penting untuk memperkembangkan harga diri. Pengaruh keluarga terhadap terhadap harga diri menunjukkan bahwa *self-concept* yang dibangun mencerminkan gambaran diri yang dikomunikasikan atau disampaikan oleh orang-orang terpenting dalam hidupnya (*significant others*).

2) *Performance Feedback*

Umpan balik yang terus menerus terhadap kualitas performa kita seperti kesuksesan dan kegagalan, dapat memengaruhi harga diri. Kita memperoleh harga diri melalui pengalaman kita sebagai tokoh yang membuat sesuatu terjadi di dunia, yang dapat mencapai cita-cita dan dapat mengatasi rintangan.

3) *Social Comparison*

Sangat penting untuk harga diri karena perasaan memiliki kompetensi tertentu didasarkan pada hasil performa yang dibandingkan baik dengan hasil yang diharapkan diri sendiri maupun hasil performa orang lain.

c. Karakteristik Harga Diri

1) Harga Diri Positif

Menganggap diri sendiri sebagai orang yang berharga dan sama baiknya dengan orang lain yang sebaya dengan dirinya dan menghargai orang lain. Dapat mengontrol tindakannya terhadap dunia luar dirinya dan dapat menerima kritik

dengan baik. Menyukai tugas baru dan menantang serta tidak cepat bingung apabila sesuatu berjalan diluar rencana. Berhasil atau berprestasi dibidang akademik, aktif dan dapat mengekspresikan dirinya dengan baik. Tidak menganggap dirinya sempurna, tetapi tahu keterbatasan diri dan mengharapkan adanya pertumbuhan dalam dirinya. Memiliki nilai-nilai dan sikap yang demokratis serta orientasi yang realistis. Lebih bahagia dan efektif menghadapi tuntutan dari lingkungan.

2) Harga Diri Negatif

Menganggap dirinya sebagai orang yang tidak berharga dan tidak sesuai, sehingga takut gagal untuk melakukan hubungan sosial. Hal ini seringkali menyebabkan individu yang memiliki harga diri yang rendah menolak dirinya sendiri dan tidak puas akan dirinya. Sulit mengontrol tindakan dan perilaku terhadap dunia luar dirinya dan kurang dapat menerima saran dan kritikan dari orang lain. Tidak menyukai segala hal atau tugas yang baru, sehingga akan sulit baginya untuk menyesuaikan diri dengan segala sesuatu yang belum jelas baginya. Tidak yakin akan pendapat dan kemampuan diri sendiri sehingga kurang berhasil dalam prestasi akademis dan kurang dapat mengekspresikan dirinya dengan baik. Menganggap dirinya kurang sempurna dan segala sesuatu yang dikerjakannya akan selalu mendapat hasil yang buruk, walaupun dia telah berusaha keras, serta kurang dapat menerima segala perubahan dalam dirinya.

d. Macam-macam Gangguan Harga Diri

Gangguan harga diri ada 2 macam: harga diri rendah kronis dan harga diri rendah situasional (Suhron, 2017).

1) Harga Diri Rendah Kronis

Harga diri rendah kronis adalah suatu kondisi penilaian diri yang negatif berkepanjangan pada seseorang atas dirinya. Karakteristiknya antara lain: Mayor: untuk jangka waktu lama/kronis: pernyataan negatif atas dirinya, ekspresi rasa malu/bersalah, penilaian diri seakan-akan tidak mampu menghadapi kejadian tertentu, ragu-ragu untuk mencoba sesuatu yang baru. Minor: seringnya menemui kegagalan dalam pekerjaan, tergantung pada pendapat orang lain, presentasi tubuh buruk, tidak asertif bimbang, dan sangat ingin mencari ketentraman.

2) Harga Diri Rendah Situasional

Harga diri rendah situasional suatu keadaan di mana seseorang memiliki perasaan-perasaan yang negatif tentang dirinya dalam merespons peristiwa (kehilangan, perubahan).

Mayor: Kejadian yang berulang/berkala dari penilaian diri yang negatif dalam merespons peristiwa yang pernah dilihat secara positif, menyatakan perasaan negatif tentang dirinya (putus asa, tidak berguna).

Minor: Pernyataan negatif atas dirinya, mengekspresikan rasa malu/bersalah, penilaian diri tidak mampu mengatasi peristiwa/situasi kesulitan membuat keputusan, mengesolasi diri.

e. Pengukuran Harga Diri

Untuk mengetahui rasa harga diri dibutuhkan aspek-aspek indikator dan bisa dijadikan patokan dalam mengukur yaitu *Power* (kekuatan), *Significance* (keberartian), *Virtue* (kebajikan), *Competence* (kemampuan). dalam penelitian ini menggunakan instrument *Rosenberg self-esteem scale* yang sudah di terjemahkan yaitu berupa angket atau kuisisioner tertutup yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang menyangkut tentang tingkat harga diri anak jalanan. Isi pertanyaan dalam instrument ini ada 10 item. Penelitian menggunakan dua jenis pertanyaan yaitu pertanyaan positif dan pertanyaan negatif. Maksud dari pertanyaan positif adalah pertanyaan yang mendukung gagasan atau ide, sedangkan pertanyaan negatif adalah pertanyaan yang tidak mendukung gagasan atau ide. Selanjutnya pertanyaan disediakan 4 alternatif jawaban yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS), dan sangat tidak setuju (STS). Hasil dari *Rosenberg Self-esteem Scale* memiliki skala 0-30. Untuk skala 15-30 dapat dinyatakan seseorang memiliki *self esteem* normal. Namun apabila skala scores di bawah 15 maka dianggap memiliki *self-esteem* rendah atau 0-10 harga diri rendah, 11-20 harga diri sedang dan 21-30 harga diri tinggi (Widiyanti, 2017).

3. Konsep Kebahagiaan

a. Definisi Kebahagiaan

Menurut Hurlock (2009) Kepuasan hidup adalah kepuasan hati yang merupakan kondisi yang menyenangkan atau bahagia yang dapat timbul apabila sesuatu yang diharapkan atau kebutuhan tertentu dapat tercapai. Seseorang yang memiliki kesejahteraan subyektif tinggi ternyata mereka merasa bahagia dan senang dengan kawan dekatnya dan kerabatnya, mereka juga kreatif, optimis, pekerja keras, pantang menyerah, dan lebih banyak tersenyum dibandingkan dengan individu lainnya atau individu yang tidak merasa bahagia (Agustini, Hidayah 2012). Kesejahteraan subyektif dapat diartikan sebagai evaluasi kognitif dan efektif pada suatu kehidupan, di mana evaluasi kognitif individu yang bahagia berupa kepuasan hidup yang tinggi sedangkan evaluasi afektif adalah banyaknya

dampak positif dan sedikitnya dampak negatif yang dirasakan dalam hidup (Mulyono 2015).

Rahayu (2016) Mengatakan bahwa kebahagiaan ditentukan dari beberapa factor, yang pertama karakter atau sifat di mana kebahagiaan adalah sifat atau karakter seseorang yang cenderung tidak berubah, yang berhubungan dengan unsure genetika budaya dan pengalaman awal kehidupan seseorang, jika ada sesuatu atau peristiwa yang memengaruhi tingkat kebahagiaannya maka hal itu hanya bersifat sementara karena ia akan kembali ketingkat kebahagiaan semula, psikolog menyebut hal itu dengan *Set Point Theory*. Kedua adalah perbandingan sosial (*social comparison*) di mana individu menilai kualitas hidupnya tidak secara absolute tetapi secara relative itu artinya ia akan membandingkan hidupnya dengan hidup orang lain. Ketiga kebutuhan pokok (*satisfaction needs*) di mana kebahagiaan menurut teori ini ditentukan oleh hubungan dengan keluarga, tingkat kesehatan, pekerjaan dan jumlah uang yang dimiliki merupakan kebutuhan pokok bagi manusia.

b. Faktor yang Memengaruhi Kebahagiaan

Miranti (2017) mengatakan bahwa kebahagiaan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor dukungan keluarga, karir atau pekerjaan, faktor biologi dan faktor spiritual. Menurut Mulyono (2015) terdapat 14 faktor yang memengaruhi kebahagiaan lanjut usia yaitu Penghasilan, usia, agama, budaya, bersyukur kepada tuhan, aktivitas fisik, hubungan social, memaafkan, kualitas hidup, silaturahmi, sehat, menikah, berhubungan baik dengan anak, cucu dan menantu, serta berhubungan baik dengan saudara. Salah satu indikator kebahagiaan adalah rasa syukur, beberapa peneliti berkata seseorang yang senangtiasa bersyukur terhadap kehidupannya dan menunjukkan rasa berharga, memiliki kebahagiaan yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak menunjukkan rasa syukur tersebut (Zulfiana, 2014).

Kebahagiaan timbul akibat adanya faktor yang memengaruhi emosi seseorang, di mana emosi yang memengaruhi kebahagiaan adalah emosi positif. (Maharani, 2015). Membagi emosi positif yang memengaruhi kebahagiaan manusia menjadi tiga jenis, yaitu emosi masa lalu, emosi masa sekarang dan emosi masa depan, ketiga emosi tersebut merupakan faktor *internal* dari kebahagiaan dan terdapat pula faktor *ekternal* dari kebahagiaan yaitu faktor yang berasal dari lingkungan.

1) Faktor Internal

a) Masa Lalu

Kategori kebahagiaan ini merupakan sikap individu dalam menanggapi kenangan atau masa lalu yang dapat menghasilkan emosi positif yakni kebanggaan, rasa senang, damai, ketenangan. Kepuasan terhadap masa lalu dapat dicapai dengan tiga cara yaitu: pertama (melepaskan pandangan masa lalu sebagai patokan masa depan) kejadian yang kurang menyenangkan atau kejadian buruk dimasa lalu tidak menentukan timbulnya permasalahan di saat dewasa sehingga lebih baik melepaskan atau membebaskan masa lalu yang tidak menyenangkan dan mengubah pemikiran tentang masa sekarang dan masa yang akan datang. Kedua (bersyukur), memanjatkan rasa syukur terhadap apa yang telah dimiliki dan dilewati dalam hidup, seseorang yang mampu bersyukur akan merasa lebih bahagia dan merasa puas terhadap hidupnya, dengan memanjatkan rasa syukur seseorang tidak akan membanding-bandingkan apa yang dia miliki dengan milik orang lain. Ketiga (memaafkan dan melupakan), salah satu cara agar hidup lebih tenang dan bahagia adalah dengan cara memaafkan, memaafkan mengubah kepahitan menjadi ketenangan yang netral dan positif sehingga kebahagiaan dan kepuasan hidup akan mudah didapatkan.

b) Masa Depan

Kategori kebahagiaan masa depan mengandung optimism, keyakinan, harapan dan kepercayaan seseorang. Harapan akan memberikan kemampuan yang lebih baik lagi dalam menghadapi stress, depresi, meningkatkan semangat kerja.

c) Masa Sekarang

Kategori kebahagiaan pada masa sekarang meliputi kegembiraan, rasa senang, ketenangan, damai, semangat dan flow. Selain itu kebahagiaan di masa sekarang melibatkan dua hal, yaitu: Kenikmatan (*Pleasure*) adalah kesenangan yang memiliki komponen sensori dan emosional yang kuat, sifatnya sementara dan melibatkan sedikit pemikiran. Gratifikasi (*Gratification*) adalah kegiatan yang sangat disukai seseorang, namun tidak selalu melibatkan perasaan dasar, serta memiliki durasi yang lebih lama dibandingkan dengan pleasure. Gratifikasi merupakan suatu keadaan keadaan yang menyenangkan yang mengikuti pencapaian hasrat, kegiatan yang menghasilkan gratifikasi pada umumnya memiliki tantangan,

mebutuhkan konsentrasi dan keterampilan, serta memiliki tujuan dan mpan balik secara langsung sehingga seseorang bisa larut didalamnya.

2) Faktor Eksternal

a) Uang

Banyak seseorang yang berpendapat bahwa uang merupakan salah satu alasan seseorang dapat hidup dengan bahagia, seseorang yang menempatkan uang sebagai tujuan hidupnya akan cenderung kurang puas dengan kehidupannya secara keseluruhan.

b) Pernikahan

Seseorang yang telah berkeluarga atau menikah lebih bahagia dibandingkan yang tidak menikah, hal ini disebabkan karena pernikahan menyediakan keintiman psikologis dan fisik, peluang memiliki anak, membangun rumah tangga, serta peran sosial sebagai pasangan suami istri dan orang tua.

c) Kehidupan Sosial

Orang yang bahagia lebih sedikit menghabiskan waktu untuk sendiri dan lebih sering bersosialisasi, mempertahankan hubungan sosial dipercaya telah ditemukan korelasi dengan kesejahteraan dan kebahagiaan subjektif.

d) Kesehatan

Kesehatan dikatakan memengaruhi kebahagiaan yaitu kesehatan yang dipersepsikan oleh individu terhadap seberapa sehat diri kita.

e) Agama

Terdapat hubungan positif antara agama dan kebahagiaan, yaitu orang yang taat pada agama atau religious lebih bahagia dan puas dengan hidupnya dibandingkan seseorang yang tidak religious, orang yang taat pada agama akan lebih tenang, damai, dibandingkan yang kurang taat beragama.

f) Emosi *Negatif*

Untuk memperoleh emosi positif, seseorang harus mampu melawan emosi negatif dengan cara mengurangi kejadian buruk dalam kehidupan, individu yang mengalami banyak emosi atau hal negatif akan mengalami sedikit emosi positif seperti rasa senang, gembira, cinta, rasa ingin tahu dan bangga.

g) Usia

Kebahagiaan sedikit meningkat sejalan dengan bertambahnya usia seseorang. Perasaan mencapai puncak dan terpuruk dalam suatu keputusan dalam kehidupan akan menjadi berkurang seiring bertambahnya usia dan pengalaman seseorang.

c. Aspek Kebahagiaan

Terdapat beberapa aspek kebahagiaan menurut Maharani (2015), terdapat tiga aspek kebahagiaan yang disebut dengan “3A kebahagiaan” yaitu:

