



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH REIKI TERHADAP PENURUNAN KADAR
GLUKOSA DARAH PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI KLUB DIABETES INSTALASI REHABILITASI MEDIS
RSUP FATMAWATI JAKARTA**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Oleh :

Ester Inung Sylvia

0606026824

**PROGRAM PASCA SARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

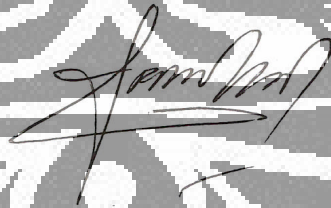
Depok, 14 Juli 2008

Pembimbing I,



Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc

Pembimbing II,



Rr. Tutik Sri Hayati, S.Kp., MARS

**PANITIA UJIAN SIDANG TESIS
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

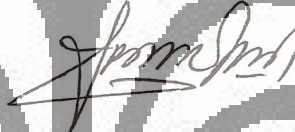
Depok, 14 Juli 2008

Pembimbing I



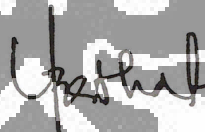
Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc

Pembimbing II



Rr. Tutik Sri Haryati, S.Kp., MARS

Anggota



Bertha Farida T., S.Kp., M.Kep.

Anggota



Tuti Herawati, S.Kp., MN

**PROGRAM PASCA SARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008

Ester Inung Sylvia

Pengaruh Reiki Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta Selatan

xv + 73 hlm + 9 tabel + 2 grafik + 4 gambar + 3 skema + 19 lampiran

Abstrak

Terapi Reiki merupakan salah satu terapi komplementer untuk membantu menurunkan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2. Terapi ini menggunakan energi alami yang disalurkan pada tubuh pasien DM tipe 2 dengan tujuan menyalurkan energi yang tidak seimbang dalam tubuhnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Reiki terhadap penurunan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati, Jakarta. Desain penelitian yang digunakan adalah *pra-eksperimental* dengan pendekatan *the one-group pretest-posttest design (before and after)* menggunakan teknik *purposif sampling* untuk pengambilan sampelnya. Sampel berjumlah 18 responden. Terapi Reiki dilakukan dengan dua metode, secara langsung dan dari jarak jauh (*distant healing*) yang diberikan selama 30 hari. Terapi Reiki dilakukan oleh peneliti dibantu oleh praktisi Reiki khususnya dalam transfer energi. Instrumen yang digunakan untuk mengukur kadar glukosa darah adalah *glukometer*. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara KGDS sebelum dan setelah intervensi Reiki ($p=0,000$). Disarankan pemberian asuhan keperawatan menggunakan terapi komplementer Reiki dalam membantu mengatasi masalah kesehatan pasien.

Kata Kunci : Diabetes melitus tipe 2, kadar glukosa darah, Reiki

Daftar Pustaka : 63 (1996 – 2008)

**POSTGRADUATE PROGRAM
MEDICAL SURGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Tesis, July 2008

Ester Inung Sylvia

***Effect of Reiki In Decreasing Blood Glucose Level of Type 2 Diabetes Mellitus Patient
at Diabetes Club in Medical Rehabilitation Instalation Fatmawati Hospital***

xv + 73 pages + 9 tables + 2 graph + 4 pigures + 2 schemas + 19 appendices

Abstract

Reiki therapy is one of the complementary therapy that is used to decrease blood glucose level of Type 2 Diabetes Mellitus patient. The therapy employs nature energy which was transferred into patient body to synchronize the imbalance energy in the body. This research was aimed to examine the effect of Reiki in decreasing blood glucose level of patient with Type 2 Diabetes Mellitus at Diabetes Club in Medical Rehabilitation Instalation Fatmawati Hospital, Jakarta. Research design in this study was pre-experimental with the one-group pretest-posttest design (before and after). Purposive sampling technique was employed in sample selection and 18 patients participated in this study. Reiki therapy was performed in two methods, directly and by distant healing, which is done for 30 days. The therapy was conducted by the researcher and helped by Reiki practitioner, especially in the energy transferring. To measure blood glucose level glucometer was instrument. The result revealed that there was a significant difference in casual blood-glucose levels before and after Reiki intervention ($p=0,000$). It is recommended to employ Reiki as a complementary therapy in nursing care.

*Key words : Blood glucose level, Reiki, Type 2 Diabetes Mellitus
References: 63 (1996-2008)*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kasih atas berkat dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Pengaruh Reiki Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta". Pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus Pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis.
2. Rr. Tutik Sri Haryati, S.Kp. MARS, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis.
3. Staf non-akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran penyusunan tesis.
4. Direktur Utama, pimpinan, dan staff RSUP Fatmawati Jakarta yang telah memberikan ijin, memfasilitasi serta memberikan tempat bagi pelaksanaan penelitian.

5. DR. Ir. Wahidin Wahab, M.Sc. PhD, Affandi, Endang, Sutrisno, dan seluruh praktisi Reiki di Klinik Cakram Reiki Jakarta yang ikut membantu pada proses “*Distant Healing*”.
6. Anggota Klub Diabetes di Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati, yang telah bersedia turut serta dalam penelitian ini.
7. Orang tua dan seluruh keluargaku, suamiku Gad Datak, dan anak-anakku terkasih David Lavius P. dan Nathania Zetta, yang senantiasa memberikan semangat hingga tesis ini dapat terselesaikan.
8. Rekan-rekan seangkatan, khususnya Program Magister Keperawatan Medikal Bedah yang telah bersama saling membantu, dan saling menguatkan.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih banyak yang perlu disempurnakan. Kritik dan saran yang sifatnya membangun, sangat diharapkan guna kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2008

Peneliti

DAFTAR ISI

	Hlm.
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PANITIA UJIAN SIDANG TESIS	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRAC	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GRAFIK	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Diabetes Melitus	9
1. Pengertian Diabetes Melitus	9
2. Etiologi	10
3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kadar Glukosa Darah	10
4. Patofisiologi Diabetes Melitus	12
5. Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah	13
6. Penatalaksanaan Diabetes Melitus	14

B. Terapi Komplementer	16
1. Sejarah Reiki	17
2. Pengertian Reiki	19
3. Lapangan Energi	19
4. Hubungan Cakra dengan Sistem Endokrin	23
5. Cara Kerja Reiki dalam Penyembuhan	26
6. Tingkatan dalam Reiki	28
7. Jenis Penyembuhan	28
8. Prinsip-prinsip Spiritualisme Reiki	30
9. Manfaat Energi Reiki	30
10. Perkembangan Reiki di Dunia Keperawatan	33
C. Kerangka Teori	35
BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI	
OPERASIONAL	36
A. Kerangka Konsep	36
B. Hipotesis	38
C. Definisi Operasional	38
BAB IV : METODE PENELITIAN	40
A. Desain Penelitian	40
B. Populasi dan Sampel	41
C. Tempat Penelitian	43
D. Waktu Penelitian	43
E. Etika Penelitian	43
F. Alat Pengumpulan Data	45
G. Prosedur Pengumpulan Data	46
H. Pengolahan dan Analisis Data	50

BAB V : HASIL PENELITIAN	52
A. Analisis Univariat	53
B. Analisis Bivariat	54
 BAB VI : PEMBAHASAN	 58
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil	58
B. Keterbatasan Penelitian	66
C. Implikasi Hasil Penelitian	70
 BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN	 72
A. Simpulan	72
B. Saran	72

Daftar Pustaka

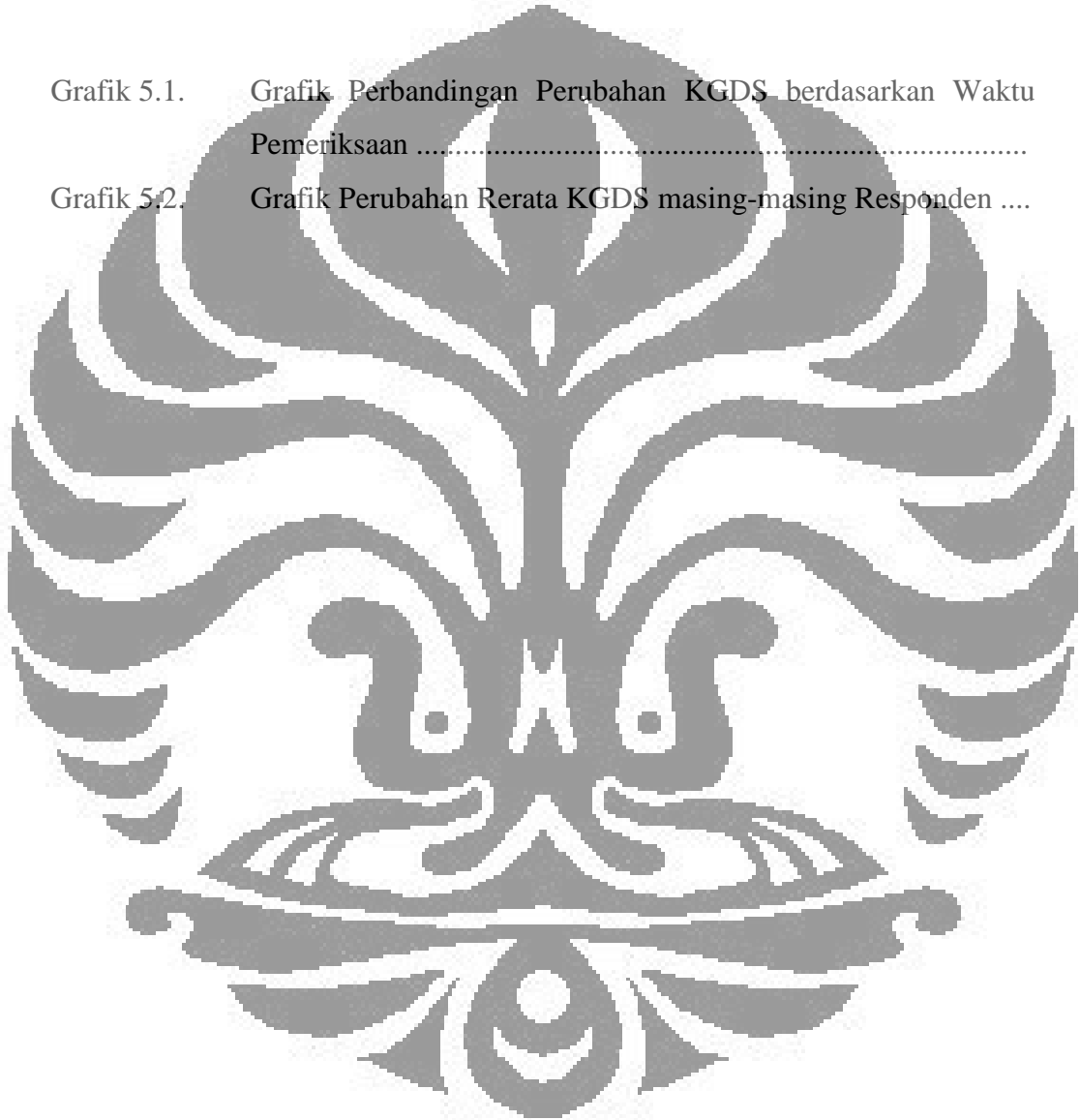
Lampiran

DAFTAR TABEL

	Hlm.
Tabel 2.1. Tujuh Cakra Utama dan Sistem Endokrin	25
Tabel 3.1. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur, dan skala Ukur	38
Tabel 4.1. Analisis Bivariat Variabel Penelitian	51
Tabel 5.1. Distribusi Karakteristik Responden	52
Tabel 5.2. Distribusi Kadar Glukosa Darah Sewaktu I dan II	53
Tabel 5.3. Distribusi Kadar Glukosa Darah Sewaktu I dan II pasien DM tipe 2 Menurut Batas nilai KGDS untuk Melakukan Senam	54
Tabel 5.4. Perbedaan Rerata Kadar Glukosa Darah Sewaktu (KGDS) Responden Menurut Pemeriksaan I dan II	55
Tabel 5.5. Perbedaan Rerata Kadar Glukosa Darah Sewaktu I dan II Menurut Tingkatan Stres	56
Tabel 5.6. Perbedaan Rerata Penurunan Kadar Glukosa Darah Sewaktu Menurut Status Obesitas	57