- 1) *Acceptance* (sikap menerima) Shaver dan Feedman, mengatakan bahwa kebahagiaan adalah bagaimana individu memandang keadaan diri sendiri bukan membandingkan dengan hidup orang lain, di mana kebahagiaan tergantung pada sikap menerima dan menikmati keadaan orang lain dan apa yang dimiliki.
- 2) *Affection* (kasih sayang) di mana kasih sayang merupakan hal yang normal yang dialami semua orang, kasih sayang muncul dari sikap penerimaan orang lain terhadap diri sendiri. Semakin diterima baik oleh orang lain, maka semakin banyak kasih sayang yang didapatkan maka semakin banyak pula kebahagiaan yang dialami oleh individu.
- 3) *Achievement* (prestasi) adalah ketercapaian sebuah tujuan seseorang, di mana kebahagiaan akan tercipta seiring dengan prestasi yang diraihinya, jika individu mempunyai tujuan yang kurang realistis maka akan menimbulkan kegagalan yang mengakibatkan timbulnya rasa kecewa, rasa tidak puas dan tidak bahagia.

d. Aspek Kebahagiaan

Menurut Yulia (2012) terdapat sepuluh ciri atau tanda seseorang dikatakan bahagia yaitu:

- 1) Hidup memiliki arti dan arah, artinya di mana individu mampu menentukan tujuan hidupnya, dan mampu berinteraksi dengan dunia luar.
- 2) Berfikir dewasa dan kreatif, artinya kemampuan menjalankan rencana yang telah dibuat secara berkesinambungan, dan menggunakan waktu-waktu tertentu untuk menerima kelebihan dan kekurangan yang dimiliki.
- 3) Jarang merasa diperlakukan tidak adil atau dikecewakan oleh kehidupan Individu yang bahagia mampu menerima keadaan pada dirinya, hal ini erat hubungannya dengan rasa syukur yang dimiliki.
- 4) Mencapai beberapa tujuan hidup yang penting, artinya terpenuhinya semua kebutuhan jangka panjang dalam hidupnya yang penting, misalnya keadaan yang nyaman dan keluarga yang aman.
- 5) Peduli dengan pertumbuhan dan perkembangan pribadi, artinya seseorang yang bahagia selalu menganggap dirinya sebagai pribadi yang positif seperti halnya pribadi yang jujur, bertanggung jawab dan penuh cinta.
- 6) Memiliki keadaan hubungan mencintai dan dicintai Seseorang yang bahagia memiliki hubungan yang baik dengan dirinya sendiri maupun dengan orang

lain, hubungan yang baik adalah hubungan yang menguntungkan satu samalain.

- 7) Memiliki banyak teman, artinya individu yang bahagia memiliki banyak teman yang dapat memberikan rasa nyaman, aman, karena adanya hubungan timbale balik.
- 8) Menyenangkan dan bersemangat, artinya seseorang yang bahagia akan terlihat selalu senang dan bersemangat, hal ini dapat menimbulkan ketertarikan pada orang disekitarnya.
- 9) Tidak melihat kritikan sebagai serangan pribadi atau menjatuhkan harga dirinya, artinya seseorang yang bahagia memiliki harga diri yang cukup sehingga merasa aman ketika mendapat kritikan dari orang lain.
- 10) Tidak memiliki rasa takut yang umumnya dimiliki orang lain, artinya seseorang yang bahagia tidak memiliki ketakutan dan kecemasan yang pada umumnya dimiliki oleh orang lain, seperti takut hidup sendirian, takut sakit, dan lain-lain. Hal ini disebabkan karena orang yang bahagia adalah orang yang mampu bersyukur atas nikmat yang diberikan.

e. Pengaruh Kebahagiaan

Maharani (2015) mengatakan bahwa kebahagiaan (*Happiness*) memberikan hasil suasana hati yang positif, kebahagiaan memperluas sumber-sumber intelektual sosial dan fisik yang dimiliki, membuat lebih kreatif toleran murah hati, tidak realistis terhadap kemampuan diri sendiri, banyak mengingat hal yang menyenangkan, memanjangkan usia dan meningkatkan kesehatan, lebih mudah untuk mendapatkan teman, lebih mudah mendapatkan pasangan hidup dan menikah, menciptakan hubungan yang lebih baik dengan orang lain dan lingkungan sekitar.

f. Pengukuran Kebahagiaan

Untuk mengetahui rasa kebahagiaan dibutuhkan kuesioner yang mengidentifikasi tipe kepribadian dan tingkat kepuasan dalam berinteraksi. Kuesioner dalam penelitian ini adalah kuesioner baku yang telah diteliti pada penelitian sebelumnya yaitu penelitian oleh Pormanasari (2016). Pada penelitian ini menggunakan *Oxford Happiness Questionnaire* (OHQ) yang mengacu pada *Oxford Happiness Inventory* (OHI) yang dikembangkan oleh Argyl dan Lu (1990) dengan aspek-aspek yaitu, frekuensi dan tingkatan munculnya perasaan yang positif atau kesenangan, tidak adanya pengaruh negatif, dan kepuasan hidup secara menyeluruh. OHQ memiliki jumlah aitem sebanyak 29 soal. Selanjutnya

pertanyaan disediakan 3 alternatif jawaban yaitu 1=tidak setuju, 2=cukup setuju, 3=sangat setuju. Hasil dari *Oxford Happiness Questionnaire* memiliki skor 0-87. Untuk skor 0-48 dapat dinyatakan seseorang memiliki kebahagiaan rendah, skor 49-67 dinyatakan seseorang memiliki kebahagiaan sedang, dan skor 68-87 dinyatakan seseorang memiliki kebahagiaan rendah (Pormanasari, 2016).

4. Konsep Terapi Kognitif

a. Konsep Pengertian

1) Pengertian Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut. Teori kognitif sebenarnya rangkaian dengan terapi perilaku yang disebut sebagai terapi kognitif dan perilaku, karena menurut sejarahnya merupakan aplikasi dari beberapa teori belajar yang bervariasi (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

2) Pengertian Terapi Kognitif

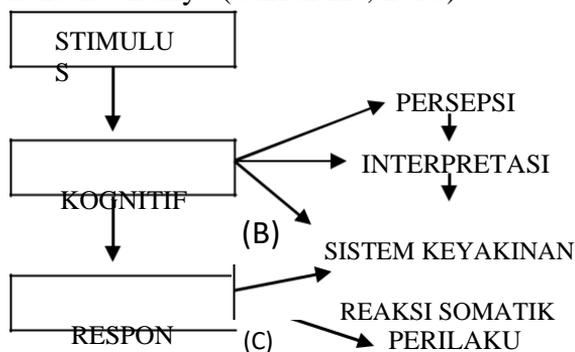
Cognitive Behaviour Therapy merupakan salah satu pendekatan yang digunakan dalam modifikasi perilaku. Modifikasi yang dimaksud adalah mengarahkan pada tujuan-tujuan untuk memperoleh tingkah laku baru yang diinginkan. Asumsi dasar dari perspektif *cognitive behaviour* ini adalah bahwa sebagian besar permasalahan perilaku, kognisi, dan emosi merupakan hasil dari pembelajaran dan dapat diubah dengan adanya pembelajaran baru (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

Dalam perkembangannya, terdapat beberapa teknik CBT yang dikembangkan oleh para ahli. Bandura mengembangkan teknik modeling atau yang disebutnya *observational learning*. Menurut Bandura, dengan mencontoh seseorang akan lebih efektif, juga lebih efisien dalam mengeliminasi rasa takut atau kecemasan yang tidak masuk akal. Albert Ellis pada tahun 1962 mengembangkan teknik *Rational Restructuring* dalam bentuk *Ratio-Emotive Therapy (RET)*. Ellis meyakini bahwa tingkah laku mengikuti hukum adanya *beliefs* (B) mengenali *activating* kejadian atau situasi (A) yang menyebabkan *consequences* (C) emosional dan perilaku yang problematic. Secara umum, RET bertujuan agar orang menghadapi pikiran tidak logisnya (Christine, 2013).

Sesuai dengan aliran kognitif dan perilaku (*behavior*), CBT menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui rangkaian proses Stimulus – Kognisi –

Respons (SKR), yang saling berkaitan membentuk semacam jaringan otak. Proses kognitif merupakan proses penentu bagi pikiran, perasaan, dan perilaku. Semua kejadian yang dialami berlaku sebagai sebagai stimulus yang dapat di persepsi secara positif (rasional) maupun negatif (irasional). Isi pikiran yang positif akan memengaruhi perasaan dan perilaku yang positif (normal), sedangkan isi pikiran yang negatif mengakibatkan gangguan emosi (perasaan). Selanjutnya menurut konsep dasar ini emosi atau perasaan akan memengaruhi tingkah laku atau perbuatan, baik secara positif atau negatif. Dengan CBT, dilakukan modifikasi fungsi pikiran, perasaan dan perilaku, dengan cara menekankan fungsi kognitif (otak) dalam menganalisis, memutuskan, bertanya, berkehendak, dan memutuskan kembali. Dengan mengubah status pikiran dan perasaan, diharapkan klien dapat mengubah perilakunya dari negatif menjadi positif (Christine, 2013).

Semua kejadian yang dialami dapat berlaku sebagai *activating event* (A) dan akan dipersepsikan diinterpretasi, selanjutnya kumpulan dari persepsi dan interpretasi tersebut akan membentuk suatu sistem keyakinan atau *belief* (B) yang akan memengaruhi reaksi fisiologis (somatik) dan perilaku sebagai *consequences* (C). Dengan CBT, dilakukan intervensi sehingga dapat menggoyahkan dan menyusun kembali keyakinan pasien (B) dari negatif (irasional atau mengalami penyimpangan/distorsi) ke positif (rasional atau realistis) dengan demikian dapat menghambat atau menghilangkan dampak negatif pada perilaku dan reaksi somatik sebagai konsekuensinya (Christine, 2013).



Gambar 2.1 Stimulus, Kognitif, dan Respon

3) Terapi Perilaku Sosial

Terapi perilaku sosial yang sering digunakan adalah terapi aktivitas kelompok, Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) adalah suatu upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah lansia dengan masalah hubungan

sosial, yang bertujuan untuk meningkat hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi membantu lansia untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar lansia. Terapi ini memfasilitasi psikoterapi untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengespresikan ide dan tukar persepsi, dan menerima stimulus eksternal yang berasal dari lingkungan (Wahab, 2014).

Terapi aktivitas kelompok bertujuan untuk meningkatkan kebersamaan, bersosialisasi, bertukar pengalaman, dan mengubah perilaku. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi membantu lansia untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitar lansia. Sosialisasi dapat dilakukan secara bertahap dari interpersonal, kelompok, dan massa. Aktivitas yang dapat diberikan dalam terapi dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok).

Terapi aktivitas kelompok sosialisasi ini sangat sesuai untuk diberikan kepada lansia-lansia yang mengalami masalah dengan interaksi sosial. Karakteristik lansia yang sesuai untuk diberikan terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah lansia yang kurang berminat atau tidak ada inisiatif untuk mengikuti kegiatan ruangan, sering berada di tempat tidur, menarik diri, kontak sosial kurang, harga diri rendah, gelisah, curiga, takut dan cemas, tidak ada inisiatif memulai pembicaraan, menjawab seperlunya, jawaban sesuai pertanyaan, dapat membina kepercayaan, mau berinteraksi dan sehat fisik. Selain itu terapi aktivitas kelompok sosialisasi juga ditujukan kepada lansia yang menarik diri yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal, lansia yang baru masuk tempat pelayanan kesehatan jiwa, dan lansia yang mengalami kerusakan komunikasi verbal yang telah merespons stimulus. Tujuan dari terapi aktivitas kelompok sosialisasi ini untuk meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota kelompok, berkomunikasi, saling memperhatikan, memberikan tanggapan terhadap orang lain, mengespresikan ide, dan menerima stimulus eksternal yang berasal dari lingkungan (Wahab, 2014).

4) Penatalaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok sosialisasi dilakukan terhadap sekelompok lansia berupa tindakan terapi dengan memfasilitasi kemampuan lansia untuk melakukan sosialisasi dengan orang lain dalam kelompok terapi yang telah dibentuk. Jumlah anggota kelompok yang nyaman untuk terapi kelompok adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang. Kegiatan sosialisasi yang terdapat dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi dilakukan secara bertahap yang terdiri dari tujuh sesi. Waktu yang optimal untuk tiap sesi adalah 20-40 menit.

Sesi pertama, lansia diminta untuk memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi. Evaluasi sesi ini adalah kemampuan lansia dalam memperkenalkan dirinya secara verbal dan nonverbal kepada anggota kelompok terapi. **Sesi kedua**, lansia diminta untuk berkenalan dengan anggota kelompok dengan cara memperkenalkan diri sendiri, evaluasi sesi ini adalah kemampuan lansia dalam berkenalan dengan anggota kelompok terapi secara verbal dan nonverbal. **Sesi ketiga**, lansia diminta untuk bercakap-cakap dengan anggota kelompok yaitu berupa menanyakan kehidupan pribadi kepada satu orang anggota kelompok dan menjawab pertanyaan tentang kehidupan pribadi. Evaluasi sesi ini adalah kemampuan lansia dalam verbal & nonverbal untuk bertanya dan menjawab dengan anggota kelompok.

Sesi empat, lansia diminta untuk menyampaikan topik pembicaraan tertentu dengan anggota kelompok, evaluasi sesi ini adalah kemampuan lansia secara verbal dan nonverbal dalam menyampaikan, memilih, dan memberi pendapat tentang topik percakapan. **Sesi kelima**, lansia diminta untuk menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi dengan orang lain meliputi evaluasi sesi ini adalah kemampuan lansia secara verbal dan nonverbal dalam menyampaikan, memilih, dan memberi pendapat tentang percakapan mengenai masalah pribadi.