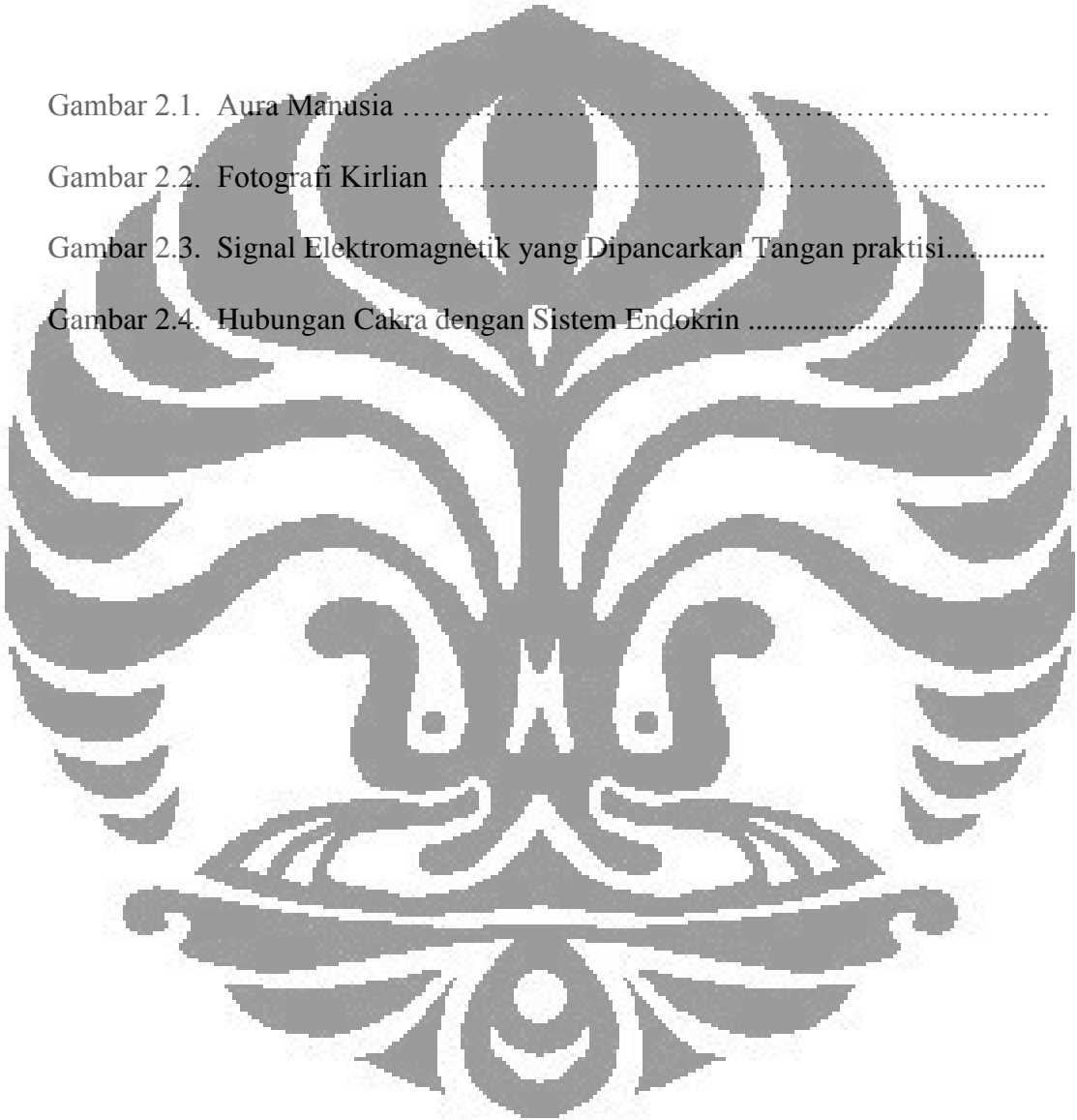
DAFTAR GRAFIK

	Hlm
Grafik 5.1. Grafik Perbandingan Perubahan KGDS berdasarkan Waktu Pemeriksaan	55
Grafik 5.2. Grafik Perubahan Rerata KGDS masing-masing Responden	56



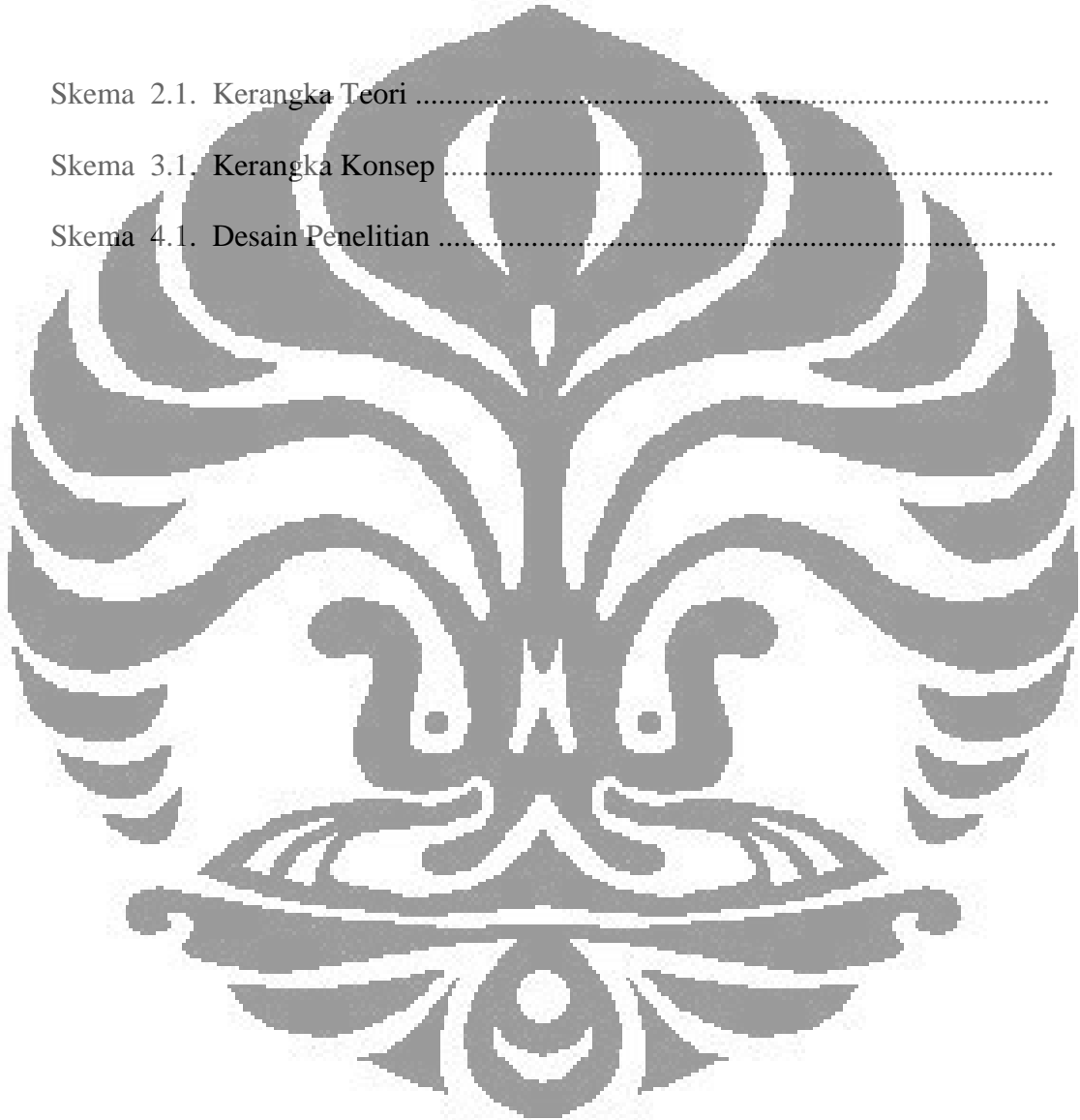
DAFTAR GAMBAR

	Hlm.
Gambar 2.1. Aura Manusia	20
Gambar 2.2. Fotografi Kirlian	21
Gambar 2.3. Signal Elektromagnetik yang Dipancarkan Tangan praktisi.....	22
Gambar 2.4. Hubungan Cakra dengan Sistem Endokrin	24



DAFTAR SKEMA

	Hlm.
Skema 2.1. Kerangka Teori	35
Skema 3.1. Kerangka Konsep	37
Skema 4.1. Desain Penelitian	40



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Daftar Terapi Komplementer dan Alternatif
Lampiran 2	Data Penelitian
Lampiran 3	<i>Holmes & Rahe Stress Scale</i>
Lampiran 4	Protap Pengukuran Kadar Glukosa Darah
Lampiran 5	Protap Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan
Lampiran 6	Protokol Bimbingan Penyembuhan Langsung Bagi Pasien
Lampiran 7	Protokol Sikap Pasien saat " <i>Distant Healing</i> "
Lampiran 8	Satuan Acara Pengajaran Meditasi Reiki
Lampiran 9	Leaflet Meditasi Reiki
Lampiran 10	Jadual Penelitian
Lampiran 11	Surat Penjelasan Tentang Penelitian
Lampiran 12	Surat Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 13	Keterangan Lolos Kaji Etik
Lampiran 14	Permohonan Meninjau di RSUP Fatmawati Jakarta Selatan
Lampiran 15	Izin Observasi dari RSUP Fatmawati Jakarta Selatan
Lampiran 16	Permohonan Ijin Penelitian
Lampiran 17	Izin Penelitian
Lampiran 18	Persetujuan Penelitian
Lampiran 19	Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kronis adalah kondisi medis atau masalah kesehatan yang berkaitan dengan gejala-gejala atau kecacatan yang membutuhkan penatalaksanaan jangka panjang. Perubahan gaya hidup yang pasif, mengonsumsi makanan tinggi lemak, kolesterol, merokok, dan tingkat stres yang tinggi dilaporkan meningkatkan insiden penyakit kronis (Smeltzer & Bare, 2002). Salah satu penyakit yang dikategorikan sebagai penyakit kronis adalah Diabetes Melitus (DM).

Diabetes melitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia karena adanya gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein dari defek sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya (WHO, 1999, <http://www.diabetes.com>, diunduh tanggal 6 Pebruari 2008). Diabetes Melitus mempunyai dua tipe utama, yaitu DM tipe 1 (tergantung insulin), dan DM tipe 2 (tidak tergantung insulin) (Ignativicius, 1999). Kurang lebih 5% hingga 10% pasien mengalami DM tipe 1 dan selebihnya sekitar 90% hingga 95% dari seluruh pasien diabetes adalah DM tipe 2 (Smeltzer & Bare, 2002).

Hiperglikemia pada DM tipe 2 terjadi bukan karena kerusakan sel beta pankreas, namun karena menurunnya sensitivitas reseptor-reseptor di permukaan sel terhadap insulin (WHO, 1999. <http://www.diabetes.com>, diunduh tanggal 6 Pebruari 2008). Faktor obesitas dan stres dilaporkan sebagai salah satu penyebab menurunnya sensitivitas reseptor insulin (Guyton, 1996; Ilyas dalam Soegondo, S. et al, 2007; Smeltzer & Bare, 2002). Stres yang menetap menimbulkan respon stres berupa peningkatan kortisol. Hal ini menyebabkan peningkatan glukosa darah dan dapat menghambat ambilan glukosa oleh sel tubuh (Guyton, 1996; *Individual Wellbeing Diagnostic Laboratories*, 2008, ¶ 3, <http://www.iwdl.net>, diunduh tanggal 10 Maret 2008).

Prevalensi diabetes semakin meningkat. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan pada awal tahun 2006 sedikitnya 171 juta orang mengalami diabetes. Insiden akan meningkat dua kali lipat pada tahun 2030. Di Indonesia, pada tahun 2000-an, penduduk yang berusia diatas 20 tahun adalah 125 juta jiwa. Jika prevalensi kejadian DM 4.6%, maka jumlah pasien DM 5.6 juta jiwa. Berdasarkan pola pertumbuhan penduduk seperti ini, diperkirakan awal tahun 2020 jumlah penduduk Indonesia yang berusia diatas 20 tahun sekitar 178 juta jiwa dan diasumsikan akan terjadi kenaikan prevalensi kejadian DM sekitar 8.2 juta jiwa (Diabetes Atlas 2000 dalam Suyono, et al. 2007).

Awal tahun 2001, *The American College of Endocrinology* (ACE) menyampaikan beberapa rekomendasi hasil dari konferensi-konferensi yang menyetujui bagaimana manajemen Diabetes Melitus (ACE, 2007, <http://www.ace.com>,

diunduh tanggal 6 Pebruari 2008). Begitu pula di Indonesia, melalui Konsensus Pengelolaan Diabetes Melitus di Indonesia tahun 1998, para pakar diabetes melitus di seluruh wilayah Indonesia menyusun manajemen diabetes melitus yang sebelumnya telah diawali oleh PB PERKENI bulan Pebruari 1993. Baik konsensus yang dihasilkan di luar negeri maupun di Indonesia pada dasarnya adalah bagaimana mengelola pasien DM melalui 4 pilar utama, yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, edukasi (penyuluhan) dan obat berkhasiat hipoglikemik.

Obat berkhasiat hipoglikemik merupakan terapi farmakologi yang diberikan pada pasien DM tipe 2. Terapi ini diberikan bila kadar glukosa darah tidak dapat dikendalikan dengan perencanaan makan, dan latihan jasmani. Obat yang diberikan berupa Obat Hipoglikemik Oral (OHO) atau insulin (Waspadji dalam Soegondo, et al, 2007). Tiga pilar pengelolaan DM yang lain merupakan terapi non farmakologi. Latihan jasmani sangat dianjurkan dilakukan secara teratur (3-4 kali dalam seminggu) minimal 30 menit. Makanan yang dikonsumsi juga harus diperhatikan guna pengendalian berat badan dan kadar glukosa darah. Diantara tiga pilar tersebut, harus disertai dengan edukasi yang terprogram.

Di Amerika dalam mengatasi penyakit, selain dengan terapi medis juga menggunakan terapi alternatif dan komplementer. Tercatat awal tahun 1991 sebanyak 36% penduduk Amerika yang telah dewasa menggunakan CAM (*Complementary and Alternatif Medicine*). NCCAM dan Tindle et al melaporkan bahwa penduduk Amerika mengeluarkan dana sekitar \$36- \$47 juta (Vitale, 2007)

sedangkan masyarakat Inggris menghabiskan dana 130 poundsterling (Magdalena, 2003) tiap tahunnya untuk pengobatan komplementer dan alternatif.

Ketertarikan masyarakat terhadap terapi alternatif dan komplementer tampaknya dikarenakan dana yang dikeluarkan tidak terlalu mahal untuk dapat menikmati terapi yang berteknologi dan tidak mempunyai efek samping (Vitale, 2007). Masyarakat juga merasakan para spesialis memperlakukan mereka bukan sebagai manusia yang utuh namun sebagai manusia yang terpisah-pisah antara pikiran dan tubuh sehingga yang diperhatikan hanya penyakitnya saja (Brody & Grady 2001, dalam Craven & Hirnle, 2007). Masyarakat ingin dihargai sebagai manusia yang menyeluruh dan lengkap didalam pelayanan kesehatan (Craven & Hirnle, 2007).

Munculnya fenomena tentang terapi komplementer dan hubungannya dengan perawatan holistik menyebabkan dibentuknya *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) pada awal tahun 1990-an untuk menaungi kebutuhan masyarakat terhadap terapi alternatif dan komplementer (Craven & Hirnle, 2007). Salah satu terapi komplementer yang diklasifikasikan oleh NCCAM sebagai terapi "*energy medicine*" adalah Reiki.

Reiki merupakan terapi biofield, yaitu terapi penyembuhan yang bersifat pribadi dan holistik dengan menggunakan energi alam semesta (McKenzie, 2006). Energi Reiki merupakan energi vital untuk kehidupan yang digunakan bukan dengan tujuan untuk menggantikan terapi medis, namun justru untuk melengkapinya. Energi ini

disalurkan melalui *cakra* (pintu gerbang tempat masuknya energi ke dalam tubuh) untuk membersihkan, menyeimbangkan energi lapang manusia dengan lingkungannya (Effendi, 2004; McKenzie, 2006; Soegoro, 2002).

Kurang lebih ada 7 *cakra* utama yang mengatur fungsi tubuh manusia. *Cakra* utama yang berhubungan dengan penyakit diabetes melitus adalah *cakra* kedua (*cakra seks*), *cakra* ketiga (*solar plexus*), dan *cakra* ke tujuh (*cakra mahkota*). Praktisi Reiki akan menyerap energi Reiki dari alam dan menyalurkan melalui tangannya ke *cakra* di tubuh pasien. Energi akan masuk ke dalam tubuh dan mencari sendiri sumber penyakitnya (Halcon dalam Snyder & Lindquist, 2002). Melalui penyaluran energi, sel-sel dan jaringan-jaringan yang rusak distimulasi untuk kembali pada fungsinya yang normal (Goldberg, 1997, dalam Sjahdeini, 2005).

Manfaat-manfaat Reiki dalam penyembuhan suatu penyakit telah dibuktikan dari berbagai penelitian. Hasil-hasil penelitian tersebut antara lain dari Brennan, 2001; Garison, 2005; Hanson dan Olson, 1997; Wardell dan Engebretson, 1996; Wirt et al, 1996; Sicher et al, 2005, mereka mengafakan dan menunjukkan Reiki memberikan efek terhadap penyembuhan luka, meningkatkan waktu reepitalisasi jaringan dermis, menurunnya sensasi nyeri, menurunkan kecemasan, suasana hati menjadi lebih baik, memberikan rasa nyaman, kunjungan dokter lebih jarang, dan lama rawat inap lebih singkat.

Sedangkan riset-riset DM yang dihubungkan dengan terapi komplementer jumlahnya masih sedikit, sehingga ini merupakan peluang yang besar bagi peneliti untuk

membuktikan manfaat terapi komplementer terhadap DM (Payne, 2001, *Complementary and integrative medicine: emerging therapies for diabetes*, ¶ 13, <http://www.spectrum.diabetesjournals.org>, diunduh tanggal 26 November 2007).

Berkembang dan bertambahnya riset-riset mengenai Reiki sebagai terapi komplementer memberikan dampak pada sistem pelayanan kesehatan di beberapa negara. Perawat mempunyai peluang yang besar untuk menggunakan Reiki di tatanan pelayanan keperawatan holistik. Sebagian besar waktu perawat “bersentuhan” dengan masalah kesehatan baik bio-psycho-sosial-spiritual pasien.

Dilaporkan bahwa Reiki mulai diminati oleh perawat, dokter, dan ahli rehabilitasi, khususnya di Amerika. Mereka mengkombinasikan terapi Reiki dengan terapi medis dalam menyembuhkan pasien (Vitale, 2007). Tercatat hingga akhir tahun 2002 kurang lebih 50 rumah sakit dan klinik-klinik di Amerika Serikat telah menawarkan terapi Reiki kepada pasien-pasiennya sebagai terapi komplementer, terapi pelengkap dari terapi medis, untuk penyembuhan penyakit (DiNucci, 2005). Di Indonesia, terapi Reiki baru dikenal tahun 1990-an (Ishaq, 2002) dan sejak saat itu klinik-klinik Reiki mulai banyak dibuka untuk melayani masyarakat yang mengalami permasalahan dalam kesehatan. Salah satu klinik tersebut adalah Klinik Cakram Reiki Jakarta.

Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati merupakan salah satu rumah sakit yang berperan serta dalam pengelolaan DM dengan menyediakan salah satu fasilitas bagi diabetesi yaitu Klub Diabetes. Di klub ini diabetesi mempunyai aktivitas bersama di hari Selasa dan Kamis, salah satunya untuk melakukan senam DM yang dilanjutkan

pemberian edukasi tentang pengobatan dan pengaturan diit di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP Fatmawati. Tercatat sejak tahun 2004 Klub Diabetes RSUP Fatmawati beranggotakan 268 pasien dengan rata-rata jumlah kunjungan setiap Selasa dan Kamis adalah 40 pasien. Dari berbagai kegiatan pengelolaan DM, belum ada laporan bahwa RSUP Fatmawati menggunakan Reiki sebagai terapi komplementer yang melengkapi terapi medis untuk menurunkan kadar glukosa darah pasien DM.

B. Rumusan Masalah

Uraian ringkas pada latar belakang masalah diatas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut: "Bagaimana pengaruh Reiki dalam menurunkan kadar glukosa darah pasien Diabetes Melitus tipe 2?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh terapi Reiki dalam menurunkan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta.

2. Tujuan Khusus

Melalui penelitian ini dapat menjelaskan:

- a. Perubahan rerata kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 sebelum dan setelah diberikan terapi kombinasi selama 30 hari.
- b. Pengaruh stres pada perubahan rerata kadar glukosa darah sebelum dan setelah intervensi selama 30 hari.

- c. Pengaruh berat badan dalam perubahan rerata kadar glukosa darah sebelum dan setelah intervensi selama 30 hari.

D. Manfaat Penelitian

1. Pelayanan Keperawatan

- a. Memberikan inovasi baru pada praktik keperawatan tentang penggunaan terapi Reiki dalam menurunkan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2.
- b. Terapi Reiki bermanfaat bagi pasien DM tipe 2 dalam menurunkan kadar glukosa darah. Masyarakat pun dapat menerima serta melakukan terapi Reiki karena bersifat aman, dapat dipelajari oleh siapapun dan tidak banyak mengeluarkan biaya untuk menikmati terapi ini.

2. Ilmu Keperawatan

Ikut berperan serta dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah, khususnya tentang terapi Reiki sebagai salah satu tindakan keperawatan mandiri yang dapat digunakan oleh perawat untuk menurunkan kadar glukosa darah pasien Diabetes Melitus tipe 2.

3. Penelitian Keperawatan

Memberikan gambaran dan acuan untuk riset keperawatan selanjutnya tentang terapi Reiki.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan landasan teori yang berkaitan dengan penyakit Diabetes Melitus (DM) tipe 2 dan terapi komplementer: Reiki.

a. **Diabetes Melitus**

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit kronis yang memerlukan penatalaksanaan jangka panjang. Kondisi-kondisi pada penyakit kronis menuntut pasien untuk beradaptasi terhadap perubahan-perubahan tersebut agar tidak terjadi komplikasi. Berikut ini akan dijabarkan tentang pengertian DM, etiologi, patofisiologi DM, pemeriksaan kadar glukosa darah, faktor-faktor yang mempengaruhi kadar glukosa darah dan penatalaksanaan DM.

1. Pengertian

Diabetes melitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang disebut hiperglikemia karena adanya gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein dari defek sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya (WHO, 1999; Soegondo, dalam Soegondo, S., et al., 2007).

Diabetes Melitus mempunyai 2 tipe utama, yaitu DM tipe 1 (tergantung insulin) dan DM tipe 2 (tidak tergantung insulin) (Ignatovicus, 1999). Sebagian besar DM tipe 1 banyak terjadi pada orang muda dibawah usia 35 tahun. Diabetes Melitus tipe 2 adalah tipe diabetes yang paling banyak ditemukan, yaitu 90% hingga 95% dari seluruh pengidap DM dan sering terjadi diatas usia 45 tahun (Smeltzer & Bare, 2002; Suyono dalam Soegondo, S., et al., 2007).

2. Etiologi

Penyebab DM tipe 2 bukan karena kerusakan pankreas. Sel beta pankreas tetap dapat mensekresi insulin, kadang jumlahnya lebih besar dari normal, tetapi sel-sel tubuh mengalami resistensi terhadap insulin. Penyebab resistensi insulin tidak begitu jelas, tetapi ada beberapa faktor yang berperan, antara lain obesitas, diit tinggi lemak, rendah karbohidrat, kurang aktivitas, faktor herediter, usia, dan stres (Ilyas dalam Soegondo, S., et al., 2007; Smeltzer & Bare, 2002)

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kadar Glukosa Darah

a. Stres

Selye (1976, dalam Potter & Perry, 2005) mengatakan stres adalah segala situasi dimana tuntutan non-spesifik mengharuskan individu untuk berespon atau melakukan tindakan. Respon ini sangat individual (Kozier, et al, 1995) karena individu mempunyai sifat yang multidimensi (Crisp, 2001). Stres

muncul ketika ada ketidakcocokan antara tuntutan yang dihadapi dengan kemampuan yang dimiliki. Diabetesi yang mengalami stres dapat merubah pola makan, latihan, penggunaan obat yang biasanya dipatuhi dan hal ini menyebabkan terjadinya hiperglikemia (Smeltzer & Bare, 2002).

Stres memicu reaksi biokimia tubuh melalui 2 jalur, yaitu neural dan neuroendokrin. Reaksi pertama respon stres yaitu sekresi sistem saraf simpatis untuk mengeluarkan norepinefrin yang menyebabkan peningkatan frekuensi jantung. Kondisi ini menyebabkan glukosa darah meningkat guna sumber energi untuk perfusi. Bila stres menetap akan melibatkan hipotalamus-pituitari. Hipotalamus mensekresi *corticotropin-releasing factor* yang menstimulasi pituitari anterior untuk memproduksi *adrenocortocotropic hormone* (ACTH) kemudian ACTH menstimulasi pituitari anterior untuk memproduksi *glukokortikoid*, terutama kortisol. Peningkatan kortisol mempengaruhi peningkatan glukosa darah melalui glukoneogenesis, katabolisme protein dan lemak (Guyton, 1996; Smeltzer & Bare, 2002). Selain itu kortisol juga dapat menghambat ambilan glukosa oleh sel tubuh (*Individual Wellbeing Diagnostic Laboratories*, 2008).

b. Obesitas

Obesitas artinya berat badan berlebih minimal sebanyak 20% dari berat badan idaman (BBI). Rumus untuk menentukan BBI adalah $90\% \times (TB$

dalam cm-100)x 1 kg (Sukardji dalam Soegondo, S., et al. 2007). Kecenderungan obesitas terjadi pada wanita karena pengaruh hormon estrogen menyebabkan peningkatan pengendapan lemak pada jaringan subkutis (Guyton, 1996). Wanita mempunyai potensi lebih besar mengalami diabetes bila mempunyai gaya hidup yang tidak sehat. Individu dengan DM tipe 2 diketahui sebanyak 80% diantaranya adalah obesitas. Obesitas menyebabkan respon sel beta terhadap glukosa darah menjadi berkurang. Selain itu reseptor insulin pada target sel di seluruh tubuh kurang sensitif dan jumlahnya berkurang sehingga insulin dalam darah tidak dapat dimanfaatkan (Ilyas dalam Soegondo, S., et al., 2007).