Sesi keenam, lansia diminta untuk bekerjasama dalam permainan sosialisasi kelompok, evaluasi sesi ini adalah kemampuan lansia secara verbal dan nonverbal dalam bertanya, meminta, menjawab, dan memberi kepada orang lain. **Sesi ketujuh**, lansia diminta untuk menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan kelompok yang telah dilakukan, evaluasi sesi ini adalah kemampuan lansia dapat menyampaikan manfaat terapi yang telah berlangsung 6 sesi secara verbal dan disertai kemampuan nonverbal.

b. Tujuan Terapi Kognitif

Mengubah kepercayaan (anggapan) tidak logis, penalaran salah, dan pernyataan negatif yang mendasari permasalahan perilaku. Terapi kognitif berfokus pada bagaimana cara mengidentifikasi dan memperbaiki persepsi-persepsi pasien yang bias yang terdapat dalam pikirannya. Terapi kognitif bertujuan untuk membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal. Dengan demikian tujuan terapi kognitif dapat disimpulkan yaitu untuk mengubah pikiran-pikiran negatif yang tidak muncul diubah menjadi pikiran dan perilaku yang lebih rasional, realistis, dan positif.

c. Indikasi Terapi Kognitif

Terapi kognitif efektif untuk sejumlah kondisi psikiatri yang lazim, terutama: Depresi (ringan sampai sedang). Gangguan panik dan gangguan cemas menyeluruh atau kecemasan. Individu yang mengalami stress emosional. Gangguan obsesif kompulsif (*obsessive compulsive disorder*) yang sering terjadi pada orang dewasa dan memiliki respons terhadap terapi perilaku dan antidepresan. Jarang terjadi pada awal masa anak-anak, meskipun kompulsi terisolasi sering terjadi. Gangguan fobia (misalnya agoraphobia, fobia social).

d. Penatalaksanaan Kognitif

Menurut Burns (1988) pelaksanaan terapi kognitif terdiri dari 9 sesi, Sesi 1 adalah ungkapan pikiran otomatis yang timbul dan klasifikasikan dalam distorsi kognitif. Sesi 2 adalah ungkapkan alasan atau penyebab timbulnya pikiran

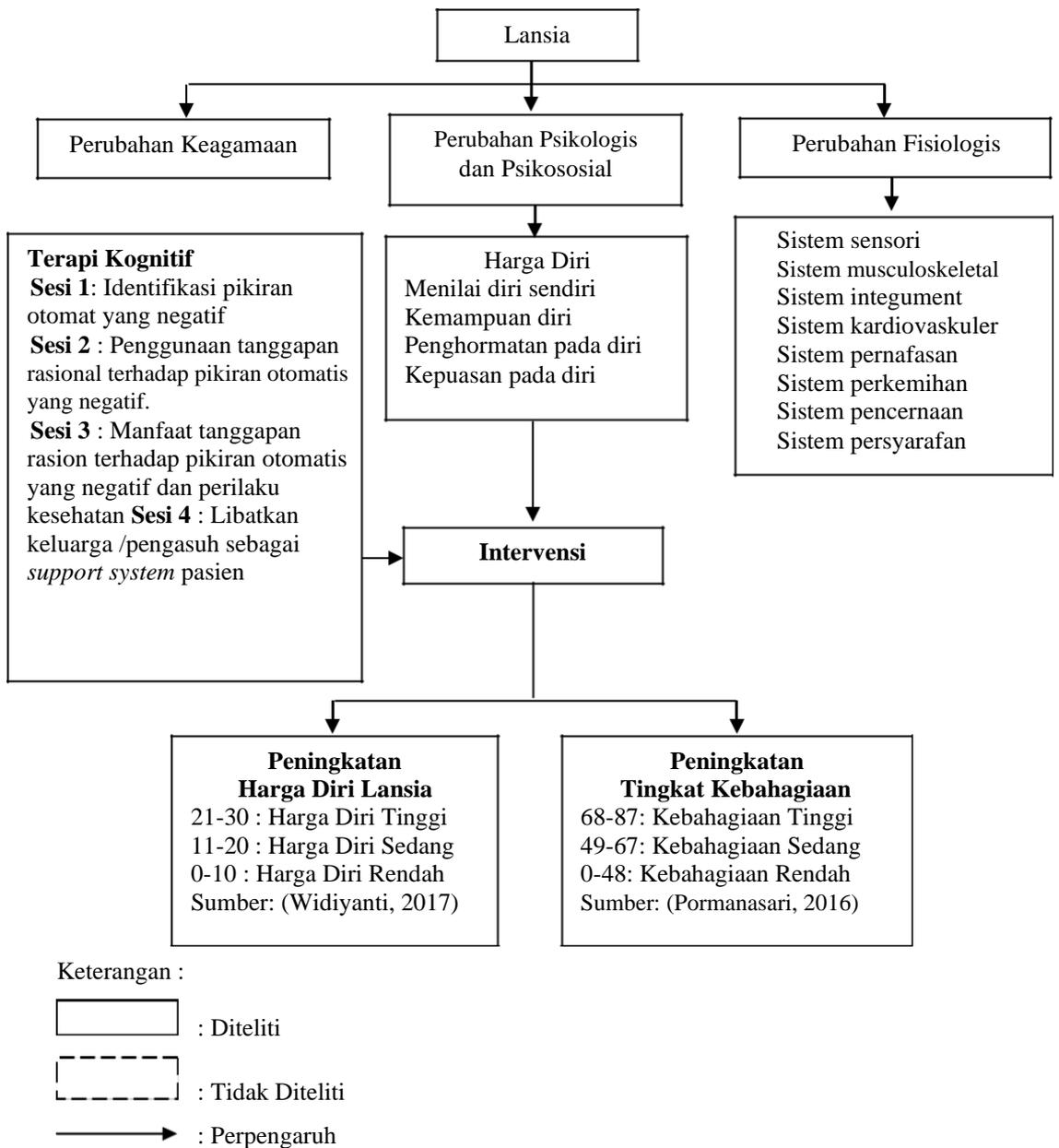
otomatis. Sesi 3 adalah tanggapan atau anjurkan pasien mengungkapkan keinginannya (metode 3 kolom). Sesi 4 adalah diskusi perasaan pasien saat membuat catatan harian. Sesi 5 adalah diskusi kemampuan pasien dalam menghadapi masalah tehnik 3 kolom yang dilakukan. Sesi 6 yaitu diskusi manfaat dalam memberikan tanggapan, cara pasien menyelesaikan masalah/hambatan yang ditemui. Sesi 7 merupakan diskusi perasaan setelah terapi (mengungkapkan hasil dalam mengikuti terapi). Sesi 8 adalah mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan sesi terakhir. Sesi 9 ialah melibatkan keluarga untuk menjadi support system pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

Menurut Yusuf Yusuf, Fitriyasaki, dan Nihayati (2015) kesembilan sesi dalam terapi kognitif dapat dilakukan dalam empat kali pertemuan. Pertemuan **pertama** merupakan pelaksanaan untuk sesi 1, sesi 2, yaitu mengungkapkan pikiran otomatis dan alasan, yang bertujuan untuk agar pasien mampu mengungkapkan pikiran otomatis pada perawat dan penyebab timbulnya pikiran otomatis. Pertemuan **kedua** merupakan pelaksanaan untuk sesi 3, sesi 4 dan sesi 5, yaitu tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis dan *problem solving* (penyelesaian masalah). Pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam memberi tanggapan positif terhadap pikiran negatif, pasien dapat menuliskan pikiran otomatis dan tanggapan rasionalnya, dan meningkatkan kemampuan pasien untuk menyelesaikan masalahnya sendiri. Pertemuan **ketiga** adalah pelaksanaan sesi 6, sesi 7, sesi 8, yaitu tentang manfaat tanggapan, ungkapkan hasil dan membuat buku harian serta berinteraksi dengan individu dan lingkungan sekitar. Pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien mengungkapkan

hasil dan manfaat dari pelaksanaan terapi kognitif dan pasien mampu menyelesaikan masalah serta memperkenalkan diri, berkenalan dengan lansia lain, bercakap-cakap, menyampaikan topik pembicaraan, menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi, bekerjasama, dan menyampaikan pendapat manfaat kegiatan kelompok. Pertemuan terakhir atau pertemuan **keempat** merupakan pelaksanaan sesi 9, adalah *support system* yang bertujuan untuk meningkatkan komunikasi perawat dengan pasien, pasien mendapat *support system*, dan keluarga dapat menjadi *support system* bagi pasien.

B. Kerangka Konseptual

Model konseptual adalah sarana pengorganisasian fenomena yang kurang formal dari pada teori. Seperti teori, model konseptual berhubungan dengan abstraksi (konsep) yang disusun berdasarkan relevansinya dengan tema umum (Notoatmodjo, 2012).



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

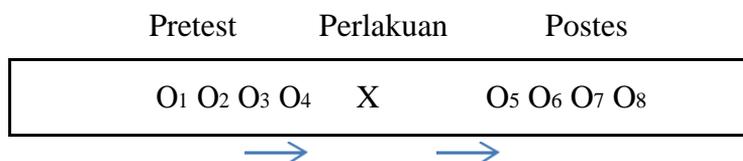
C. Hipotesis

Hipotesa diartikan sebagai jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian (Sugiyono, 2015). Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri dan kebahagiaan lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Quasi Exsperimental* dengan metode (*Time Series Desain*), *quasi Exsperimental* merupakan pengembangan dari *true experimentak desain*. Dalam *Time Series Desain* kelompok perlakuan di beri pretest sampai empat kali, dengan maksud untuk mengetahui kestabilan dan kejelasan keadaan kelompok sebelum diberikan perlakuan. Bila hasil pretest selama empat kali didapatkan kestabilan dengan jelas, maka baru diberi perlakuan (Sugiyono, 2015). Desain penelitian ini hanya menggunakan satu kelompok saja, sehingga tidak memerlukan kelompok kontrol. Hasil pretest yang baik adalah $O_1 = O_2 = O_3 = O_4$ dan hasil perlakuan yang baik adalah $O_5 = O_6 = O_7 = O_8$. Besarnya perlakuan adalah $(O_5 + O_6 + O_7 + O_8) - (O_1 + O_2 + O_3 + O_4)$.



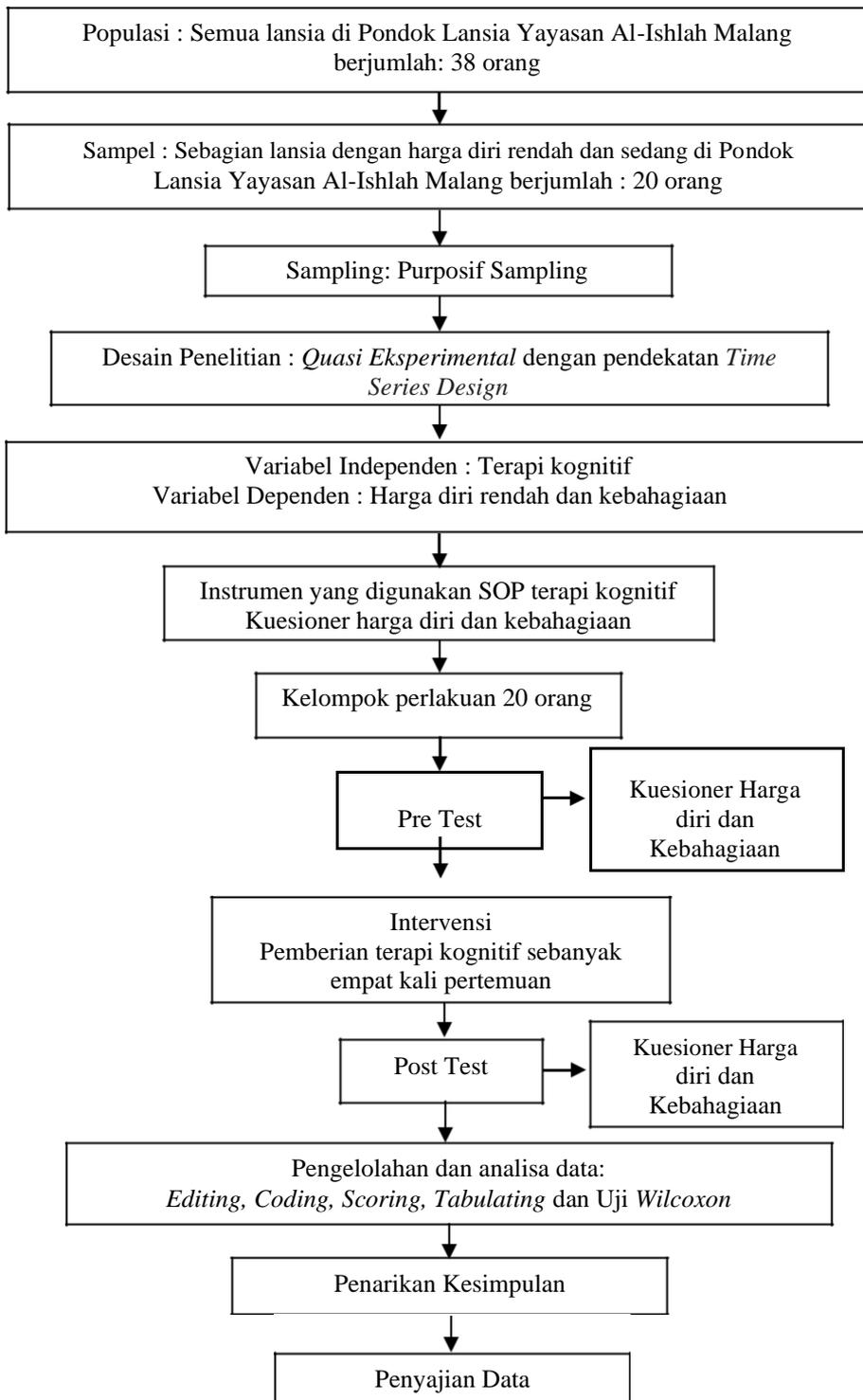
Gambar 3.1 Bentuk Rancangan *Time Series*

Desain Keterangan:

- O₁ - O₄ : Pretest pertama-keempat
- O₅ - O₈ : Posttest pertama-keempat
- X : Pemberian terapi kognitif

B. Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan teori yang bisa diukur dan telah dikembangkan pada perawatan atau ilmu lain yang bisa membantu penelitian untuk menghubungkan hasil penemuan dengan ilmu pengetahuan (Nursalam, 2013). Adapun kerangka kerja pada penelitian ini dapat dilihat pada halaman berikutnya:



Gambar 3.2 Kerangka Kerja Penelitian Terapi Kognitif terhadap Peningkatan Harga Diri dan Kebahagiaan Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

C. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas, obyek/subjek yang mempunyai kuantitas & karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia yang tinggal di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang yang berjumlah 38 orang.

2. Sampel

Sampel penelitian adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2015). Sampel dalam penelitian ini dengan rumus di atas berjumlah lebih dari 16 lansia yang ada di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang. Rumus yang digunakan dalam penentuan sampel (Sudigdo, 1995) adalah:

Rumus:

$P(N-1) \geq 15$ Keterangan: P = Perlakuan N = Jumlah Sampel

Jadi jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah

$$P(N-1) \geq 15 \quad 1(N-1) \geq 15 \quad N-1 \geq 15 \quad N \geq 15+1 \quad \rightarrow \quad N \geq 16$$

3. Sampling

Sampling merupakan teknik pengambilan sampel (Sugiyono, 2015). Sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposif sampling* yaitu pemilihan sampel dengan teknik dalam pengambilan sampel sumber data yang dipilih memiliki pertimbangan tertentu yang ditentukan oleh kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi: Lansia dapat berkomunikasi verbal dan kooperatif, Lansia yang bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi: Lansia dengan penyakit kronis atau terminal, Lansia dengan gangguan demensia sedang sampai berat.

D. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2015).

Dalam penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu:

1. Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel independent dalam penelitian ini adalah pemberian terapi kognitif.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel dependent dalam penelitian ini adalah harga diri dan kebahagiaan lansia.

E. Definisi Operasional

Data operasional menjelaskan semua variabel secara operasional sehingga mempermudah pembaca untuk memahami makna penelitian (Nursalam, 2013).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| Variabel | Definisi Operasional | Indikator | Alat Ukur | Skala Data | Skor |
|---|--|---|--|------------|---|
| Variabel <i>independen</i> : Pemberian terapi kognitif | Pemberian terapi kognitif merupakan suatu proses pemberian terapi yang mengubah pikiran-pikiran negatif otomatis menjadi pikiran-pikiran positif rasional dan melakukan kegiatan/perilaku positif. Pemberian terapi kognitif dilakukan 4 sesi sesuai SOP terapi kognitif | - | • SOP terapi kognitif | - | - |
| Variabel <i>dependen</i> : Harga Diri Lansia | Penilaian lansia tentang dirinya sendiri yang diperoleh dengan membandingkan perilaku dengan keinginan yang ingin dicapai | Pengungkapan diri Merasa bersalah, Menunjukkan tanda depresi, Menolak terhadap situasi baru Mengingkari masalah nyata, Ketidakmampuan menentukan tujuan, Hipersensitivitas terhadap kritik ringan, Perilaku penyalahgunaan diri, Kurang/buruknya pemecahan masalah, | Kuesioner “ <i>Rosenberg self-esteem scale</i> ” | Ordinal | 21-30: Harga diri tinggi 11-20: Harga diri tinggi 0-10: Harga diri tinggi |

| | | | | | |
|--------------------|--|--|---|---------|--|
| | | Merasionalisasikan kegagalan pribadi | | | |
| Kebahagiaan Lansia | Kebahagiaan pada lanjut usia adalah perasaan senang dan nyaman yang ditandai dengan adanya dukungan dari keluarga, interaksi social yang baik dan waktu luang yang produktif | <i>Acceptance</i> (sikap menerima) <i>Affection</i> (kasih sayang) <i>Achievement</i> (prestasi) | Kuesioner “ <i>The Oxford Happiness Questionnaire</i> ” | Ordinal | 59-87: Kebahagiaan tinggi 30-58: Kebahagiaan sedang 0-29: Kebahagiaan rendah |

F. Pengumpulan Data dan Pengolahan Data

1. Bahan dan Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat bantu yang dipilih dan yang digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis (Notoatmodjo, 2012). Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner baku. Kuesioner pertama untuk harga diri terdiri dari 10 soal menggunakan skala *Likert*. Kuesioner kedua untuk kebahagiaan *oxford* yang menggunakan skala *liker* terdiri dari 29 pertanyaan.

2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Pondok Lansia yayasan Al-Ishlah Malang. Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 25 April - 25 Juni 2021.

3. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013).

a. Penjelasan

Sebelum penelitian dimulai, terlebih dahulu peneliti bekerjasama dengan kepala perawat mengunjungi responden untuk berkenalan dan mencari responden yang sesuai dengan kriteria sampling pada penelitian ini. Setelah itu, responden diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian terapi kognitif. Kemudian responden ditanya kesediaannya untuk menjadi responden. Apabila responden bersedia menjadi responden, maka responden dipersilahkan menandatangani *informed consent*.

b. Pretest

Pengumpulan data dimulai pada tanggal 25–27 April 2021 dengan menggunakan kuesioner harga diri dan kebahagiaan *oxford* sebanyak empat kali dengan kode A1 pengukuran harga diri dan kebahagiaan lansia pertama, kode A2 pengukuran harga diri dan kebahagiaan lansia kedua, kode A3 pengukuran harga diri dan kebahagiaan lansia ketiga, kode A4 pengukuran harga diri dan kebahagiaan lansia.

c. Pemberian Terapi Kognitif

Setelah dilakukan pengukuran harga diri dan kebahagiaan pada responden, selanjutnya peneliti melakukan pemberian terapi kognitif sebanyak 4 sesi dalam 6 minggu, sesi pertama dan kedua dilakukan dua kali pertemuan dalam minggu pertama dan minggu kedua, sesi keempat dilakukan dua kali pertemuan dalam seminggu diminggu keenam. Pelaksanaan terapi kognitif dimulai pada tanggal 3 Mei – 13 Juni 2021. Dalam pelaksanaan pemberian terapi kognitif peneliti dibantu dua orang asisten peneliti.

d. Posttest

Pengumpulan data posttest dilakukan pada tanggal 14-16 Juni 2021 dengan kuesioner harga diri dan kebahagiaan *oxford* setelah responden selesai mendapatkan terapi kognitif, pengukuran posttest dilakukan sebanyak empat kali dengan kode A5 pengukuran harga diri dan kebahagiaan lansia pertama, kode A6 pengukuran harga diri dan kebahagiaan lansia kedua, kode A7 pengukuran harga diri dan kebahagiaan lansia ketiga, kode A8 pengukuran harga diri dan kebahagiaan lansia.

4. Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul kemudian akan diolah (*Editing, Coding, Scoring, dan Tabulating*) *Editing*/memeriksa *Editing* merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan pada *coding, scoring* dan *tabulating* agar teratur dan mempermudah dalam proses analisa datanya.

a. *Coding* (Memberi Kode)

Langkah selanjutnya peneliti memberikan kode A1, A2, A3, A4 untuk hasil pengukuran pretest dan kode A5, A6, A7, A8 untuk hasil pengukuran posttest dalam lembar kuesioner.

b. *Scoring*

Pemberian skor pada lembar observasi.

Skor Harga Diri: Harga Diri Tinggi: 21-30, Harga Diri Sedang: 11-20, Harga Diri Rendah: 0-10. Skor Kebahagiaan: Kebahagiaan Tinggi: 68-87, Kebahagiaan Sedang: 49-67, Kebahagiaan Rendah: 0-48.

c. *Tabulating Data*

Tabulating adalah proses memasukkan data dalam tabel dan mengatur angka-angka sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam berbagai kategori.

5. Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan, di mana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam mengungkapkan fenomena (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini setelah data ditabulasi, kemudian diolah dengan melakukan uji normalitas, tabulasi silang dan uji wilcoxon dibantu dengan menggunakan *Statistic Product And Solution Servis* (SPSS) versi 22 pada *Windows*.

G. Etika Penelitian

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed Consent adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden dengan memberikan lembar persetujuan, *Informed Consent* diberikan sebelum melakukan penelitian. Peneliti harus menerangkan maksud, tujuan dan dampak dari penelitian ini kepada responden sehingga responden mengerti. Apabila responden bersedia maka responden harus menandatangani lembar persetujuan (Hidayat, 2013).

2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Anonimity adalah jaminan dalam penggunaan subjek dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Namun hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2013).

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya sangat dijaga oleh peneliti. Hanya pada kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2013).

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah berada di Gg. 22A Nomor 33 Pandanwangi Kecamatan Blimbing Kota Malang. Pondok lansia yayasan Al-Ishlah berdiri diluas tanah kurang lebih 800 meter persegi, didalam panti terdapat satu ruangan kantor, mushola, dua ruang perawat, ruang laundry, ruang masak, dan 14 ruangan yang berisi 3 bed untuk lansia dengan kamar mandi dalam. Setiap ruangan atau kamar lansia diberi nama buah-buahan seperti ruangan apel, anggur, semangka, melon, dan lain-lain.

B. Data Umum

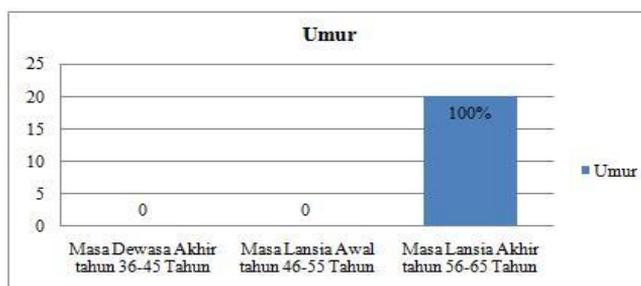
1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

Berdasarkan gambar 4.1 diketahui bahwa seluruh responden bejenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20 responden (100%).

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia



Gambar 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia pada Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

Berdasarkan gambar 4.2 diketahui bahwa seluruh responden berumur Lansia Akhir 56-65 tahun yaitu 20 responden (100%).

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan



Gambar 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan pada Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

Berdasarkan gambar 4.3 diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan terakhir SD yaitu sebanyak 14 responden (70%) dan sebagian kecil berpendidikan terakhir SMP yaitu sebanyak 2 responden (10%).

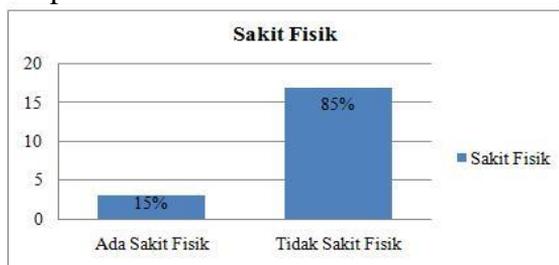
4. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan



Gambar 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan pada Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

Berdasarkan gambar 4.4 diketahui bahwa seluruh responden memiliki status pernikahan tidak menikah atau janda yaitu sebanyak 20 responden (100%).

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Sakit Fisik



Gambar 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Sakit Fisik pada Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

Berdasarkan gambar 4.4 diketahui bahwa hampir seluruh responden tidak memiliki sakit fisik yaitu sebanyak 17 responden (85%) dan sebagian kecil responden memiliki sakit fisik yaitu sebanyak 3 responden (15%).

6. Karakteristik Responden Berdasarkan Awal Kedatangan



Gambar 4.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Awal Kedatangan pada Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

Berdasarkan gambar 4.4 diketahui bahwa hampir seluruh responden dititipkan keluarga di pondok lansia yaitu sebanyak 18 responden (90%) dan sebagian kecil responden dari dinas sosial sebanyak 2 responden (10%).

C. Data Khusus

1. Distribusi Frekuensi Harga Diri Sebelum dan Sesudah Terapi Kognitif

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Harga Diri Lansia Sebelum dan Sesudah Terapi Kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

| No | Pre Terapi Kognitif | | | Post Terapi Kognitif | | |
|-------|---------------------|----|------|----------------------|----|------|
| | Harga Diri | F | % | Harga Diri | F | % |
| 1 | Harga Diri Tinggi | - | - | Harga Diri Tinggi | 18 | 90% |
| 2 | Harga Diri Sedang | 8 | 40% | Harga Diri Sedang | 2 | 10% |
| 3 | Harga Diri Rendah | 12 | 60% | Harga Diri Rendah | - | - |
| Total | | 20 | 100% | Total | 20 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui sebagian besar responden memiliki harga diri rendah yaitu sebanyak 12 responden (60%) dan hampir setengahnya memiliki harga diri sedang yaitu 8 responden (40%). Dan harga diri lansia sesudah diberi terapi kognitif didapatkan data hampir seluruh responden memiliki harga diri tinggi yaitu sebanyak 18 responden (90%) dan sebagian kecil memiliki harga diri sedang yaitu 2 responden (10%).

2. Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Sebelum dan Sesudah Terapi Kognitif

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Kebahagiaan Lansia Sebelum dan Sesudah Terapi Kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

| No | Pre Terapi Kognitif | | | Post Terapi Kognitif | | |
|-------|---------------------|----|------|----------------------|----|------|
| | Kebahagiaan | F | % | Kebahagiaan | F | % |
| 1 | Kebahagiaan Tinggi | - | - | Kebahagiaan Tinggi | 18 | 90% |
| 2 | Kebahagiaan Sedang | 13 | 65% | Kebahagiaan Sedang | 2 | 10% |
| 3 | Kebahagiaan Rendah | 7 | 35% | Kebahagiaan Rendah | - | - |
| Total | | 20 | 100% | Total | 20 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kebahagiaan sedang yaitu sebanyak 13 responden (65%) dan hampir setengahnya memiliki kebahagiaan rendah yaitu 7 responden (35%). Dan kebahagiaan lansia sesudah diberi terapi kognitif didapatkan data hampir seluruh responden memiliki kebahagiaan tinggi yaitu sebanyak 18 responden (90%) dan sebagian kecil memiliki kebahagiaan sedang yaitu 2 responden (10%).

3. Distribusi Frekuensi Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Harga Diri

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Harga Diri pada Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

| Kategori Perubahan Harga Diri Sebelum-Sesudah | Frekuensi | Persentase |
|---|-----------|------------|
| Naik | 20 | 100% |
| Tetap | | |
| Turun | | |
| Jumlah | 20 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui seluruh responden mengalami peningkatan kebahagiaan yaitu sebanyak 20 responden (100%).