4. Patofisiologi Diabetes Melitus

Hormon insulin dihasilkan sel beta di kelenjar pankreas. Dalam keadaan normal, bila ada rangsangan pada sel beta, insulin disintesis dan disekresikan ke dalam darah sesuai kebutuhan tubuh untuk keperluan regulasi glukosa darah. Salah satu komponen utama yang memberikan rangsangan pada sel beta untuk memproduksi insulin karena adanya peningkatan kadar glukosa darah (Manaf dalam Sudoyo, et al. 2006). Hal ini dapat dipahami karena dalam keseharian setiap orang selalu mengkonsumsi zat-zat nutrient yang akan dimetabolisme menjadi glukosa, yaitu dari karbohidrat, lemak, dan protein. Meskipun proses metabolisme tubuh tetap berjalan, kadar glukosa di dalam darah selalu dalam

batas aman, baik dalam kondisi puasa maupun sesudah makan. Kadar glukosa darah selalu stabil sekitar 70 – 140 mg/dL.

Sel beta pankreas pengidap DM tipe 2 tetap memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup, namun jaringan perifer tidak dapat menggunakan glukosa dalam darah. Hal ini menyebabkan kadar glukosa darah meningkat dan menimbulkan gejala-gejala klinis. Meski demikian peningkatan sekresi insulin ternyata tidak berhasil menurunkan kadar glukosa darah. Keadaan ini disebut dengan resistensi insulin dimana terjadi penurunan sensitivitas reseptor insulin di permukaan sel-sel tubuh. Kadar insulin plasma yang meningkat semakin lama akan menurun hingga mencapai kadar dibawah normal karena sel beta pankreas tidak dapat memproduksi insulin lebih lanjut akibat kerusakan sel.

5. Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah

Pemeriksaan glukosa darah lebih akurat dibandingkan dengan pemeriksaan glukosa urine karena pemeriksaannya bersifat langsung (Soewondo dalam Soegondo, S., et al., 2007). Pemeriksaan ini bertujuan mendeteksi keadaan hipoglikemik atau hiperglikemik. Salah satu pemeriksaannya dengan melakukan tes glukosa darah sewaktu, yaitu mengukur glukosa darah yang diambil kapan saja tanpa memperhatikan waktu makan. Kriteria KGDS dikategorikan baik 110- <145 mg/dL, sedang 145-179 mg/dL, dan buruk >180 mg/dL.

6. Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Empat pilar utama dalam pengelolaan DM, yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, penyuluhan, dan obat berkasiat hipoglikemik.

a. Perencanaan makan

Prinsip perencanaan makan adalah melakukan pengaturan pola makan yang didasarkan pada status gizi diabetesi dan melakukan modifikasi diet dengan memperhatikan gaya hidup, pola kebiasaan makan, status ekonomi, dan lingkungan. Diabetesi harus dapat melakukan perubahan pola makan secara konsisten. Salah satu manfaat pengaturan makan adalah untuk meningkatkan sensitivitas reseptor insulin sehingga akhirnya dapat menurunkan kadar glukosa darah (Soebardi & Yunir dalam Sudoyo, et al., 2006).

b. Latihan jasmani

Dianjurkan latihan jasmani secara teratur (3-5 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai *CRIPE* (*continous rhythmical, interval, progressive, endurance training*). Latihan jasmani yang teratur menyebabkan kontraksi otot meningkat sehingga permeabilitas membran sel terhadap glukosa meningkat dan resistensi insulin berkurang (Ilyas dalam Soegondo, S., et al., 2007). Namun pasien dengan kadar glukosa darah > 250 mg/dL, tidak dianjurkan untuk latihan jasmani karena akan meningkatkan kadar glukosa darah dan benda keton (Soebardi & Yunir dalam Sudoyo, et al., 2006).

c. Penyuluhan (edukasi diabetes)

Bila dilihat dari empat (4) pilar pengelolaan DM, tingkat kepatuhan diabetesi dalam mengatur perencanaan makan, pengobatan dan latihan jasmani intinya adalah bagaimana diabetesi memahami, menyadari, dan dapat mengendalikan kondisi penyakitnya sehingga dapat hidup lebih berkualitas. Untuk mengatasi hal tersebut, sangatlah penting seorang edukator dalam pengelolaan DM. Pada intinya seorang edukator memberikan penyuluhan dengan tujuan dapat meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, mengubah perilaku, meningkatkan kepatuhan dan meningkatkan kualitas hidup pasien DM.

d. Obat berkhasiat hipoglikemik

Obat berkhasiat hipoglikemik merupakan terapi farmakologi yang diberikan pada pasien DM tipe 2, apabila glukosa darah tidak dapat dikendalikan dengan pengaturan makan dan latihan jasmani. Obat yang diberikan dapat berupa Obat Hipoglikemik Oral (OHO) atau insulin. Berdasarkan cara kerjanya, OHO dibagi menjadi 4 golongan, yaitu : 1) pemicu sekresi insulin : Sulfonilurea dan Glinid, 2) penambah sensitivitas terhadap insulin : metformin dan tiazolidindion, 3) penghambat glukoneogenesis : metformin, 4) penghambat absorpsi glukosa : penghambat glukosidase alfa (Soegondo, dalam Soegondo, S., et al., 2007).

Kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 diharapkan dapat terkontrol melalui 4 pilar pengelolaan DM. Namun saat ini telah berkembang di masyarakat alternatif-alternatif lain untuk membantu mengatasi penyakit pasien selain pengobatan yang telah terprogram dari instansi kesehatan, antara lain penyembuhan melalui terapi komplementer.

b. Terapi Komplementer

Terapi komplementer adalah terapi pelengkap bagi terapi modern yang ada dan telah terbukti bermanfaat (Conn, 2001, ¶ 3, www.kompas.com diunduh tanggal 27 September 2007). Terapi komplementer bila dihubungkan dengan keperawatan didefinisikan sebagai pemecahan terhadap masalah penyembuhan yang dipilih dan digunakan dalam praktik keperawatan untuk meningkatkan kesehatan, memperoleh penyembuhan dan kualitas hidup, keseimbangan hidup, dan lingkup perawatan holistik (*Nurses Board Of Victoria*, 2006). *College Of Nurses Of Ontario* (2005) memandang terapi komplementer sebagai pengembangan perawatan yang dapat ditawarkan untuk mendampingi teknik pengobatan lainnya (<http://www.cno.org>, diunduh 25 September 2007).

Terapi komplementer mempunyai banyak manfaat, diantaranya dana yang dikeluarkan tidak terlalu banyak, tidak mempunyai efek samping (Vitale, 2007), seseorang diperlakukan sebagai manusia yang utuh (Brody & Grady, 2001 dalam Craven & Hirnle, 2007). Tuntutan pasien untuk diperlakukan sebagai manusia utuh, menawarkan model keperawatan holistik. Perawatan holistik merupakan fasilitator

untuk mencapai kondisi sejahtera yang menghormati pengalaman kesehatan, kepercayaan, dan nilai kesehatan yang dianutnya. Keperawatan holistik menjawab tantangan abad 21 bagi perawat dalam mengintegrasikan konsep teknologi, pikiran, jiwa kedalam praktek keperawatan (Dossey, Keegan & Guzzetta, 2005).

Munculnya fenomena tentang terapi komplementer dan hubungannya dengan perawatan holistik menyebabkan dibentuknya *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) pada awal tahun 1990-an untuk menaungi kebutuhan masyarakat terhadap terapi alternatif dan komplementer (Craven & Hirnle, 2007). Salah satu terapi komplementer yang diklasifikasikan oleh NCCAM sebagai terapi “*energy medicine*” adalah Reiki. Reiki bersifat pribadi dan holistik. Terapi ini membantu orang untuk menjadi keseluruhan dan lengkap. Ketika orang menjadi keseluruhan, maka mereka akan menjadi lebih baik (McKenzie, 2006).

1. Sejarah Reiki

Reiki adalah tradisi penyembuhan spiritual dari kebudayaan Tibet yang menggunakan energi vital sebagai penyembuhan. Reiki berkembang awal tahun 1900-an dan kembali menghilang karena penyembuhan ini hanya diajarkan pada kalangan tertentu yaitu para “*lama*” atau “*biksu*” Tibet. Namun tahun 1922, Usui dari Jepang, melalui kebiasaan meditasinya menemukan kembali Reiki. Awalnya karena tertarik dengan spiritualisme ia banyak mempelajari “*Sutra*” (kitab suci agama Budha). Saat mempelajari dan memperdalam “*Sutra*” (kitab suci agama

Budha) ia menemukan bahan tertulis tentang teknik penyembuhan kuno namun tidak disertai bagaimana cara memperoleh kemampuan untuk penyembuhan.

Usui ingin mengetahui lebih dalam tentang penyembuhan ini. Ia melakukan puasa dan meditasi di gunung Kuri Yama, hingga pada hari ke dua puluh satu, tiba-tiba ia melihat cahaya yang meluncur ke arahnya dan ia merasakan ada energi yang sangat dasyat masuk tubuh dari atas kepalanya. Ia langsung sadar dan merasakan kebahagiaan yang luar biasa. Itulah "attunement" pertama dan sekaligus penemuan kembali penyembuhan kuno yang dikemudian hari Usui menyebut energi penyembuhan ini dengan Reiki.

Usui berlari dari gunung untuk menceritakan pengalamannya, namun ia terjatuh dan ibu jarinya terantuk batu. Ia membungkuk dan memegang ibu jarinya yang sakit dan ternyata sesaat telapak tangannya terasa panas, rasa sakit itupun hilang dan perdarahan berhenti. Ini adalah keajaiban pertama yang dirasakan Usui. Dari berbagai pengalaman menyembuhkan orang lain, ia mulai mengembangkan energi penyembuhan dengan mendirikan perkumpulan Reiki. Setelah Usui wafat Reiki dikembangkan oleh Hayasi dan Takata. Takata mendirikan klinik Reiki di Amerika Serikat yang diberi nama "The Usui System of Natural Healing". Dari Amerika Serikat inilah energi penyembuhan menyebar ke pelosok dunia hingga Indonesia (McKenzie, 2006; Rolando, 2008; Soegoro, 2002).

2. Pengertian Reiki

Reiki berasal dari bahasa Jepang. "Rei" berarti alam semesta atau Ilahi, dan "Ki" berarti energi vital. Secara etimologi Reiki berarti energi vital yang berasal dari alam semesta atau disingkat energi alam semesta (*life force energy*), energi Ilahi, atau energi kehidupan yang mampu menyembuhkan (*universal healing*) (Lutterbeck, ¶ 3, *Reiki energy therapy*, <http://www.Reiki-master-teacher.com>, diunduh tanggal 23 November 2007). Kemampuan penyembuhan diperoleh dengan proses *attunement*/ penyetaraan energi terhadap sumber energi alam semesta atau *inisiasi* yang dilakukan oleh Reiki Master (McKenzie, 2006). Waktu yang diperlukan untuk proses ini relatif sangat singkat. Untuk *attunement* diperlukan waktu hanya beberapa menit dan untuk latihan penggunaan energi inipun hanya beberapa menit saja, tidak lebih dari 20 menit.

3. Lapangan Energi

Secara waskita tubuh terdiri dari tubuh fisik dan tubuh eterik. Tubuh fisik atau tubuh jasmani dapat dilihat dan diraba, tetapi tubuh eterik merupakan tubuh energi bercahaya, tidak tampak dan tidak dapat diraba, yang dapat memancar keluar setebal empat sampai lima inci (Soegoro, 2002). Hal ini mungkin masih sulit dipahami, tetapi dengan hasil penelitian yang dihubungkan dengan pengetahuan dari beberapa ahli, lapangan energi ini dapat dijelaskan.

Menurut ahli fisika Newton, setiap materi atau benda terdiri dari partikel-partikel kecil yang disebut atom. Atom terdiri dari elektron yang bermuatan negatif dan proton yang bermuatan positif. Proton dan elektron adalah magnet. Proton akan bergerak mengelilingi inti, sedangkan elektron bergerak mengelilingi proton. Lapangan tempat atom bergerak disebut lapangan energi atau medan magnet. Lapangan energi bercahaya ini disebut *aura* (gambar 2.1.). Dengan kata lain *aura* adalah lapangan energi bercahaya karena mengeluarkan gelombang elektromagnetik yang mengelilingi setiap materi (Sjahdeini, 2005).

Gambar 2.1. Aura Manusia



Sumber : Anonimous, <http://mail.si.itb.ac.id>.

Dalam waktu cukup lama, pemahaman tentang *aura* masih diperdebatkan, hingga awal tahun 1930-an. Seymon dan Kirlian menemukan teknik fotografi yang nantinya dikenal dengan fotografi Kirlian (gambar 2.2.). Teknik fotografi Kirlian hampir sama dengan foto ronsen atau foto sinar X. Dengan penemuan ini akhirnya mencapai suatu kesimpulan bahwa setiap materi memiliki medan magnet atau *aura* (Soegoro, 2002).

Keberadaan *aura* atau medan magnet disekeliling materi diperkuat dengan hasil penelitian Zimmerman. Ia menggunakan SQUID (*Superconducting Quantum Interferensi Device*) magnetometer untuk menentukan medan magnet di tangan praktisi yang telah dilatih. Ia menemukan medan magnet beberapa ratus waktu lebih kuat dari lingkungan di sekitar tangan praktisi ketika melakukan penyembuhan. Frekwensi medan magnet dari tangan praktisi menunjukkan adanya gelombang radio alfa dan teta yang serupa dengan gelombang di otak (Rand, W.L, 2002. *Science and the human energy field*, <http://www.Reiki.org.>, diunduh tanggal 14 November 2007).