4. Distribusi Frekuensi Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Kebahagiaan

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Kebahagiaan pada Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang Tahun 2021

| Kategori Perubahan Kebahagiaan Sebelum-Sesudah | Frekuensi | Persentase |
|--|-----------|------------|
| Naik | 20 | 100% |
| Tetap | | |
| Turun | | |
| Jumlah | 20 | 100% |

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui seluruh responden mengalami peningkatan kebahagiaan yaitu sebanyak 20 responden (100%).

D. Uji Normalitas

Sebelum dilakukan uji statistik, data yang diperoleh harus dilakukan uji normalitas, uji normalitas yang digunakan adalah uji normalitas Shapiro wilk karena responden yang digunakan dalam penelitian ini kurang dari 50 responden dan memperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.5 Hasil Uji Normalitas

| | Tests of Normality | | | | | |
|----------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | Statistic | Df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| HDR_Prestest | .288 | 20 | .000 | .828 | 20 | .002 |
| HDR_Posttest | .225 | 20 | .009 | .857 | 20 | .007 |
| Kebahagiaan_Prestest | .204 | 20 | .029 | .890 | 20 | .027 |
| Kebahagiaan_Posttest | .277 | 20 | .000 | .710 | 20 | .000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa uji normalitas (Shapiro-Wilk), mendapatkan hasil nilai kemaknaan signifikansi (p) $<0,05$ yang artinya data berdistribusi tidak normal, sehingga dapat disimpulkan bahwa data yang diperoleh dalam penelitian ini berdistribusi tidak normal, sehingga uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Wilcoxon*.

E. Hasil Uji Statistik

Hasil Uji *Wilcoxon* apabila nilai p -value $0,000 < \alpha = 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri dan kebahagiaan lansia di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang, maka peneliti menggunakan Uji *Wilcoxon* dan memperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.6 Hasil Uji Wilcoxon
Test Statistics^a

| | HDR_Posttest - HDR_Prestest | Kebahagiaan_Posttest - Kebahagiaan_Prestest |
|------------------------|-----------------------------|---|
| Z | -3.925 ^b | -3.921 ^b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .001 | .001 |

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

| | n | Median (Minimum-Maximum) | P |
|-------------------------------------|----|--------------------------|-------|
| Harga Diri Sebelum Terapi Kognitif | 20 | 10,25 (10-14) | 0,001 |
| Harga Diri Sesudah Terapi Kognitif | 20 | 25,25 (19-29) | |
| Kebahagiaan Sebelum Terapi Kognitif | 20 | 56,00 (46-64) | 0,001 |
| Kebahagiaan Sesudah Terapi Kognitif | 20 | 82,25 (64-86) | |

Hasil uji menggunakan uji *Wilcoxon*, didapatkan hasil harga diri dan kebahagiaan lansia sama-sama mendapatkan hasil nilai signifikansi *p-value* 0,001 ($p < 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya “terdapat peningkatan harga diri dan kebahagiaan yang bermakna antara harga diri dan kebahagiaan sebelum diberi terapi kognitif dengan harga diri dan kebahagiaan sesudah diberi terapi kognitif pada lansia di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang”.

F. TABULASI

| No | Nama Responden | Umur | Pen- didikan | Awal Datang | Agama | Status Perkawinan | Sakit Fisik | HARGA DIRI LANSIA | | | | | | | | KEBAHAGIAAN LANSIA | | | | | | | |
|----|----------------|------|-----------------|----------------|-------|----------------------|----------------|-------------------|----|----|----|-----------|----|----|----|--------------------|----|----|----|-----------|----|----|----|
| | | | | | | | | Pre-Test | | | | Post-Test | | | | Pre-Test | | | | Post-Test | | | |
| | | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Responden_01 | 59 | SMA | 2 | 1 | 2 | 1 | 12 | 14 | 14 | 16 | 28 | 28 | 30 | 30 | 49 | 52 | 58 | 64 | 80 | 80 | 85 | 85 |
| 2 | Responden_02 | 60 | SMP | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 11 | 10 | 10 | 24 | 24 | 24 | 26 | 52 | 52 | 52 | 56 | 77 | 80 | 86 | 87 |
| 3 | Responden_03 | 62 | SMP | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 9 | 10 | 12 | 24 | 25 | 24 | 24 | 52 | 58 | 63 | 63 | 81 | 80 | 84 | 84 |
| 4 | Responden_04 | 62 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 9 | 10 | 10 | 11 | 22 | 26 | 26 | 54 | 54 | 60 | 60 | 72 | 80 | 80 | 83 | |
| 5 | Responden_05 | 65 | SD | 1 | 1 | 2 | 1 | 9 | 10 | 10 | 12 | 24 | 26 | 28 | 46 | 48 | 48 | 48 | 60 | 64 | 66 | 66 | |
| 6 | Responden_06 | 70 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 9 | 9 | 10 | 10 | 19 | 20 | 20 | 43 | 45 | 48 | 48 | 63 | 63 | 70 | 70 | |
| 7 | Responden_07 | 65 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 10 | 10 | 10 | 18 | 20 | 20 | 45 | 47 | 48 | 48 | 66 | 69 | 73 | 78 | |
| 8 | Responden_08 | 59 | SMA | 2 | 1 | 2 | 2 | 12 | 12 | 14 | 14 | 23 | 26 | 26 | 58 | 60 | 64 | 64 | 84 | 84 | 87 | 87 | |
| 9 | Responden_09 | 58 | SMA | 2 | 1 | 2 | 2 | 11 | 12 | 12 | 13 | 24 | 28 | 30 | 60 | 63 | 63 | 66 | 78 | 84 | 84 | 87 | |
| 10 | Responden_10 | 62 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 10 | 12 | 12 | 23 | 26 | 26 | 51 | 54 | 62 | 62 | 75 | 79 | 81 | 82 | |
| 11 | Responden_11 | 63 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 11 | 11 | 11 | 11 | 24 | 28 | 28 | 46 | 46 | 48 | 47 | 76 | 80 | 80 | 82 | |
| 12 | Responden_12 | 64 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 9 | 10 | 11 | 10 | 22 | 28 | 28 | 44 | 46 | 48 | 48 | 80 | 84 | 84 | 87 | |
| 13 | Responden_13 | 65 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 9 | 10 | 11 | 25 | 30 | 30 | 54 | 56 | 62 | 62 | 80 | 82 | 85 | 85 | |
| 14 | Responden_14 | 60 | SMA | 2 | 1 | 2 | 2 | 11 | 12 | 12 | 12 | 24 | 26 | 28 | 60 | 60 | 64 | 64 | 80 | 80 | 83 | 86 | |
| 15 | Responden_15 | 61 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 9 | 10 | 10 | 10 | 21 | 26 | 27 | 46 | 48 | 48 | 66 | 77 | 83 | 87 | 87 | |
| 16 | Responden_16 | 61 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 10 | 10 | 10 | 24 | 26 | 26 | 54 | 56 | 56 | 59 | 81 | 81 | 82 | 85 | |
| 17 | Responden_17 | 66 | SD | 1 | 1 | 2 | 2 | 11 | 11 | 12 | 14 | 22 | 24 | 28 | 63 | 64 | 64 | 66 | 80 | 80 | 82 | 85 | |
| 18 | Responden_18 | 64 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 10 | 10 | 10 | 24 | 30 | 30 | 43 | 48 | 48 | 48 | 80 | 82 | 85 | 87 | |
| 19 | Responden_19 | 62 | SD | 2 | 1 | 2 | 2 | 12 | 12 | 13 | 14 | 26 | 30 | 30 | 53 | 53 | 59 | 64 | 78 | 79 | 83 | 84 | |
| 20 | Responden_20 | 63 | SD | 2 | 1 | 2 | 1 | 9 | 10 | 10 | 11 | 24 | 26 | 28 | 45 | 45 | 48 | 48 | 76 | 80 | 83 | 85 | |

BAB V

PEMBAHASAN

A. Harga Diri Lansia Sebelum Terapi Kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa harga diri lansia sebelum diberi terapi kognitif dari 20 responden, didapatkan data sebagian besar responden memiliki harga diri rendah yaitu sebanyak 12 responden 60% dan hampir setengahnya memiliki harga diri sedang yaitu sebanyak 8 responden 40%.

Harga diri adalah evaluasi individu terhadap dirinya sendiri secara positif atau negatif, evaluasi individu tersebut terlihat dari penghargaan yang ia berikan terhadap eksistensi dan keberartian dirinya. Individu yang mempunyai harga diri positif akan menerima dan menghargai dirinya sendiri sebagaimana adanya serta tidak cepat-cepat menyalahkan dirinya atas kekurangan atau ketidaksempurnaan dirinya. Ia selalu merasa puas dan bangga dengan hasil karyanya sendiri dan selalu percaya diri dalam menghadapi berbagai tantangan. Sebaliknya, individu yang memiliki harga diri negatif merasa dirinya tidak berguna, tidak berharga, dan selalu menyalahkan dirinya atas ketidaksempurnaan dirinya. Ia cenderung tidak percaya diri dalam setiap melakukan tugas dan tidak yakin dengan ide-ide yang dimilikinya (Suhron, 2017).

Frey dan Carlock dalam Suhron (2017) mengungkapkan bahwa harga diri adalah penilaian yang mengacu pada penilaian positif, negatif, netral dan ambigu yang merupakan bagian dari konsep diri, tetapi bukan berarti cinta diri sendiri. Individu dengan harga diri yang tinggi menghormati dirinya sendiri, mempertimbangkan dirinya berharga, dan melihat dirinya sama dengan orang lain. Sedangkan harga diri rendah pada umumnya merasakan penolakan, ketidakpuasan diri dan meremehkan diri sendiri. Harga diri rendah dipengaruhi beberapa faktor, seperti faktor biologis, psikologis, sosial dan kultural. Faktor biologis biasanya karena adanya sakit fisik yang dapat memengaruhi kerja hormon secara umum yang dapat pula berdampak pada keseimbangan *neurotransmitter* di otak, contoh kadar *serotonin* yang menurun dapat mengakibatkan klien mengalami depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah kronis semakin besar karena klien dipengaruhi oleh pikiran-pikiran negatif dan tidak berdaya (Rahayuni, dkk, 2015).

Harga diri rendah pada lansia dapat berhubungan dengan jenis kelamin dan status pernikahan, diketahui dari tabel 4.5 bahwa dari 20 responden di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang, didapatkan data seluruh responden bejenis

kelamin perempuan dengan hampir setengahnya dari responden memiliki harga diri sedang sebanyak 8 responden (40%) dan sebagian besar responden memiliki harga diri rendah sebanyak 12 responden (60%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Narullita (2017), lansia yang berjenis kelamin perempuan hampir seluruhnya mengalami harga diri rendah sebanyak 80 (77,7%) orang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ramayanti (2020), yaitu wanita lebih rentan terkena gangguan mental emosional disebabkan perubahan hormonal, selain perubahan hormonal karakteristik wanita yang lebih mengedepankan emosional dari pada rasional.

Peneliti berpendapat bahwa faktor yang dapat memengaruhi harga diri lansia menurun salah satunya adalah jenis kelamin. Lansia dengan jenis kelamin perempuan memiliki perasaan yang lebih sensitif jika dibandingkan laki-laki, seperti perasaan ingin dicintai, disayangi, diperhatikan oleh pasangan hidup dan keluarganya terutama disaat lansia merasa apa yang diinginkannya tidak sesuai dengan kenyataan. Hal ini dapat menyebabkan lansia mengalami harga diri rendah. Lansia juga mengalami perubahan-perubahan akibat dari proses menua yang salah satunya adalah penurunan produksi hormon estrogen dan progesteron. Penurunan hormon estrogen dan progesteron akan memengaruhi kerja neurotransmitter di dalam tubuh, seperti neuroendokrin dan sistem srikardian yang terlibat dalam gangguan suasana perasaan, sehingga lansia akan mengalami perubahan suasana hati, seperti: merasa sedih, ketidakberdayaaan, rasa tidak berarti, tidak berguna, dan lain sebagainya.

Pada tabel 4.8 memberikan informasi bahwa seluruh responden memiliki status pernikahan tidak menikah/janda, dengan hampir setengahnya dari responden memiliki harga diri sedang sebanyak 8 responden (40%) dan sebagian besar responden memiliki harga diri rendah sebanyak 12 responden (60%). Penelitian ini sesuai dengan Narullita (2017), lansia dengan status perkawinannya sebagai janda/duda hampir seluruhnya mengalami harga diri rendah yaitu sebanyak 52 (58,4%) orang. Menurut Stuart dan Sundeen dalam Narullita (2017), individu yang mengalami perceraian atau tidak memiliki pasangan termasuk kelompok resiko tinggi mengalami masalah psikologis. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian lain bahwa dukungan sosial akan memengaruhi kesehatan mental lansia (Kismanto dan Setyawan, 2014). Pernyataan tersebut diperkuat oleh pernyataan Gunarsa (2009) bahwa seseorang yang merasa kesepian memiliki afek negatif, karena lansia merasa dirinya diabaikan oleh orang lain, tidak dipedulikan oleh orang lain dan tidak bermakna bagi orang lain.

Peneliti berpendapat bahwa, lansia yang kehilangan pasangan hidup atau berstatus tidak menikah/janda akan membuat lansia merasa kurangmendapatkan dukungan sosial dari orang terdekat, selain kehilangan pasangan hidup lansia juga akan merasakan harga diri rendah apabila tidak ada keluarga disekitarnya, dari penelitian ini didapatkan hampir seluruh lansia ditiptkan oleh keluarganya untuk tinggal atau ditiptkan di pondok lansia 17 lansia 85%, maka dapat dipastikan lansia akan merasakan perasaan kesepian yang akan menyebabkan terjadinya harga diri rendah.

Pengalaman yang ditemui peneliti terhadap harga diri rendah pada lansia di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang yaitu adanya pikiran-pikiran negatif terhadap dirinya seperti merasa tidak berdaya (“saya sudah tidak bisa apa-apa badan terasa sakit tidak seperti dulu lagi”), pikiran takut akan sakit dan kematian di mana tidak ada pasangan (“disini saya sendiri kalau sakit siapa yang merawat saya”), merasa tidak ada yang menyayangi, merasa sendiri, tidak bersemangat, merasa tidak ada harapan lagi (“keluarga saya tidak sayang sama saya, saya ditaruh disini, saya tidak betah, saya tidak punya siapa-siapa lagi”) dan lain- lain. Dari tingkat tersebut maka sangat tepatlah terapi kognitif ini dilakukan untuk mengatasi harga diri rendah karena dengan terapi kognitif dapat mengubah pikiran- pikiran negatif yang dimunculkan lansia depresi dengan harga diri rendah menjadi pikiran-pikiran yang lebih realistis, positif dan rasional, serta bersosialisasi dengan penghuni pondok lainnya dan lingkungan.

B. Harga Diri Lansia Sesudah Terapi Kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa harga diri lansia sesudah diberi terapi kognitif selama 2 bulan, dari 20 responden didapatkan data hampir seluruh responden memiliki harga diri tinggi yaitu sebanyak 18 responden 90% dan sebagian kecil memiliki harga diri sedang yaitu sebanyak 2 responden 10%.

Terapi kognitif/Cognitive Behaviour Therapy (CBT) adalah terapi jangka pendek yang dilakukan secara teratur untuk memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015). Sesuai dengan aliran kognitif dan perilaku (*behavior*), CBT menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui rangkaian proses Stimulus – Kognisi – Respons (SKR), yang saling berkaitan membentuk semacam jaringan otak. Proses kognitif merupakan proses penentu bagi pikiran, perasaan, dan perilaku. Semua kejadian yang dialami berlaku

sebagai stimulus yang dapat di persepsi secara positif (rasional) maupun negatif (irasional). Isi pikiran yang positif akan memengaruhi perasaan dan perilaku yang positif (normal), sedangkan isi pikiran yang negatif mengakibatkan gangguan emosi (perasaan). Selanjutnya menurut konsep dasar ini emosi atau perasaan akan memengaruhi tingkah laku atau perbuatan, baik secara positif atau negatif. Dengan CBT, dilakukan modifikasi fungsi pikiran, perasaan dan perilaku, dengan cara menekankan fungsi kognitif (otak) dalam menganalisis, memutuskan, bertanya, berkehendak, dan memutuskan kembali. Dengan mengubah status pikiran dan perasaan, diharapkan klien dapat mengubah perilakunya dari negatif menjadi positif (Christine, 2013).

Terapi kognitif dapat dimodifikasi dengan terapi perilaku sosial, terapi yang sering digunakan adalah terapi aktivitas kelompok, terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) adalah suatu upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah lansia dengan masalah hubungan sosial, yang bertujuan untuk meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi membantu lansia untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar. Terapi ini memfasilitasi untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengespresikan ide dan tukar persepsi, dan menerima stimulus eksternal yang berasal dari lingkungan (Wahab, 2014).

Dari hasil penelitian juga didapatkan bahwa harga diri pada 20 responden sebelum dan sesudah diberi terapi kognitif seluruh responden mengalami peningkatan harga diri yaitu sebanyak 20 responden (100%). Serta dapat dilihat perbandingan harga diri lansia sebelum dan sesudah diberi terapi kognitif pada tabel 4.2 bahwa sebagian besar responden memiliki harga diri rendah sebanyak 12 responden 60% menjadi hampir seluruh responden memiliki harga diri tinggi yaitu sebanyak 18 responden 90%.

Penelitian ini sejalan dengan Vetri (2016), Cognitive Behaviour Therapy efektif dalam meningkatkan kemampuan kognitif klien dengan harga diri rendah, hal ini disebabkan karena CBT merupakan salah satu psikoterapi yang dapat meningkatkan harga diri klien. Diperkuat penelitian yang dilakukan oleh Ramayanti (2020) pada 30 responden sesudah diberi terapi cognitive behaviour terjadi peningkatan harga diri sedang. Sehingga peneliti berasumsi bahwa peningkatan harga diri pada lansia disebabkan oleh terapi jangka pendek yang dilakukan secara teratur selama 2 bulan dapat memberikan perubahan dasar berpikir pada lansia yang awalnya memiliki perasaan negatif, putus asa, merasa sendirian, merasa tidak berdaya, merasa tidak ada yang menyangangi, dapat

berubah menjadi individu yang berpikir positif, berperilaku positif serta mampu memecahkan masalah yang dihadapi secara rasional, merasa tidak sendirian dan merasa didukung dan dicintai oleh antara sesama lansia dan lingkungan disekitarnya.

C. Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Harga Diri Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

Dari hasil penelitian pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri pada lansia di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang menggunakan Uji *Wilcoxon*, dengan taraf kepercayaan 95% dan nilai *Asymp.Sig. (2-tailed) = 0,001* lebih kecil dari $<0,05$ sehingga H_1 diterima dan H_0 ditolak, artinya ada pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri pada lansia di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang.

Untuk meningkatkan harga diri pada lansia dapat menggunakan terapi kognitif perilaku, menurut Burns (1988) pelaksanaan terapi kognitif terdiri dari 9 sesi, Sesi 1 adalah ungkapan pikiran otomatis yang timbul dan klasifikasikan dalam distorsi kognitif. Sesi 2 adalah ungkapkan alasan atau penyebab timbulnya pikiran otomatis. Sesi 3 adalah tanggapan atau anjurkan lansia mengungkapkan keinginannya. Sesi 4 adalah diskusi perasaan lansia saat membuat catatan harian. Sesi 5 adalah diskusi kemampuan lansia dalam menghadapi masalah tehnik 3 kolom yang dilakukan. Sesi 6 yaitu diskusi manfaat dalam memberikan tanggapan, cara lansia menyelesaikan masalah/hambatan yang ditemui. Sesi 7 merupakan diskusi perasaan setelah terapi (mengungkapkan hasil dalam mengikuti terapi). Sesi 8 adalah mendiskusikan cara dan kesulitan lansia dalam menggunakan catatan harian, dan sesi terakhir. Sesi 9 ialah melibatkan keluarga untuk menjadi support system lansia dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

Menurut Yusuf, Fitriyasaki & Nihayati (2015), kesembilan sesi dalam terapi kognitif dapat dilakukan dalam empat kali pertemuan. Pertemuan pertama merupakan pelaksanaan untuk sesi 1, dan sesi 2, yaitu untuk mengungkapkan pikiran otomatis (negatif) dan alasan, yang bertujuan untuk agar lansia mampu mengungkapkan pikiran negatif pada perawat dan penyebab timbulnya pikiran otomatis negatif. Pertemuan kedua merupakan pelaksanaan untuk sesi 3, sesi 4 dan sesi 5, yaitu tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis dan penyelesaian masalah. Pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan lansia dalam memberi tanggapan positif terhadap pikiran negatif, lansia dapat menuliskan

pikiran otomatis dan tanggapan rasionalnya, dan meningkatkan kemampuan lansia untuk menyelesaikan masalahnya sendiri.

Pertemuan ketiga adalah pelaksanaan sesi 6, sesi 7, sesi 8, yaitu tentang manfaat tanggapan, ungkapkan hasil dan membuat buku harian serta berinteraksi dengan individu dan lingkungan sekitar. Pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan lansia mengungkapkan hasil dan manfaat dari pelaksanaan terapi kognitif dan lansia mampu menyelesaikan masalah serta memperkenalkan diri, berkenalan dengan lansia lain, bercakap-cakap, menyampaikan topik pembicaraan, menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi, bekerjasama, dan menyampaikan pendapat manfaat kegiatan kelompok. Pertemuan terakhir atau pertemuan keempat merupakan pelaksanaan sesi 9, adalah *support system* yang bertujuan untuk meningkatkan komunikasi perawat dengan lansia, lansia mendapat *support system*, dan keluarga dapat menjadi *support sistem* bagi lansia.

Terapi kognitif bertujuan mengajarkan lansia untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan merespons kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Membantu lansia mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal (Prasetya, 2010). Hal ini dilakukan dengan membantu lansia untuk dapat mengenal setiap pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran yang positif yang sesuai dengan tingkat yang nyata pada lansia.

Pada tabel 4.3 memberikan informasi bahwa pengukuran harga diri lansia pada 20 responden sebelum dan sesudah diberi terapi kognitif didapatkan data seluruh responden mengalami peningkatan harga diri yaitu sebanyak 20 responden (100%). Sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Suzanna (2016) tentang penurunan depresi pada lansia harga diri rendah melalui terapi aktivitas kelompok dan terapi kognitif, menyatakan bahwa secara signifikan meningkat harga diri dan menurunkan tingkat depresi pada lansia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian dilakukan oleh Vetri (2016) tentang pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri lansia dengan harga diri rendah yang menyatakan bahwa ada perbedaan yang sangat bermakna pada harga diri sebelum dan sesudah dilakukan terapi, di mana terdapat peningkatan harga diri yang cukup signifikan pada lansia yang telah mendapatkan terapi kognitif.

Peneliti berpendapat bahwa terapi kognitif dapat meningkatkan harga diri lansia yang awalnya memiliki pikiran-pikiran negatif terhadap dirinya sendiri seperti merasa tidak berdaya, merasa tidak ada yang menyayangi, merasa sendiri, tidak bersemangat, ("keluarga saya tidak sayang sama saya, saya ditaruh disini,

saya tidak punya siapa-siapa lagi”). Semua pikiran negatif tersebut dapat diungkapkan oleh lansia dan selanjutnya lansia dapat meningkatkan kemampuannya dalam memberi tanggapan positif terhadap pikiran negatif yang selama ini dirasakan dengan ungkapan positif “saya disini tidak sendirian, disini saya bahagia karena banyak yang merawat saya” serta berperilaku positif seperti bersosialisasi dengan lansia lainnya, bercanda gurau, menyapu, dan zikir maupun lain hal. Hal ini membuktikan bahwa adanya peningkatan nilai harga diri lansia secara bermakna, yang berarti tingkat harga diri rendah pada lansia meningkat setelah diberikan terapi kognitif.

D. Kebahagiaan Lansia Sebelum Terapi Kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa kebahagiaan lansia sebelum diberi terapi kognitif dari 20 responden, didapatkan data sebagian besar responden memiliki kebahagiaan sedang yaitu sebanyak 13 responden 65% dan hampir setengahnya memiliki kebahagiaan rendah yaitu sebanyak 7 responden (35%).

Menurut Hurlock dalam Agustini (2012), Kepuasan hidup adalah kepuasan hati yang merupakan kondisi yang menyenangkan atau bahagia yang dapat timbul apabila sesuatu yang diharapkan atau kebutuhan tertentu dapat tercapai. Seseorang yang memiliki kesejahteraan subyektif tinggi ternyata mereka merasa bahagia dan senang dengan kawan dekatnya dan kerabatnya, mereka juga kreatif, optimis, pekerja keras, pantang menyerah, dan lebih banyak tersenyum dibandingkan dengan individu lainnya atau individu yang tidak merasa bahagia. Kesejahteraan subyektif dapat diartikan sebagai evaluasi kognitif dan efektif pada suatu kehidupan, di mana evaluasi kognitif individu yang bahagia berupa kepuasan hidup yang tinggi sedangkan evaluasi afektif adalah banyaknya dampak positif dan sedikitnya dampak negatif yang dirasakan dalam hidup (Mulyono 2015).

Rahayu (2016) Mengatakan bahwa kebahagiaan ditentukan dari beberapa faktor, yang pertama adalah sifat atau karakter seseorang yang cenderung tidak berubah, yang berhubungan dengan unsur genetika budaya dan pengalaman awal kehidupan seseorang, jika ada sesuatu atau peristiwa yang memengaruhi tingkat kebahagiaannya maka hal itu hanya bersifat sementara karena ia akan kembali ketingkat kebahagiaan semula, psikolog menyebut hal itu dengan *Set Point Theory*. Kedua adalah perbandingan sosial (*sosial comparison*) di mana individu menilai kualitas hidupnya tidak secara sempurna tetapi secara *relative* itu artinya lansia akan membandingkan hidupnya dengan hidup orang lain. Ketiga

kebutuhan pokok (*satisfaction needs*) di mana kebahagiaan menurut teori ini ditentukan oleh hubungan dengan keluarga, tingkat kesehatan, pekerjaan dan jumlah uang yang dimiliki merupakan kebutuhan pokok bagi manusia.

Menurut surojammuniro (2015), kebahagiaan lansia dapat diperoleh dengan kondisi kesehatan yang baik, sikap menerima diri yang baik, terjalinnya hubungan yang baik antara keluarga dan lingkungan, memiliki perasaan bangga atas pencapaian dimasa sekarang dan dapat selalu bersyukur kepada Allah. Peneliti juga menyimpulkan bahwa kebahagiaan juga dapat dirasakan jika lansia masih tetap aktif dalam melakukan aktivitas sehari-hari didalam kamar maupun dilingkungan sekitar. Hasil penelitian Rohmah (2012) menunjukkan bahwa faktor fisik, faktor psikologis, dan faktor lingkungan berpengaruh pada kualitas hidup lansia, dan faktor psikologis menjadi faktor yang paling dominan.

Beberapa faktor yang ditemukan peneliti adalah faktor status pernikahan dan awal kedatangan lansia yang mayoritas dititipkan oleh keluarga. Pada tabel 4.14 tabulasi silang antara status pernikahan dengan kebahagiaan diketahui bahwa sebagian besar dari responden memiliki kebahagiaan sedang sebanyak 13 responden (65%) dan hampir setengah responden memiliki kebahagiaan rendah sebanyak 7 responden (35%). Serta berdasarkan tabel 4.16 diketahui bahwa sebagian besar dari responden dititipkan oleh keluarga dengan kebahagiaan sedang sebanyak 12 responden (60%)

Penelitian ini sejalan dengan Agustini (2012), lansia dengan status perkawinannya tidak menikah, janda/duda sebagian besar mengalami kebahagiaan sedang dan rendah yaitu sebanyak 32 orang (65,4%), dan lansia dengan kurangnya dukungan keluarga dan sosial hampir seluruhnya mengalami kebahagiaan rendah yaitu sebanyak 46 orang (79,4%). Sejalan dengan penelitian Zulfiana (2014), lansia dengan status pernikahan tidak menikah/janda hampir setengahnya mengalami kebahagiaan rendah yaitu sebanyak 8 lansia (40%), dan sebagian besar lansia dengan kurangnya dukungan keluarga memiliki kebahagiaan rendah 13 lansia (65%).