Gambar 2.2. Fotografi Kirlian



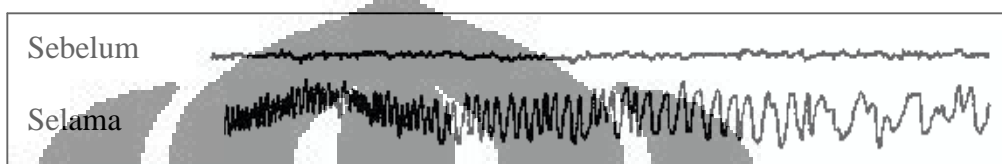
Sumber : Moore, A, *Reiki energy medicine : Enhancing the healing process*, <http://www.harthosp.org.>, diunduh tanggal 27 November 2007

Awal tahun 1980-an, Zimmerman kembali melakukan studi terhadap terapi sentuhan dengan menggunakan SQUID magnetometer. Ia mencatat adanya pulsasi biomagnetik pada permukaan tangan para praktisi dengan frekuensi naik turun seperti proses menyapu dengan rentang frekuensi 0.3 hingga 30 Hz (Gambar 2.3.). Sedangkan frekuensi disekitarnya berkisar 7-8 Hz. Frekuensi

yang hampir sama dengan gelombang di otak (Rand, W.L, 2002, *Science and the human energy field*, <http://www.Reiki.org>, diunduh tanggal 14 November 2007).

Gambar 2.3.

Signal elektromagnetik yang dipancarkan tangan-tangan praktisi



Rand, WL, <http://www.Reiki.org>, diunduh tanggal 14 November 2007

Lapangan energi di dunia keperawatan juga telah diidentifikasi oleh seorang tokoh keperawatan bernama Rogers. Pada Model Konseptual Keperawatan "Unitary Human Being Model" ia mengatakan lapangan energi manusia yang ditampilkan merupakan bagian integral dari lingkungan dan dikarakteristikan oleh pola yang dapat diidentifikasi dan dimanifestasikan dalam atribut manusia. Roger mendefinisikan lapang energi sebagai unit fundamental dari kehidupan yang bersifat dinamis (Rogers,1983 , dalam Tomey & Alligood, 2006).

Ketebalan lapangan energi manusia sangat dipengaruhi oleh kualitas hidup baik kualitas hidup jasmani maupun rohani. *Aura* setiap orang berbeda-beda dan dapat berubah-ubah tergantung beberapa hal antara lain pikiran, emosi, kesehatan (Moore, ¶ 10, *Reiki energy medicine : Enhancing the healing process*, <http://www.harthosp.org>, diunduh tanggal 27 November 2007). Energi yang dipancarkan setiap materi bersifat timbal balik, artinya bahwa seseorang dapat

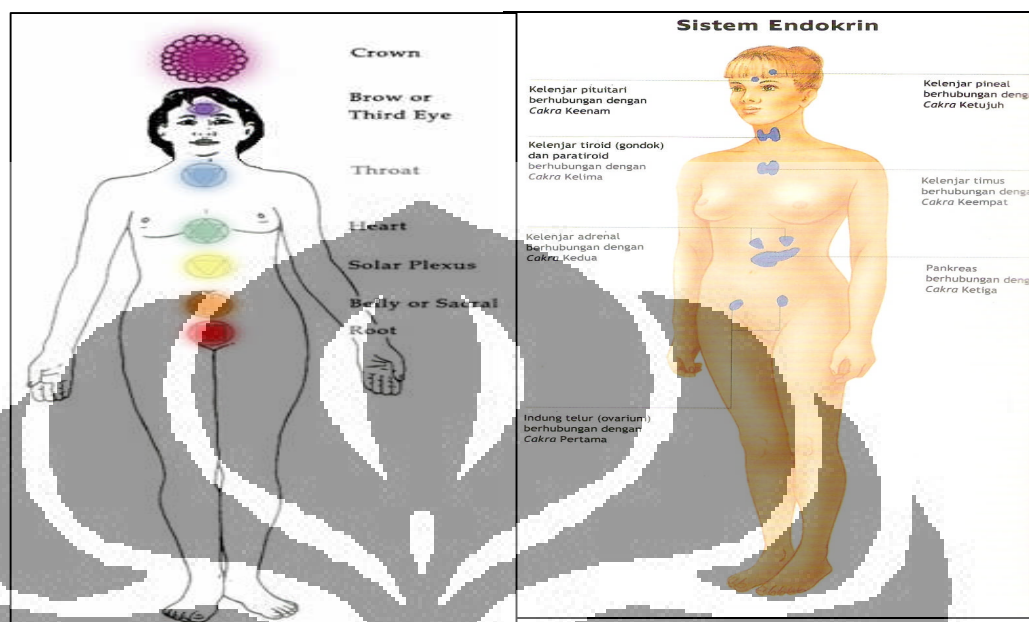
menyerap energi disekelilingnya (Soegoro, 2002). Hal ini juga diungkapkan Rogers (1983, dalam Tomey, 2006) bahwa antara lapangan energi manusia dan lingkungan saling berinteraksi, mempengaruhi dan bertukar energi.

4. Hubungan Cakra dengan Sistem Endokrin

Kata “*Chakra*” berasal dari bahasa Sanskerta yang berarti “lingkaran”. Setiap *cakra* utama mempunyai pangkal di jalur *sushuma* (jalur utama energi tubuh). Cakra merupakan simpul energi atau merupakan pintu gerbang tempat masuknya energi ke dalam tubuh. Dari sini energi akan didistribusikan dari organ tubuh yang satu ke organ yang lain (Effendi, 2004). Ada 7 cakra utama pada tubuh manusia dan hubungannya dengan sistem endokrin (gambar 2.4. dan tabel 2.1.) yaitu: *cakra* mahkota, *ajna*, tenggorokan, jantung, *solar plexus*, seks, dan *cakra* dasar.

Hubungan antara sistem endokrin dan *cakra* didasarkan pada pemahaman bahwa tubuh terdiri dari tubuh fisik dan tubuh eterik. Sistem endokrin pembawa energi bagi *cakra* begitu pula sebaliknya. Tubuh eterik bergetar dengan frekuensi lebih tinggi dibandingkan tubuh fisik. Hal ini menyebabkan ketidakseimbangan energi dalam tubuh dan menimbulkan suatu penyakit (Gourman, 2005. *The 7 major chakras*, <http://www.thehealingpages.com>, diunduh tanggal 23 November 2007).

Gambar 2.4. Hubungan cakra dengan sistem endokrin



Sumber : McKenzie, 2006; Gourman, A, 2005, *The seven major chakras*, <http://www.thehealingpages.com>. diunduh tanggal 23 November 2007

Masing-masing kelenjar endokrin menghasilkan hormon untuk mengendalikan proses pertumbuhan, metabolisme, fungsi respon tubuh, dan seksual. Tiga cakra utama yang berhubungan dengan DM, yaitu *cakra mahkota*, *solar pleksus*, dan *seks*. Pada *cakra mahkota* terdapat kelenjar utama endokrin yaitu pituitari yang mengendalikan seluruh kelenjar endokrin (McKenzie, 2006), salah satunya adalah kelenjar adrenal (pada area *cakra solar pleksus* dan *seks*). Kelenjar pituitari anterior menghasilkan hormon yang berperan mengatur fungsi metabolisme tubuh. Hormon-hormon yang berhubungan dengan diabetes melitus antara lain *adrenokortikoid hormone* (ACTH). ACTH mengatur sekresi beberapa hormon di kortek adrenal, yang selanjutnya mempengaruhi metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak (Guyton, 1996; Smeltzer & Bare, 2002).

Tabel 2.1. Tujuh cakra utama dan sistem endokrin

Cakra	Nama	Lokasi	Warna	Unsur	Fungsi	Kelenjar Endokrin
I	Dasar/ Muladhara	Dasar tulang punggung/ perineum	Merah	Bumi	Kelangsungan hidup dan kemakmuran	Gonad/ indung telur
II	Seks/Swadist hana	1-3 inci dibawah pusar	Oranye	Air	Kesehatan fisik dan seksual	Kelenjar limfa/ adrenal
III	Solar Plexus/ Manipura	Solar plexus	Kuning	Api	Kekuatan pribadi/ emosi	Pankreas / adrenal
IV	Jantung/ Anahata	Disebelah jantung di dada bagian tengah	Hijau/ merah muda	Udara	Cinta	Timus
V	Tenggorokan / Vishudda	Di tengah tenggorokan	Biru	Eter	Komunikasi	Tiroid
VI	Ajna	Diantara dan sedikit di atas alis mata	Indigo	Tidak ada	Intuisi	Pineal
VII	Mahkota/ Sahasrana	Ubun-ubun	Ungu/ putih	Tidak ada	Spiritualitas	Pituitari

Sumber : McKenzie, 2006

Cakra solar pleksus pada tubuh fisik terdapat kelenjar pankreas penghasil insulin dan glukagon (McKenzie, 2006). Fungsi hormon ini saling bertolak belakang. Bila kadar glukosa darah meningkat, maka hormon insulin diproduksi untuk membantu digunakannya glukosa darah oleh sel-sel tubuh. Tetapi karena reseptor sel tubuh mengalami resisten mengakibatkan glukosa tidak dapat dimanfaatkan sel tubuh dan akibatnya kadar glukosa darah meningkat (Guyton, 1996).

5. Cara Kerja Reiki dalam Penyembuhan Penyakit

Kita hidup karena ada energi kehidupan yang mengalir kedalam tubuh. Energi kehidupan memelihara sel-sel dan organ tubuh sehingga tetap berfungsi dengan baik. Ketika aliran energi kehidupan rusak maka fungsi salah satu organ tubuh menurun. Energi kehidupan rusak apabila ada perasaan atau pemikiran negatif tentang diri kita dan hal menimbulkan suatu penyakit (Rand & Soetrisno, 1991).

Penyelarasan energi kehidupan sangat diperlukan pada tubuh yang sakit. Penyaluran energi ini sangat mudah dilakukan yaitu melalui telapak tangan praktisi Reiki yang diarahkan tepat diatas *cakra* atau 5 cm diatasnya. Baik sentuhan secara langsung atau tidak, jauh maupun dekat tidak mempengaruhi kualitas energi yang mengalir dalam tubuh (Soegoro, 2002). Praktisi tidak memerlukan usaha dalam menyalurkan energi vital, ia hanya perlu "niat" untuk mempergunakan energi kehidupan sebagai energi positif untuk membersihkan dan menyembuhkan penyakit serta menyerahkan kesembuhan seseorang pada Tuhan Yang Maha Kuasa. Praktisi hanya sebagai perantara untuk penyaluran energi, sehingga praktisi tidak boleh menjanjikan bahwa penyakitnya pasti sembuh dengan terapi Reiki ini (McKenzie, 2006; Soegoro, 2002).

Praktisi dan pasien harus rileks, santai, pasrah dan tidak memaksakan keinginan untuk sembuh, maka energi akan bekerja lebih dahsyat (Soegoro, 2002). Relaksasi dan meditasi Reiki dapat dilakukan hingga benar-benar merasa santai. Relaksasi menyebabkan sistem saraf simpatis diinhibisi sehingga menghambat

sekresi norepineprin. Frekuensi jantung, pernafasan dan glukosa darah menurun. Selain itu hipofisis anterior juga diinhibisi sehingga ACTH yang mensekresi kortisol menurun sehingga proses glukoneogenesis, katabolisme protein dan lemak yang berperan dalam peningkatan glukosa darah juga menurun (Guyton 1996, Smeltzer & Bare, 2002). Relaksasi yang dipadukan dengan meditasi menyebabkan seseorang mampu melepaskan diri dari belenggu beban pikiran, menghilangkan sifat pemarah, hidup lebih santai.

Pada kondisi rileks, energi akan mengalir maksimal masuk tubuh dan menstimulasi organ-organ tubuh agar terjadi keseimbangan (Effendi, 2007). Energi Reiki merupakan energi yang cerdas, "smart" dan halus (Sjahdeini, 2005). Ia masuk ke tubuh dan mencari sendiri sumber penyakitnya (Halcon dalam Snyder & Lindquist, 2002). Penyembuhan terjadi melalui suatu proses menstimulasi sel-sel dan jaringan yang rusak untuk kembali pada fungsinya yang normal (Goldberg, 1997, dalam Sjahdeini, 2005).

Waktu yang diperlukan untuk tiap kali terapi \pm 30-60 menit. Lama terapi untuk kesembuhan penyakit bervariasi, dapat beberapa jam, hari, minggu, bahkan bulan. Hal ini disebabkan oleh banyak faktor, keparahan, keparahan penyakit, dan energi reiki tidak dapat dipaksakan menyembuhkan organ-organ tubuh tertentu, ia akan mencari sendiri mana organ tubuh yang harus disembuhkan dahulu. Posisi pasien selama terapi dapat duduk atau posisi tidur. (McKenzie, 2006; Snyder & Lindquist, 2002; Soegoro, 2002).