Menurut peneliti, lansia dengan kehilangan pasangan hidup atau tidak memiliki pasangan, kurangnya dukungan sosial dari orang terdekat maupun keluarga yang ditandai dengan awal kedatangan lansia hampir seluruh lansia dititipkan oleh keluarganya untuk tinggal di pondok lansia, menyebabkan munculnya pikiran-pikiran negatif seperti “saya terbuang, saya dijauhi oleh keluarga, anak saya tidak mau merawat saya”. Lansia dengan pikiran negatif seperti ini cenderung memiliki perasaan tidak dicintai dan tidak disayangi oleh siapa pun, sehingga lansia akan mengalami perubahan suasana hati, seperti:

merasa sedih, ketidakberdayaan, merasa tidak berarti, tidak berguna, perasaan sedih dan pikiran-pikiran negatif tersebut yang membuat lansia memiliki kebahagiaan sedang maupun rendah.

E. Kebahagiaan Lansia Sesudah Terapi Kognitif di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa kebahagiaan lansia sesudah diberi terapi kognitif dari 20 responden didapatkan data hampir seluruh responden memiliki kebahagiaan tinggi yaitu sebanyak 18 responden 90% dan sebagian kecil memiliki kebahagiaan sedang yaitu sebanyak 2 responden 10%.

Terapi kognitif/Cognitive Behaviour Therapy (CBT) adalah terapi jangka pendek yang dilakukan secara teratur untuk memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut (Yusuf, Fitriyarsari & Nihayati, 2015). Terapi kognitif dapat dimodifikasi dengan terapi perilaku sosial, terapi yang sering digunakan adalah terapi aktivitas kelompok, terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) adalah suatu upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah lansia dengan masalah hubungan sosial, yang bertujuan untuk meningkat hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi membantu lansia untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar lansia. Terapi ini memfasilitasi untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengespresikan ide dan tukar persepsi, dan menerima stimulus eksternal yang berasal dari lingkungan (Wahab, 2014).

Dari hasil penelitian juga didapatkan bahwa kebahagiaan lansia pada 20 responden sebelum dan sesudah diberi terapi kognitif seluruh responden mengalami peningkatan harga diri yaitu sebanyak 20 responden (100%). Serta dapat dilihat perbandingan kebahagiaan lansia sebelum dan sesudah diberi terapi kognitif pada tabel 4.2 bahwa sebagian besar responden memiliki kebahagiaan sedang sebanyak 13 responden 65% menjadi hampir seluruh responden memiliki kebahagiaan tinggi yaitu sebanyak 18 responden 90%.

Penelitian ini sejalan dengan Hidayah (2014), psikoterapi positif dalam kelompok (CBT) dapat meningkatkan kebahagiaan dari 5 responden kelompok intervensi yang awalnya memiliki kebahagiaan rendah sebanyak 5 responden, setelah dilakukan terapi seluruh reponden memiliki peningkatan kebahagiaan tinggi sebanyak 5 responden. Penelitian ini sejalan dengan Zulfiana (2014), psikoterapi positif dalam kelompok (CBT) dapat meningkatkan kebahagiaan lansia dari 10 responden kelompok intervensi yang sebelumnya memiliki

kebahagiaan rendah 10 lansia, dan setelah diberikan terapi setengah lansia memiliki kebahagiaan tinggi sebanyak 5 lansia dan setengahnya memiliki kebahagiaan sedang 5 lansia.

Sehingga peneliti berasumsi bahwa peningkatan kebahagiaan pada lansia disebabkan oleh terapi kognitif yang dimodifikasi dengan aktivitas kelompok sosial yang dapat memberikan perubahan dasar berpikir pada lansia yang awalnya memiliki perasaan negatif, putus asa, perasaan sendirian terhadap dirinya sendiri, dapat berubah menjadi individu yang berpikir positif, berperilaku positif serta mampu memecahkan masalah yang dihadapi secara rasional yang didukung dari hubungan sosial antar sesama lansia serta lingkungan disekitarnya yang membuat lansia mampu bersosialisasi, bercanda, dan menceritakan pengalaman satu dengan lansia lainnya.

F. Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Kebahagiaan Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

Dari hasil penelitian pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan kebahagiaan pada lansia di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang menggunakan Uji *Wilcoxon*, dengan taraf kepercayaan 95% dan nilai *Asymp.Sig. (2-tailed) = 0,001* lebih kecil dari $<0,05$ sehingga H_1 diterima dan H_0 ditolak, artinya ada pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan kebahagiaan pada lansia di pondok lansia yayasan Al-Ishlah Malang.

Menurut Yusuf, Fitriyasari & Nihayati 2015, terapi kognitif dapat dilakukan dalam empat kali pertemuan. Pertemuan pertama merupakan pelaksanaan untuk mengungkapkan pikiran otomatis (negatif) dan alasan, yang bertujuan untuk agar lansia mampu mengungkapkan pikiran negatif pada perawat dan penyebab timbulnya pikiran otomatis negatif. Pertemuan kedua merupakan pelaksanaan untuk tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis dan penyelesaian masalah. Pertemuan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan lansia dalam memberi tanggapan positif terhadap pikiran negatif, lansia dapat menuliskan pikiran otomatis dan tanggapan rasionalnya, dan meningkatkan kemampuan lansia untuk menyelesaikan masalahnya sendiri.

Pertemuan ketiga adalah untuk meningkatkan kemampuan lansia mengungkapkan hasil dan manfaat dari pelaksanaan terapi kognitif dan lansia mampu menyelesaikan masalah serta memperkenalkan diri, berkenalan dengan lansia lain, bercakap-cakap, menyampaikan topik pembicaraan, menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi, bekerjasama, dan menyampaikan pendapat manfaat kegiatan kelompok. Pertemuan terakhir merupakan adalah *support*

system yang bertujuan untuk meningkatkan komunikasi perawat dengan lansia, sehingga lansia mendapat support system dan keluarga.

Terapi kognitif bertujuan mengajarkan lansia untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan merespons kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Membantu lansia mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal (Prasetya, 2010). Hal ini dilakukan dengan membantu lansia untuk dapat mengenal setiap pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran yang positif yang sesuai dengan lansia dan melakukan kegiatan atau perilaku positif yang dapat dilakukan oleh lansia.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayah (2014) dengan membandingkan skor sebelum dan sesudah diberikan psikoterapi positif dalam kelompok (CBT) dengan menggunakan uji *Wilcoxon* memperoleh hasil nilai sig = 0.0215 ($p < 0.05$ sehingga dapat diartikan bahwa terdapat peningkatan yang bermakna antara kebahagiaan sebelum dan kebahagiaan sesudah diberikan psikoterapi positif dalam kelompok). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zulfiana (2014) dengan judul meningkatkan kebahagiaan lansia di panti wreda melalui psikoterapi positif dalam kelompok, menggunakan Mann-Whitney test. Hasil analisis dari kelompok eksperimen didapatkan sig = 0.05, ($p = 0.05$) menggambarkan adanya perbedaan signifikan kebahagiaan pada kelompok eksperimen antara sebelum intervensi dengan sesudah intervensi. Lansia mampu mengungkapkan rasa terima kasih kepada orang-orang yang telah melakukan kebaikan dan muncul sikap keterbukaan. Hal tersebut merupakan bentuk peningkatan emosi positif yang berkontribusi positif terhadap meningkatnya kebahagiaan lansia setelah proses terapi dilakukan (Zulfiana, 2014).

Berdasarkan teori dan penelitian di atas, peneliti berpendapat bahwa dengan melakukan terapi kognitif dapat meningkatkan kebahagiaan pada lansia, yang awalnya lansia memiliki pikiran negatif yang di akibatkan kurangnya perhatian dari keluarga sehingga membuat lansia menutup diri dan merasa bahwa ia tidak dihargai berubah menjadi pikiran positif dengan mengungkapkan rasa terimakasih, mau membuka diri, serta dengan melakukan kegiatan positif seperti bersosialisai dengan lansia lain, menceritakan apa yang ingin diceritakan kepada lansia lain, serta dapat meningkatkan kualitas hidup menjadi lebih baik. Lansia sebenarnya hanya butuh perhatian seperti menjadi pendengar yang baik, siap kapan saja untuk menjadi teman berbicara, serta dukungan oleh lingkungannya.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Harga diri lansia sebelum diberi terapi kognitif dari 20 responden adalah sebagian besar responden memiliki harga diri rendah yaitu sebanyak 12 responden 60% dan hampir setengahnya memiliki harga diri sedang 8 responden 40%.
2. Kebahagiaan lansia sebelum diberi terapi kognitif dari 20 responden adalah sebagian besar responden memiliki kebahagiaan sedang yaitu sebanyak 13 responden 65% dan hampir setengahnya memiliki kebahagiaan rendah 7 responden 35%.
3. Harga diri lansia sesudah diberi terapi kognitif dari 20 responden adalah hampir seluruh responden memiliki harga diri tinggi yaitu sebanyak 18 responden 90% dan sebagian kecil memiliki harga diri sedang sebanyak 2 responden 10%.
4. Kebahagiaan lansia sesudah diberi terapi kognitif dari 20 responden adalah hampir seluruh responden memiliki kebahagiaan tinggi yaitu sebanyak 18 responden 90% dan sebagian kecil memiliki kebahagiaan sedang sebanyak 2 responden 10%.
5. Penelitian ini menggunakan Uji *Wilcoxon*, dengan taraf kepercayaan 95% dengan nilai $p \text{ value} = 0,001 < 0,05$, sehingga H_1 diterima yang artinya ada pengaruh terapi kognitif terhadap peningkatan harga diri pada lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.
6. Peneliti menggunakan Uji *Wilcoxon*, dengan taraf kepercayaan 95% dengan nilai $p \text{ value} = 0,001 < 0,05$, sehingga H_1 diterima yang artinya ada pengaruh terapi kognitif terhadap kebahagiaan pada lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan mahasiswa serta dosen dapat bekerja sama dalam penelitian seperti ini sehingga menjadikan motivasi dan kreatifitas dalam mengembangkan penelitian yang sejenis sehingga dapat mengharumkan nama baik Institusi terkait.

2. Bagi Profesi Kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan dapat memiliki pengetahuan baru tentang terapi kognitif untuk dijadikan rencana tindakan kesehatan kepada lansia dengan problem harga diri dan kebahagiaan.

3. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang dapat menjadwalkan atau menambahkan kegiatan rutin setiap 1 minggu sekali atau 2 minggu sekali mengenai terapi kognitif yang diberikan kepada lansia dengan dibantu oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya, sehingga harga diri dan kebahagiaan lansia terjaga serta kegiatan ini tidak berhenti ketika penelitian telah selesai.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, R., dan Hidayah. 2012. *Kebahagiaan Lansia di Tinjau Dari Dukungan Sosial dan Spiritualitas*. Jurnal Soul, Vol 5, No 2. <http://jurnal.unisma-bekasi.ac.id/index.php/soul/article/view/627>.
- Ah. Yusuf, Rizky Fitriyasaki PK, dan Hanik Endang Nihayati. 2015. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.
- Azizah, L. Ma'rifatul. 2011. Keperawatan Lanjut Usia. Graha Ilmu. Yogyakarta
- Burns, D. D. 1988. Terapi Kognitif: Pendekatan Baru Bagi Penanganan Depresi. Jakarta: Erlangga.
- BPS RI. 2019. Profil Penduduk Lanjut Usia 2019. Jakarta: Komnas Lansia. <http://www.bps.go.id/>. Diakses tanggal 12 November 2020.
- Copel, L. C. 2007. Kesehatan jiwa & Psikiatri, Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health care: Nurse's Clinical Guide). Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan Kedua). Alihbahasa: Akemat. Jakarta: EGC.
- Dewi, S. R. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Deepublish.
- Dinkes, 2019. Profil Kesehatan Indonesia 2019. Diakses tanggal 12 November 2020 <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>
- Hidayah, Nur. 2014. Efektivitas Group Positive Psychotherapy Untuk Meningkatkan Kesejahteraan Psikologis Pada Orang Dengan Hiv/Aids (ODHA). <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/30887>.
- Kismanto dan Setyawan. 2014. Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Perubahan Kondisi Depresi Lansia di Panti Wreda Darma Bakti Kasih Surakarta. Jurnal KesMaDaSka. <http://jurnal.stikeskusumahusada.ac.id/index.php/JK-/article/download/46/47>.
- Muhith, A. 2015. Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi). CV ANDI OFFSET. Yogyakarta.
- Muhith, A., dan Siyoto, S. 2016. Pendidikan Keperawatan Gerontik. CV ANDI OFFSET. Yogyakarta.
- Narullita. 2017. *Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Harga Diri Rendah Pada Lansia Di Kabupaten Bungo Propinsi Jambi*. Jurnal Endurance. <http://ejournal.ildikti10.id/index.php/endurance/article/download/2037/75>
- Notoatmodjo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pormanasari, Ria D. 2016. *Kebahagiaan (Happiness) pada Lansia Muslim di Tinjau dari Partisipasi dalam Aktivitas Keagamaan*. Program Studi

Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta. <http://eprints.ums.ac.id/44971/1/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>

- Prasetya, Anton Surya. 2010. Pengaruh Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak terhadap Tingkat Depresi dengan Harga Diri Rendah pada Lansia di Panti Tresna Wreda Bakti Yuswa Natar Lampung. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. <https://doi.org/10.7454/jki.v13i1.230>.
- Rakhmadani, N. A. 2018. *Analisis Tingkat Kebahagiaan Pada Lansia Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat Program Day Care Service*. *Jurnal of Islamic Nursing*. <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/join/article-/download/7716/6635>.
- Ramayanti, Eka D. (2020). *Pengaruh Terapi Cognitive Behaviour Terhadap Tingkat Harga Diri Pada Pasien Human Immunodeficiency Virus*. *Jurnal Keperawatan Jiwa* <https://jurnal.unimus.ac.id/index>
- Rosyadi, Muhammad Hatta. 2018. *Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Depresi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Dusun Segunung Kecamatan Dlanggu*. Undergraduate thesis, Stikes Insan Cendekia Medika Jombang. <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/id/eprint/3284>
- Suhron, M., 2017. *Asuhan Keperawatan Jiwa Konsep Self Esteem*. Mitra Wacana Media. Jakarta.
- Suerni, T., Keliat, B. Anna dan C.D, N. Helena. 2013. *Penerapan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga pada Klien Harga Diri Rendah di Ruang Yudistira Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*. *Jurnal Keperawatan Jiwa* 1(162). <https://scholar.ui.ac.id/en/publications/penerapan-terapi-kognitif-dan-psikoedukasi-keluarga-pada-klien-ha>.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif. Kualitatif dan R&D*. Bandung Alfabeta.
- Sunaryo. 2016. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: ANDI. Vol. 1.
- Suzanna. 2016. *Penurunan Depresi pada Lansia Harga Diri Rendah melalui Terapi Aktivitas Kelompok dan Terapi Kognitif*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. <http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/470>.
- Vetri, N. 2016. Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Peningkatan Harga Diri Lansia dengan Harga Diri Rendah di Panti Sosial Tresna Wreda Kasih Sayang Ibu Batusangkar. <http://scholar.unand.ac.id/17574/1/ABST-RAK%20LIA.pdf>

- Wahab, Abdillah F. 2014. Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Terhadap Peningkatan Harga Diri Dan Motivasi Lansia.
<https://eprints.uns.ac.id/164-44/1/TEISIS.pdf>
- WHO. (2018). World Health Statistics. Diakses tanggal 12 November 2020.
<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>
- Widiyanti, Dkk. 2017. Aplikasi Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Harga Diri Rendah Kronis Di Rsmm Jawa Barat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2017;3(1):83–99.
<https://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/download/7489/4835>.
- Zufiana, U. 2014. *Meningkatkan Kebahagiaan Lansia di Panti Werdha Melalui Psikoterapi Positif dalam Kelompok*. *Jurnal Sains dan Praktik Psikologi*.
<http://ej-ournal.umm.ac.id/index.php/jspp/article/download/2889/3542>

Lampiran 1: *Informed Consent*

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI SUBYEK PENELITIAN

Kepada Yth.