Selama terapi Reiki seringkali individu merasakan sensasi aliran energi Reiki. Sensasi tersebut seperti perasaan panas, dingin, berdenyut, gemetar, terasa berat atau sama sekali tidak merasakan sensasi (Moore, ¶ 7, *Reiki energy medicine: Enhancing the healing process*, <http://www.harthosp.org>, diunduh tanggal 27 November 2007). Disamping sensasi energi, setiap individu akan memberikan respon yang berbeda saat terapi. Ada yang benar-benar rileks, adapula yang menunjukkan reaksi seperti tertawa terbahak-bahak, menangis tersedu-sedu, marah-marah. Menurut Sjahdeini (2005) reaksi ini terjadi karena seseorang berusaha mengeluarkan emosi yang terpendam di alam bawah sadarnya.

6. Tingkatan dalam Reiki

- a. Reiki tingkat I. Praktisi Reiki tingkat I telah mampu menyalurkan energi untuk penyembuhan diri sendiri maupun orang lain secara langsung.
- b. Reiki tingkat II. Kemampuan praktisi Reiki meningkat. Mampu menyalurkan energi dari jarak jauh (*distant healing*).
- c. Reiki tingkat III. Reiki tingkat III melatih untuk menjadi Reiki Master yang benar-benar mahir, melakukan penyembuhan secara serentak pada sekelompok orang, secara langsung maupun dari jarak jauh, dan melalui pemrograman dapat menyalurkan energi untuk beberapa hari lamanya (Sjahdeini 2005).

7. Jenis Penyembuhan Reiki

Ada beberapa jenis penyembuhan Reiki antara lain:

- a. *Self healing* (penyembuhan diri sendiri). *Self healing* dilakukan dengan menempelkan telapak tangan praktisi sendiri ke bagian tubuh mulai kepala hingga kaki (Sjahdeini, 2005) yang bermanfaat untuk menjaga kesehatan dan stamina tubuh sehingga tetap segar setiap saat (Soegoro, 2002).
- b. *Healing others* (penyembuhan orang lain). Penyembuhan orang lain tidak jauh berbeda dengan *self healing*. Posisi tangan pada *self healing* juga merupakan posisi tangan untuk penyembuhan orang lain (Soegoro, 2002).
- c. *Group healing* (penyembuhan berkelompok). Penyembuhan berkelompok biasanya dilakukan di klinik Reiki atau tempat khusus yang melayani masyarakat untuk penyembuhan. Dalam suatu sesi penyembuhan beberapa praktisi Reiki bersama-sama menangani satu pasien (Soegoro, 2002).
- d. *Distant healing* (penyembuhan jarak jauh). Kegiatan penyembuhan dilakukan tanpa kehadiran langsung pasien dihadapan praktisi. Simbol penyembuhan Reiki dari jarak jauh adalah *Hon Sha Ze Sho Nen* dapat digunakan. Simbol ini memiliki arti *no past, no present, no future* (tidak ada masa lalu, tidak ada masa sekarang, dan tidak ada masa depan). Jarak dan waktu tidak menjadi masalah ketika menggunakan simbol ini. Kirimkan energi Reiki tanpa batas kemanapun juga, karena energi Reiki tersebut akan pergi ketempat yang dibutuhkan. Ketika melakukan penyembuhan jarak jauh, energi akan bekerja pada tubuh penerima (McKenzie, 2006; Soegoro, 2002).

Penelitian Sicher, et al. (dalam DiNucci, 2005) yang dilakukan pada pasien AIDS di salah satu pusat pengobatan di California membuktikan pengaruh positif dari terapi jarak jauh. Hasil yang signifikan didapatkan bahwa pasien AIDS yang menerima terapi kombinasi antara terapi jarak jauh dengan terapi standar AIDS diketahui bahwa penyakit-penyakit yang memperberat kondisi pasien lebih sedikit, penderitaan yang dialami lebih rendah, kunjungan dokter jarang, lama rawat inap singkat, dan suasana hati menjadi lebih baik. Saat terapi mereka merasakan energi hangat masuk kedalam tubuh.

8. Prinsip-prinsip Spiritual Reiki

Lima prinsip spiritual Reiki dijadikan pedoman untuk membantu seseorang memikul tanggung jawab dalam setiap situasi hidup mereka. Membaca ulang dan mencoba menghayati prinsip-prinsip ini memberikan pengaruh yang positif pada kehidupan.

Untuk hari ini saja jangan khawatir. Untuk hari ini saja jangan marah. Hormati orang tua, guru, dan orang yang lebih tua dari Saudara. Bekerjalah dengan jujur. Tunjukkan rasa syukur untuk segala sesuatu

(McKenzie, 2006)

9. Manfaat Energi Reiki

Reiki bermanfaat tidak hanya untuk makhluk hidup seperti manusia, tumbuh-tumbuhan, dan hewan tetapi juga benda mati.

a. Manfaat Energi Reiki terhadap Mahluk Hidup

Manfaat secara fisik. Reiki bermanfaat untuk mengurangi pengaruh anesthesia, meminimalkan efek samping kemoterapi dan radiasi untuk kanker, menurunkan laju denyut jantung, meningkatkan sistem imunitas, meningkatkan pengobatan, mempercepat penyembuhan dan mengurangi efek samping pengobatan (NCCAM, 2007). Selain itu berdasarkan penelitian, Reiki juga bermanfaat untuk mengatasi nyeri kronis (Hanson & Olson, 1997 dalam *Reiki & Biofield Medical Research* 2007), mempercepat penyembuhan luka (Wirth, 1996 dalam Caldwell, 2005), meningkatkan kadar hemoglobin (Bengsten & Wetzel, dalam Bennett, 2007).

Secara psikis/ emosional. Reiki membantu menyeimbangkan emosi akibat pengaruh dari peristiwa-peristiwa hidup yang negatif maupun positif. Gembira, kesedihan, rasa tertekan tertimbun di alam bawah sadar dan bila keluar dari situasi ini seringkali seseorang tiba-tiba menangis, tertawa. Kondisi ini perlu diselaraskan (Sjahdeini, 2005). Berdasarkan dari hasil penelitian Reiki bermanfaat untuk mengatasi masalah mental, depresi, meningkatkan perasaan sejahtera, perasaan damai pada pasien dalam sakaratul maut (NCCAM, 2007), menurunkan tingkat kecemasan (Garison, 2005), dan mengurangi stres (Wardell & Engebretson, 1996).

Secara spiritual, Reiki menstimulasi penyembuhan secara fisik, mental dan emosional, menyeimbangkan energi, dan pertumbuhan spiritual (Harley. ¶ 2, *Reiki a safe, natural, hands on therapy that promotes healing on all levels*, <http://www.Reikittraining.org.uk>, diunduh tanggal 23 November 2007).

Seseorang merasa lebih dekat dengan Sang Pencipta..

Manfaat terhadap tumbuh-tumbuhan dan hewan. Energi hidup juga merupakan bagian dari tumbuhan dan hewan. Energi ini dapat menyembuhkan penyakit pada binatang. Selain itu juga berpengaruh pada tumbuh-tumbuhan dengan mempercepat pertumbuhan melalui struktur tanah yang kurang baik (Grad dalam Bennett, 2007).

b. Manfaat Energi Reiki terhadap Benda Mati

Dalam dunia materialisme ilmiah, banyak orang merasa sulit untuk percaya bahwa Reiki dapat digunakan untuk benda mati baik yang bergerak maupun tidak bergerak (McKenzie, 2006; Soegoro, 2002), misalnya mengurangi efek samping obat-obatan, memberi perlindungan rumah dari kejahatan, atau bila ada masalah pada komputer, terapi Reiki dapat digunakan. Hal ini dilakukan dengan mengingat segala sesuatu di alam semesta ini diciptakan dari energi dan yang kita lakukan adalah memberikan energi di tempat yang kekurangan energi atau tidak seimbang. Dalam kasus ini pengalaman menjadi bukti.

10. Perkembangan Reiki di Dunia Keperawatan

Reiki sama halnya dengan *Touch Therapi*. Terapi ini telah dimasukkan dalam intervensi keperawatan untuk mengatasi “gangguan medan energi” yang diakui oleh *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Diagnosa keperawatan yang muncul karena gangguan medan energi antara lain nyeri dan anxietas. Masalah keperawatan ini diatasi dengan menyalurkan medan energi (Wilkinson, 2007).

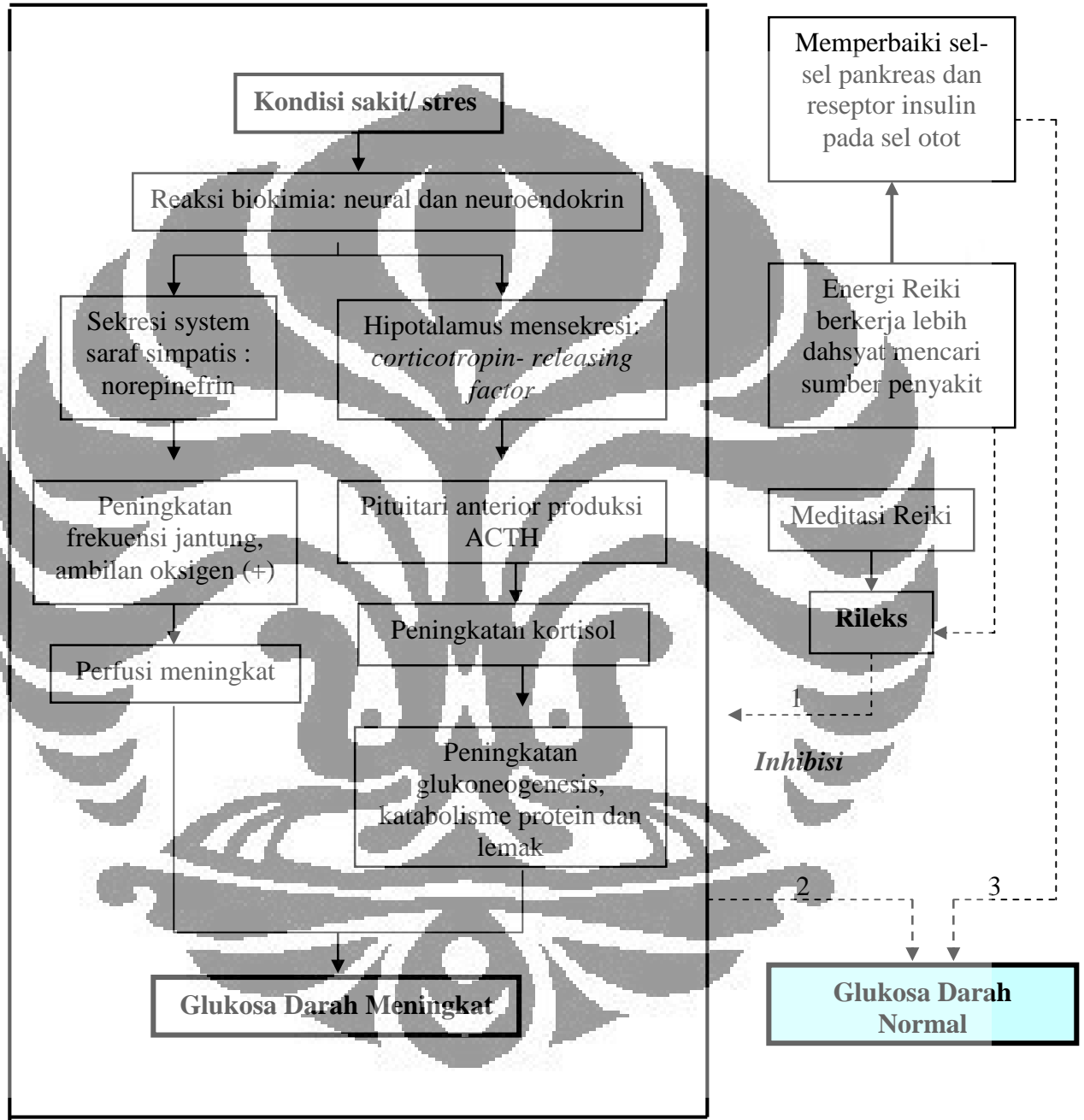
Terapi Reiki di lingkungan keperawatan hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki keahlian karena terapi ini memerlukan instruksi dan praktik khusus (Krieger, 1979 & Meehan, 1999, dalam Wilkinson, 2007). Namun Reiki mudah dipelajari dan dapat dilakukan oleh siapa saja tanpa melihat latar belakang pendidikan. Perawat mempunyai peluang besar untuk menggunakan Reiki. Sebagian besar waktu perawat “bersentuhan” dengan pasien. Salah satu bentuk pelayanan keperawatan mandiri yang dapat ditawarkan pada pasien adalah terapi Reiki.