Saudara calon subyek penelitian

Di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini, mahasiswa Pascasarjana IIK STARADA INDONESIA.

Nama : Asep Dwi Prayetno

NIM : 1951B0082

Sebagai syarat tugas akhir mahasiswa Pascasarjana IIK STARADA INDONESIA, saya akan melakukan penelitian dengan judul “Analisis Terapi Kognitif Terhadap Peningkatan Harga Diri dan Kebahagiaan Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang”. Untuk keperluan tersebut saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi subyek dalam penelitian ini. Selanjutnya kami mohon saudara untuk memberikan informasi dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban saudara dijamin kerahasiaannya.

Demikian atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terima kasih.

Malang, 20 April 2021

Asep Dwi Prayetno

NIM 1951B0082

Lampiran 2: Persetujuan Menjadi Responden

SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBYEK PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial :

Umur :

Alamat :

Menyatakan telah diberi informasi dan bersedia menjadi responden penelitian yang berjudul “Analisis Terapi Kognitif Terhadap Peningkatan Harga Diri dan Kebahagiaan Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Ishlah Malang”.

Kami juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Pada saat kami melakukan tindakan, akan diadakan proses perekaman sebagai bukti dalam penelitian kami. Kami menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas saudara/i. Informasi yang saudara berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu kesehatan.

Tanda tangan di bawah ini, menunjukkan saudara/i telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Peneliti

Malang, April 2021

Subjek Penelitian

(.....)

(.....)

Lampiran 4: Kuesioner Harga Diri

Kode :

Kuesioner Harga Diri Lansia

Nama/Inisial :

Umur :

Berilah tanda (√) pada kotak yang tersedia sesuai dengan yang anda rasakan

| No | Pertanyaan | SS | S | TS | STS | |
|-----|--|----|---|----|-----|--|
| 1. | Saya merasa bahwa diri saya cukup berharga, setidaknya-tidaknnya sama dengan orang lain. | | | | | |
| 2. | Saya merasa bnyak hal-hal yang baik dalam diri saya. | | | | | |
| 3. | Saya merasa tidak menjadi orang yang gagal. | | | | | |
| 4. | Saya merasa saya mampu mengerjakan sesuatu seperti apa yang dapat dilakukan oleh orang lain. | | | | | |
| 5. | Saya merasa tidak banyak yang dapat saya banggakan pada diri saya | | | | | |
| 6. | Saya menerima keadaan diri saya seperti apa adanya. | | | | | |
| 7. | Secara keseluruhan, saya merasa puas dengan diri saya sendiri. | | | | | |
| 8. | Saya berharap saya dapat lebih dihargai dalam hidup saya. | | | | | |
| 9. | Saya tidak pernah merasa tidak berguna. | | | | | |
| 10. | Kadang-kadang saya merasa bahwa diri saya tidak baik. | | | | | |

Keterangan:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

**Lampiran 5: Kuesioner Kebahagiaan Oxford Kuesioner
Kebahagiaan Oxford**

Kode :

| No | Pertanyaan | Skor |
|--------------|--|------|
| 1 | Saya merasa puas dengan diri saya. | |
| 2 | Saya sangat tertarik dengan orang lain | |
| 3 | Saya merasa bahwa hidup ini sangat berharga | |
| 4 | Saya memiliki perasaan yang ramah dengan semua orang | |
| 5 | Saat saya bangun saya merasa sudah cukup beristirahat | |
| 6 | Saya bersemangat tentang masa depan | |
| 7 | Saya menemukan banyak hal menyenangkan dihidup saya | |
| 8 | Saya selalu bekerja dan terlibat dalam suatu hal | |
| 9 | Hidup ini indah | |
| 10 | Saya berpikir bahwa dunia adalah tempat yang baik | |
| 11 | Saya banyak tertawa | |
| 12 | Saya puas tentang segala sesuatu dalam hidup saya | |
| 13 | Saya merasa saya terlihat menarik | |
| 14 | Tidak ada perbedaan antara apa yang saya ingin lakukan dan apa yang telah saya lakukan | |
| 15 | Saya sangat bahagia | |
| 16 | Saya menemukan keindahan dalam banyak hal | |
| 17 | Saya selalu ceria pada orang lain | |
| 18 | Saya bisa menyesuaikan diri dengan apa pun yang saya inginkan | |
| 19 | Saya merasa bahwa saya dapat mengendalikan hidup saya | |
| 20 | Saya merasa mampu menghadapi apa pun dalam hidup saya | |
| 21 | Saya merasa sepenuhnya waspada pada kejiwaan saya | |
| 22 | Saya sering mengalami kegembiraan | |
| 23 | Saya merasa gampang membuat keputusan | |
| 24 | Saya memiliki rasa tertentu tentang arti tujuan dalam hidup saya | |
| 25 | Saya merasa saya memiliki banyak tenaga | |
| 26 | Saya biasanya memiliki pengaruh yang baik pada kegiatan tertentu | |
| 27 | Saya bersenang-senang dengan orang lain | |
| 28 | Saya merasa sangat sehat | |
| 29 | Saya memiliki kenangan sangat bahagia pada masa lalu | |
| SKOR: | | |

Keterangan

1 = Tidak setuju 2 = Cukup setuju 3 = Sangat setuju

Lampiran 6: Uji Normalitas

Case Processing Summary

| | Valid | | Cases Missing | | Total | |
|----------------------|-------|---------|---------------|---------|-------|---------|
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| HDR_Pretest | 20 | 100.0% | 0 | 0.0% | 20 | 100.0% |
| HDR_Posttest | 20 | 100.0% | 0 | 0.0% | 20 | 100.0% |
| Kebahagiaan_Pretest | 20 | 100.0% | 0 | 0.0% | 20 | 100.0% |
| Kebahagiaan_Posttest | 20 | 100.0% | 0 | 0.0% | 20 | 100.0% |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------|------------|-------|
| HDR_Pretest | Mean | 10.88 | .285 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 10.28 | |
| | | Upper Bound | 11.47 | |
| | 5% Trimmed Mean | 10.78 | | |
| | Median | 10.25 | | |
| | Variance | 1.622 | | |
| | Std. Deviation | 1.273 | | |
| | Minimum | 10 | | |
| | Maximum | 14 | | |
| | Range | 5 | | |
| | Interquartile Range | 2 | | |
| | Skewness | 1.155 | .512 | |
| | Kurtosis | .352 | .992 | |
| | HDR_Posttest | Mean | 25.15 | .537 |
| 95% Confidence Interval for Mean | | Lower Bound | 24.03 | |
| | | Upper Bound | 26.27 | |
| 5% Trimmed Mean | | 25.28 | | |
| Median | | 25.25 | | |
| Variance | | 5.772 | | |
| Std. Deviation | | 2.403 | | |
| Minimum | | 19 | | |
| Maximum | | 29 | | |
| Range | | 10 | | |
| Interquartile Range | | 2 | | |
| Skewness | | -1.307 | .512 | |
| Kurtosis | | 2.517 | .992 | |
| Kebahagiaan_Pretest | | Mean | 54.19 | 1.421 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 51.21 | |
| | | Upper Bound | 57.16 | |
| | 5% Trimmed Mean | 54.08 | | |

| | | | | |
|---------------------|----------------------------------|-------------|--------|-------|
| | Median | | 56.00 | |
| | Variance | | 40.368 | |
| | Std. Deviation | | 6.354 | |
| | Minimum | | 46 | |
| | Maximum | | 64 | |
| | Range | | 18 | |
| | Interquartile Range | | 12 | |
| | Skewness | | -.025 | .512 |
| | Kurtosis | | -1.486 | .992 |
| Kebahagiaan_Postest | Mean | | 79.88 | 1.291 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 77.17 | |
| | | Upper Bound | 82.58 | |
| | 5% Trimmed Mean | | 80.44 | |
| | Median | | 82.25 | |
| | Variance | | 33.352 | |
| | Std. Deviation | | 5.775 | |
| | Minimum | | 64 | |
| | Maximum | | 86 | |
| | Range | | 22 | |
| | Interquartile Range | | 4 | |
| | Skewness | | -1.972 | .512 |
| | Kurtosis | | 3.113 | .992 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|---------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | Df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| HDR_Pretest | .288 | 20 | .000 | .828 | 20 | .002 |
| HDR_Postest | .225 | 20 | .009 | .857 | 20 | .007 |
| Kebahagiaan_Pretest | .204 | 20 | .029 | .890 | 20 | .027 |
| Kebahagiaan_Postest | .277 | 20 | .000 | .710 | 20 | .000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Lampiran 7: Uji Statistik (Uji Wilcoxon)

Descriptive Statistics

| | N | Mean | Std. Deviation | Minimum | Maximum |
|----------------------|----|-------|----------------|---------|---------|
| HDR_Pretest | 20 | 10.88 | 1.273 | 10 | 14 |
| Kebahagiaan_Pretest | 20 | 54.19 | 6.354 | 46 | 64 |
| HDR_Posttest | 20 | 25.15 | 2.403 | 19 | 29 |
| Kebahagiaan_Posttest | 20 | 79.88 | 5.775 | 64 | 86 |

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| HDR_Posttest - HDR_Pretest | Negative Ranks | 0 ^a | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 20 ^b | 10.50 | 210.00 |
| | Ties | 0 ^c | | |
| | Total | 20 | | |
| Kebahagiaan_Posttest - Kebahagiaan_Pretest | Negative Ranks | 0 ^d | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 20 ^e | 10.50 | 210.00 |
| | Ties | 0 ^f | | |
| | Total | 20 | | |

a. HDR_Posttest < HDR_Pretest

b. HDR_Posttest > HDR_Pretest

c. HDR_Posttest = HDR_Pretest

d. Kebahagiaan_Posttest < Kebahagiaan_Pretest

e. Kebahagiaan_Posttest > Kebahagiaan_Pretest

f. Kebahagiaan_Posttest = Kebahagiaan_Pretest

Test Statistics^a

| | HDR_Posttest - HDR_Pretest | Kebahagiaan_P ostest - Kebahagiaan_P retest |
|------------------------|-------------------------------|--|
| Z | -3.925 ^b | -3.921 ^b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .001 | .001 |

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Lampiran 8: Dokumentasi Penelitian



Analisis Terapi

Lampiran 9: Kode Etik Penelitian

**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
INSTITUT ILMU KESEHATAN STRADA INDONESIA
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCE STRADA INDONESIA**

**KETERANGAN LOLOS UJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
“ETHICAL APPROVAL”**

NOMOR : 2466/KEPK/VIII/2021

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Ilmu Kesehatan STRADA Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

Health Research Ethics Committee Institute of Health Science STRADA Indonesia in the effort to protect the rights and welfare of research subjects of health, has reviewed carefully the protocol entitled:

“Analisis Terapi Kognitif terhadap Peningkatan Harga Diri dan Kebahagiaan Lansia di Pondok Lansia Yayasan Al-Islah Malang”

Peneliti : Asep Dwi Prayetno
Investigator

Nama Institusi : S2 Kesehatan Masyarakat
Name of Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol.

Kediri, 16 Agustus 2021

KETUA

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN



Mohammad As'ad Efendy, S.Kep..Ns..M.Kep.

NIK : 13. 07. 12. 143

TENTANG PENULIS



Asep Dwi Prayetno lahir di Jayapura, 24 September 1996. Penulis baru saja menyelesaikan studi Pascasarjana/Magister Kesehatan di Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia (IIK STRADA INDONESIA). Penulis fokus pada Promosi Kesehatan (Promkes). Penulis menempuh pendidikan kesehatan D3 Keperawatan di Poltekkes RS dr. Soepraoen Malang (2014-2017) dan melanjutkan S1 Keperawatan di Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia (2017-2018) kemudian melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat (2019-2021). Laki-laki asal Jayapura, Papua, ini memiliki hobi komputer dan berbisnis atau berwirausaha. Penulis bisa dihubungi via Email: asepdwiprayetno@gmail.com.



STRADA PRESS

Jl. Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur

Email : stradapress@iik-strada.ac.id

Telp: 081252759611

ISBN 978-623-6434-29-1