Dilaporkan bahwa Reiki diminati oleh perawat, dokter dan ahli rehabilitasi, khususnya di Amerika. Mereka mengkombinasikan Reiki dengan terapi medis dalam menyembuhkan pasien (Vitale, 2007. *An integrative review of Reiki touch therapy research*, ¶ 3, <http://www.nursingcenter.com>, diunduh tanggal 23 November 2007). Tercatat hingga akhir tahun 2002 kurang lebih 50 rumah sakit dan klinik-klinik di Amerika Serikat telah menawarkan terapi Reiki kepada

pasien-pasiennya, sebagai terapi pelengkap dari terapi medis, untuk penyembuhan penyakit (DiNucci, 2005, *Energy healing: A complementary treatment for orthopaedic and other conditions*, <http://proquest.umi.com>., diunduh tanggal 8 Pebruari 2008). Di Indonesia, Reiki baru dikenal tahun 1990-an (Ishaq, 2002) dan sejak saat itu klinik-klinik Reiki mulai banyak dibuka untuk melayani masyarakat yang mengalami permasalahan dalam kesehatan. Salah satu klinik tersebut adalah Klinik Cakram Reiki Jakarta.



C. Kerangka Teori



Keterangan :

1, 2, dan 3 : Pengaruh meditasi Reiki

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional penelitian.

A. Kerangka Konsep

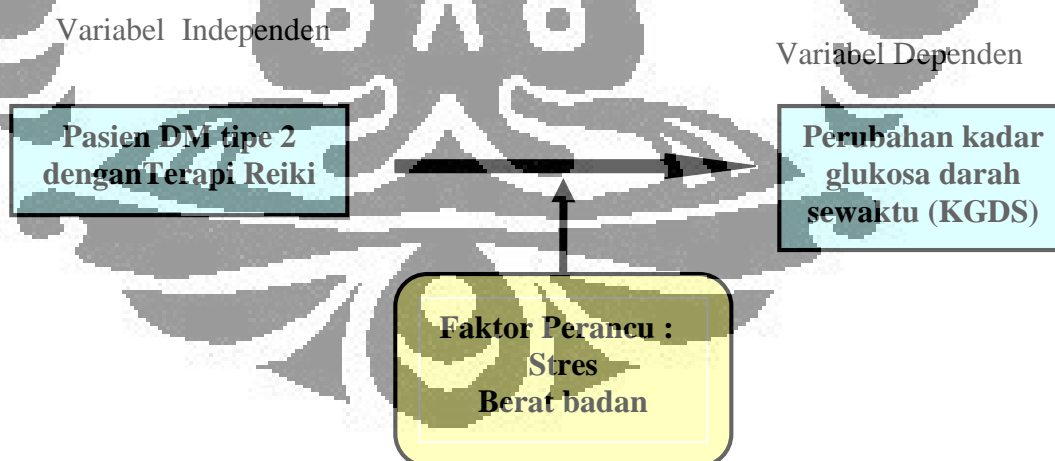
Diabetes Melitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia (Soegondo, dalam Soegondo, S., et al., 2007). Program pengelolaan DM telah ditekankan bagi pasien DM. Perawat dan tim medis mengatasi masalah ini melalui 4 pilar pengelolaan DM, yaitu sistem edukasi, perencanaan makan, latihan fisik, dan pengobatan. Program ini diharapkan dapat mengendalikan kadar glukosa darah pasien DM.

Sistem kesehatan yang berkembang saat ini tidak hanya program pengelolaan DM yang ditawarkan oleh rumah sakit, namun di masyarakat telah berkembang suatu bentuk pelayanan terapi komplementer, salah satunya adalah Reiki. Reiki adalah salah satu terapi komplementer, terapi yang melengkapi terapi modern (Guthrie & Gamble, 2001) untuk pasien diabetes. Reiki memperbaiki sel-sel tubuh yang rusak

dengan “energi alami” yang disalurkan oleh praktisi Reiki melalui tangan-tangannya dari energi sekelilingnya. Reiki tidak menimbulkan dampak yang negatif, ia bersifat aman. Energi akan masuk ke tubuh mencari sendiri sumber penyakitnya dan diharapkan dapat memperbaiki reseptor-reseptor insulin sehingga kadar glukosa darah kembali normal.

Kadar glukosa darah sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor berat badan dan stres (Guyton, 1996; Smeltzer & Bare, 2002; Soegondo & Ilyas, dalam Soegondo, S., et al. 2007). Faktor ini diperkirakan memegang peranan pada proses terjadinya resistensi insulin. Reseptor-reseptor insulin menjadi tidak peka, sehingga glukosa tidak dapat digunakan oleh sel tubuh, dan menyebabkan hiperglikemia.

Skema 3.1.
Kerangka Konsep Penelitian



Kerangka konsep pada penelitian ini (skema 3.1) akan menghubungkan dua variabel penelitian yaitu variabel independen dan dependen. Variabel independen pada

penelitian ini yaitu : Pasien DM tipe 2 yang telah diberikan penyuluhan dan menjalankan program diet, latihan, dan pengobatan dengan menggunakan OHO kemudian diberikan terapi Reiki. Sedangkan variabel dependen pada penelitian ini adalah penurunan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2. Faktor perancu pada penelitian ini adalah berat badan dan stres yang terjadi pada kehidupan sehari-hari dan diperkirakan mempengaruhi kadar glukosa darah pasien DM tipe 2.

B. Hipotesis

1. Rerata kadar glukosa darah sewaktu (KGDS) pasien DM tipe 2 berbeda sebelum dan setelah diberikan terapi kombinasi (terapi standar + Reiki) selama 30 hari.
2. Faktor stres berpengaruh pada perubahan rerata KGDS pasien DM tipe 2.
3. Faktor berat badan berpengaruh pada perubahan rerata KGDS pasien DM tipe 2.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1

Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala Ukur

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen Terapi Reiki	Reiki merupakan terapi untuk menyeimbangkan energi tubuh pasien melalui tangan-tangan praktisi Reiki untuk menurunkan glukosa darah pasien DM tipe 2.	Dilakukan dengan bimbingan praktisi Reiki.	-	-
Dependen Penurunan kadar glukosa darah	Keadaan dimana terjadi penurunan kadar glukosa darah sewaktu dari hasil pemeriksaan pertama	Menggunakan <i>glucometer</i> dengan sampel darah	Satuan kadar glukosa darah=	Rasio

	dengan kedua, setelah diberikan terapi kombinasi : terapi standar + Reiki selama 30 hari.	perifer yang diambil dari ujung jari telunjuk, tengah atau manis pada tangan kiri/kanan. Sampel darah \pm 1 mikroliter.	mg/dL	
Variabel Perancu				
Stres	Persepsi seseorang terhadap peristiwa hidup sehari-hari dalam rentang waktu 1½ tahun terakhir yang menyebabkan timbulnya tekanan atau stres.	Modifikasi Kuesioner Holmes & Rahe Stress Scale	Modifikasi hasil ukur : 1. 300/ > = stres berat 2. 150-299 = stres sedang 3. < 150 = stres ringan	Ordinal
Berat badan	Berat badan yang diperhitungkan dengan tinggi badan kemudian dimasukkan dalam rumus untuk menentukan status obesitas. Rumus BBI= $90\% \times (\text{Tinggi badan dalam cm} \div 100) \times 1 \text{ kg}$. Berat badan berlebih minimal sebanyak 20% dari berat badan idaman.	Menggunakan timbangan berat badan	1. Obesitas 2. Tidak obesitas	Nominal

BAB IV

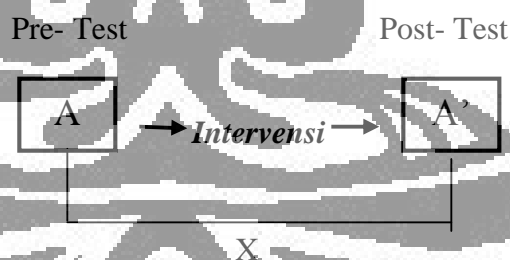
METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang desain penelitian, populasi, sampel, tempat, waktu, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

A. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode *pra-eksperimental* dengan pendekatan *the one-group pretest-posttest design (before and after)*. Setiap subyek penelitian menjadi kontrol terhadap dirinya sendiri (Harun, et al, dalam Sastroasmoro & Ismael, 2002).

Skema 4.1. Desain Penelitian



Keterangan :

- A = Kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 dengan terapi standar sebelum diberikan Reiki
- A' = Kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 dengan terapi standar sesudah diberikan Reiki
- X = Perubahan kadar glukosa darah sebelum dan sesudah intervensi.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien DM tipe 2 yang terdaftar di klub DM RSUP Fatmawati sejak tahun 2004 dengan jumlah 268 dengan rata-rata jumlah kunjungan setiap Selasa dan Kamis adalah 40 pasien.

2. Sampel

Besar sampel harus benar-benar diperhitungkan karena akan menentukan manfaat dari penelitian. Besar sampel yang terlalu sedikit dapat menyebabkan hasil penelitian yang tidak bermakna (Lemeshow et al, 1993). Teknik penarikan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. Penelitian ini dengan derajat kemaknaan 5% dan kekuatan uji (*power*) 90%, maka besar sampel 24 pasien. Besar sampel didapatkan dari rumus pengambilan sampel dengan variabel berpasangan (Lemeshow et al, 1993), sebagai berikut :

$$n = \frac{\sigma^2 (Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

- σ : Standar deviasi dari beda rerata berpasangan terdahulu (15)
- $\mu_1 - \mu_2$: Perbedaan rerata yang diinginkan (minimal = 10 mg/dL)
- $Z_{1-\alpha}$: Nilai Z pada derajat kemaknaan 5% = 1.96
- $Z_{1-\beta}$: Nilai Z pada kekuatan uji 90% = 1,28

Selama penelitian sampel diperoleh sebanyak 18 responden. Namun yang mengikuti terapi Reiki sekitar 25-30 orang, diantaranya responden.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Pasien DM tipe 2 yang telah mengikuti program penyuluhan dan penatalaksanaan DM dari rumah sakit tentang diet DM, senam 2 kali seminggu, dan pengobatan yang menggunakan OHO.
- b. Pasien terdaftar di Klub DM RSUP Fatmawati.
- c. Perempuan.
- d. Pasien berusia antara 45-65 tahun.
- e. Mempunyai riwayat penyakit keluarga dengan DM.
- f. Kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 relatif stabil dalam dua bulan terakhir.
- g. Pasien yakin bila Reiki dapat membantu menurunkan kadar glukosa darah.
- h. Pasien bersedia diberikan intervensi Reiki selama 30 hari selain dengan terapi standar dari rumah sakit.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Pasien mengalami gagal ginjal, gangguan jantung dengan pemasangan alat-alat invasif.
- b. Pasien sedang dalam pengaruh alkohol, obat-obat narkotika, dan anestesia.
- c. Ada riwayat epilepsi, gangguan jiwa, dan mengalami retardasi mental.
- d. Menggunakan terapi komplementer selain Reiki (misalnya terapi magnetik, herbal, akupunktur, hipnosis, yoga, pengobatan Cina dll).

C. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati.

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 6 minggu terhitung mulai minggu III bulan April 2008 hingga minggu IV bulan Mei 2008. Pengambilan sampel sekaligus pelaksanaan terapi dilakukan 2 minggu pertama. Empat minggu berikutnya untuk terapi Reiki dan evaluasi hasil terapi (lampiran 10). Terapi Reiki dilakukan di Klub Diabetes setiap hari Selasa dan Kamis antara jam 09.00-10.00 WIB (\pm 20-30 menit).

E. Etika Penelitian

Etika penelitian yang diterapkan pada penelitian ini adalah *beneficience*, menghargai martabat manusia, dan mendapatkan keadilan (Polit & Hungler, 1999).

1. *Beneficience* (diatas segalanya, tidak boleh membahayakan). Jenis penelitian ini adalah terapeutik yang artinya bahwa responden mempunyai potensi untuk mendapatkan manfaat melalui prosedur yang diberikan. Manfaat terapi Reiki bagi responden dari aspek fisik dapat meminimalkan efek samping dari program standar pengelolaan DM dan mengalami penurunan kadar glukosa darah. Pada aspek emosi dan spiritual, responden merasa lebih segar, tenang, mempunyai spirit, dan lebih berserah pada Yang Maha Kuasa. Selama proses intervensi Reiki, tidak ada hal yang membahayakan terjadi pada responden.

2. *Menghargai martabat manusia.* Sebelum penelitian dilakukan, responden mendapatkan penjelasan secara lengkap yang meliputi tujuan, prosedur, gambaran resiko dan ketidaknyamanan yang mungkin akan terjadi, serta keuntungan yang ada. Kesediaan pasien untuk menjadi responden telah dibuktikan dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden penelitian. Pada saat dilaksanakannya penelitian ada responden bertanya tentang sesuatu yang tidak diketahui, dan responden telah mendapatkan informasi ulang.

Pasien mempunyai hak untuk menentukan keikutsertaannya dalam penelitian. Pada awal penelitian ada satu responden yang memutuskan untuk berhenti sebagai responden dengan alasan ia mendapat terapi herbal di salah satu klinik.

3. *Mendapatkan keadilan.* Responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian. Semua responden tetap menjalankan terapi standar dari rumah sakit yang dikombinasikan dengan terapi Reiki. Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya. Identitas responden berupa alamat tidak dicantumkan. Nama dan nomor telepon dicantumkan atas kesepakatan bersama. Nama dan nomor telepon tidak akan disalahgunakan. Pencantuman identitas ini bertujuan untuk memantau perkembangan terapi melalui telepon. Nama dan nomor telepon juga diperlukan untuk melakukan transfer energi dari jarak jauh.

F. Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu alat untuk pemeriksaan kadar glukosa darah dengan glukometer, kuesioner skala stress, dan lembaran isian.

1. Glukometer

a. *Spesifikasi instrumen.* Spesifikasi alat: nama produk *blood glucose monitor*.

Volume sampel 1µl dan opsi tetes ulang. Rentang pengukuran 10-600 mg/dL.

Waktu test 5 detik. Metode pengukuran dengan fotometrik. Sistem kalibrasi menggunakan kode *chip*.

b. *Validasi instrumen.* Alat yang masih baru, telah dilakukan uji validitas oleh pabrik. Penggunaan alat untuk pemeriksaan glukosa darah lebih dari 50 kali atau minimal 3 bulan sekali dilakukan uji validitas dengan menggunakan alat khusus yang disebut dengan *Quality Control (QC)*.

2. *Holmes & Rahe Stress Scale.* Tingkat stres diuji dengan menggunakan *Holmes & Rahe Stress Scale*. Skala peristiwa hidup ini dikembangkan oleh para peneliti melalui studinya untuk menentukan peristiwa-peristiwa mana yang terjadi selama hidup seseorang dan yang perlu disesuaikan lagi. Empat puluh tiga (43) peristiwa hidup yang digunakan dalam kuesioner ini telah diteliti sebagai peristiwa yang paling umum dan sering menyebabkan stres. Tingkat reliabilitas *Holmes & Rahe Stress Scale* adalah $r = 0.93$ yang diujikan pada sampel 394 (Krol & Schonfield, <http://www.psychosomaticmedicine.org>, diunduh tanggal 8 Pebruari 2008).

Penggunaan skala stres dalam penelitian ini dilakukan beberapa modifikasi untuk memperjelas masing-masing item peristiwa hidup yang dialami agar mudah dipahami responden. Peristiwa hidup pada nomor 42 yaitu hari Raya Natal dirubah menjadi hari raya agama dengan tujuan mengakomodasi hari raya agama lain. Skor 300/ lebih menunjukkan bahwa 80% individu berisiko mengalami gangguan kesehatan dalam 2 tahun ke depan. Skor 250 – 299 = berisiko 50%, skor 100 - 149 = berisiko 30%, dan skor < 100 = tidak ada perubahan risiko (Gregson, 2007; Holmes & Rahe. 2007. *Holmes & Rahe Stress Scale*. <http://www.ta-tutor.com>, diunduh tanggal 10 Maret 2008). Sistem skoring dilakukan modifikasi menjadi skor 300/ lebih adalah stres berat, skor 150 - 299 = stres sedang, skor < 150 = stres ringan.

3. *Lembar isian*. Lembar isian diisi oleh peneliti melalui teknik wawancara dan observasi. Lembar isian terdiri dari data pasien tentang karakteristik responden (*berat badan, tinggi badan, tingkat stres*), jenis pengobatan dari rumah sakit (*pemberian OHO*), jenis terapi komplementer yang digunakan selain Reiki, nilai kadar glukosa darah sebelum dan sesudah intervensi (lampiran 2).

G. Prosedur Pengumpul Data

1. Prosedur administratif
 - a. Penelitian dilakukan setelah mendapat izin pelaksanaan penelitian dari pembimbing penelitian, uji etik oleh komite etik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan izin dari Direktur Utama RSUP Fatmawati.

- b. Melakukan sosialisasi proposal penelitian pada tanggal 8 April 2008 pada staf RSUP Fatmawati yang terkait dengan penelitian.

2. Prosedur teknis

- a. Memperkenalkan diri dengan pasien.
- b. Menjelaskan perihal penelitian yang meliputi tujuan, prosedur/ pelaksanaan, waktu, manfaat penelitian, dan hak-hak responden. Semua responden tetap mendapatkan terapi standar dari rumah sakit. Terapi Reiki dilakukan selama 30 hari, terhitung sejak pertemuan pertama dengan responden.
- c. Meminta kesediaan pasien menjadi responden penelitian dan menandatangani *informed consent* (lampiran 12).
- d. Wawancara dan pengukuran dilakukan untuk mendapatkan data yang diperlukan seperti tercantum dalam data penelitian (lampiran 2):
 - 1) Kuesioner *Holmes and Rahe Stress Scale*. Responden diminta untuk mengisi kuesioner *Holmes & Rahe Stress Scale* dengan memberikan cek list (✓) pada kolom "ya" apabila peristiwa hidup ini dialami (lampiran 3) dengan dipandu oleh peneliti. Dilanjutkan dengan menjumlah seluruh skor yang didapatkan dan diklasifikasikan.
 - 2) Kadar glukosa darah sewaktu diperiksa dengan menggunakan *blood glucose monitor* dilakukan sebelum dan setelah terapi selama 30 hari (lampiran 4). Waktu pengambilan sampel darah sebelum dan sesudah intervensi sama, dengan tetap memperhatikan jam makan pagi serta jenis makanan yang dikonsumsi. Hari ke-29 (Satu hari sebelum selesai

intervensi) responden diingatkan untuk memeriksakan kadar glukosa darah di Klub Diabetes RSUP Fatmawati.

3) Berat badan dan tinggi badan diukur menggunakan alat ukur tetap yang disediakan di Klub Diabetes RSUP Fatmawati (lampiran 5).

e. *Pelaksanaan terapi Reiki.* Terapi standar dari rumah sakit tetap diberikan. Reiki diberikan melalui dua tahap. Tahap pertama Reiki dilakukan secara langsung setiap hari Selasa dan Kamis kemudian dilanjutkan dengan terapi jarak jauh selain hari Selasa dan Kamis, saat responden di rumah.

Terapi Reiki Secara Langsung. Pelaksanaan terapi Reiki dilakukan setelah responden selesai senam DM di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Fatmawati antara jam 09:00-10:00 WIB. Teknik ini dilakukan secara berkelompok. Ruangan di Klub Diabetes cukup luas, terbuka, ventilasi cukup baik dengan beberapa kipas angin terpasang di langit-langit ruangan. Suasana ruangan dipersiapkan terlebih dahulu sebelum terapi Reiki dilaksanakan. Menganjurkan responden untuk mematikan *handphone* untuk sementara, dan mengiringi suasana rileks dengan alunan musik "suara alam" Reiki yang lembut. Responden duduk di kursi dengan santai, alas kaki dilepas. Perhiasan yang terbuat dari kulit dan logam yang bersifat isolator untuk sementara dilepas, seperti ikat pinggang dan jaket dari kulit, jam atau gelang agar tidak menghambat aliran energi dalam tubuh. Kemudian responden mengikuti arahan dari praktisi Reiki untuk masuk dalam tahap terapi. Tahap terapi diawali dengan doa sesuai dengan kepercayaan masing-masing, selanjutnya

masuk pada tahap relaksasi dan meditasi. Pada saat responden meditasi, praktisi Reiki melakukan penyelarasan energi dengan menggunakan telapak tangannya. Terapi diakhiri dengan doa. Total waktu yang digunakan untuk terapi sekitar 20-30 menit (lampiran 6). Pelaksanaan terapi dilakukan oleh peneliti sendiri.

Distant Healing. Setelah terapi Reiki secara langsung selesai dan dilakukan tanya jawab, selanjutnya menjelaskan program penyembuhan dari jarak jauh (lampiran 7, 8 & 9). Pelaksanaan Reiki dengan jarak jauh disepakati bersama responden, malam hari (antara jam 21.00 – 22.00 WIB) atau pagi hari (antara jam 05.00-06.00 WIB). Khusus hari Sabtu waktu terapi antara jam 17.00-18.00 WIB. *Distant healing* dilakukan serentak untuk beberapa responden sesuai waktu yang disepakati. Responden dapat berada dimana saja, di rumah, tempat bekerja, di taman, atau dalam kendaraan. Bila terapi dilakukan dalam suatu ruangan, gunakan ruangan yang nyaman, tenang, dapat diiringi dengan musik yang lembut. Responden duduk santai atau tidur terlentang bila kondisi lemah dengan kaki menempel pada dinding (tata cara sama dengan penyembuhan secara langsung) dan melakukan relaksasi, meditasi selama 20 menit untuk dilakukan penyelarasan oleh praktisi dari jarak jauh (lampiran 7). Peneliti melakukan transfer energi dibantu oleh 2 master Reiki dan praktisi Reiki dari salah satu Klinik Reiki di Jakarta. Pemantauan dilakukan setiap hari Sabtu. Tujuan pemantauan adalah untuk mengetahui perkembangan penyembuhan dan mengingatkan kembali waktu pelaksanaan terapi Reiki.

H. Pengolahan dan analisis data

1. *Pengolahan data*. Data yang telah dikumpulkan sebelum dianalisis, terlebih dahulu dilakukan *editing, coding, entri data, dan cleaning*. a) *Editing* dilakukan untuk melihat kelengkapan data. Data yang belum lengkap segera dilengkapi saat pertemuan berikutnya, b) *Coding*. Memberi kode dan mengelompokkan jawaban yang diberikan responden, c) *Entri*, data dimasukkan ke program komputer untuk dilakukan analisis menggunakan *software* statistik, d) *Cleaning* dengan cara mengecek kembali apakah ada kesalahan atau tidak. Data dipastikan telah benar maka dilanjutkan ke tahap analisis dengan menggunakan komputer.

2. *Analisis data*. Pada tahap ini dilakukan pengolahan data yang telah dimasukkan dalam program komputer sehingga dihasilkan informasi yang dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian.

a. *Analisis Univariat*. Analisis univariat dilakukan untuk memberi gambaran dan penjelasan terhadap mean, median, standar deviasi dari variabel numerik yaitu berat badan, kadar glukosa darah sebelum dan sesudah intervensi. Selanjutnya dilakukan uji normalitas dengan *Kolmogorof Smirnof* untuk mengetahui data normal atau tidak. Seluruh data normal sehingga uji statistik parametrik dapat digunakan untuk menganalisis variabel-variabel penelitian.

Variabel berat badan selanjutnya dihubungkan dengan tinggi badan. Tinggi badan dimasukkan dalam rumus untuk menentukan responden obesitas atau tidak. Dikatakan obesitas bila berat badan $> 20\%$ dari berat badan idaman. Berat badan idaman didapatkan dari rumus $= 90\% \times$ (Tinggi badan dalam cm

– 100) x 1 kg (Sukardji, dalam Soegondo, S., et al. 2007). Analisis univariat untuk variabel katagorik dilakukan untuk menjelaskan angka atau nilai dari jumlah dan persentase variabel berat badan dan stres.

- b. *Analisis Bivariat*. Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dua variabel. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.1
Analisis Bivariat Variabel Penelitian

No	Variabel Penelitian	Uji Statistik
1	Perbedaan rerata kadar glukosa darah sewaktu pasien DM tipe 2 sebelum dan setelah intervensi Reiki selama 30 hari.	Uji t dependen
2	Pengaruh stres terhadap perubahan rerata KGDS sebelum dan setelah intervensi Reiki selama 30 hari	Uji Anova
3	Pengaruh berat badan pada perubahan rerata KGDS sebelum dan setelah intervensi Reiki selama 30 hari.	Uji t independen

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab V ini menyajikan hasil penelitian yang dilakukan mulai minggu III April 2008 hingga minggu IV Mei 2008. Penelitian dilakukan pada 18 responden DM tipe 2 yang tergabung di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati. Seluruh data terkumpul dan memenuhi syarat untuk dianalisis. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi yang didasarkan dari hasil analisis univariat dan bivariat.

A. Analisis Univariat

Analisis univariat berikut ini menggambarkan distribusi frekuensi dari variabel karakteristik responden (OHO yang digunakan, berat badan, tingkatan stres) dan distribusi *mean*, standar deviasi dari kadar glukosa darah sewaktu.

Tabel 5.1.
Distribusi Karakteristik Responden di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta, April-Mei 2008 (n= 18)

No	Karakteristik Responden	Jumlah	%
1	OHO yang digunakan		
	Pemicu sekresi insulin	4	22,2
	Penambah sensitivitas insulin	8	44,4
	Kombinasi	6	33,3
2	Berat Badan		
	Obesitas	9	50,0
	Tidak Obesitas	9	50,0
3	Tingkatan Stres		
	Stres Ringan	6	33,3
	Stres Sedang	7	38,9
	Stres Berat	5	27,8

Distribusi karakteristik responden menunjukkan bahwa jenis OHO yang digunakan responden hampir merata, paling banyak responden menggunakan OHO jenis penambah sensitivitas insulin yaitu 8 responden (44,4%), pemicu sekresi insulin sebanyak 4 responden (22,2%), dan OHO kombinasi 6 responden (33,3%). Distribusi status berat badan antara responden yang dikategorikan obesitas dengan yang tidak obesitas sama besar, yaitu 9 responden (50,0%), sedangkan tingkatan stres responden hampir merata untuk masing-masing tingkatan stres. Paling banyak responden mengalami stres sedang yaitu 7 responden (38,9%).

Tabel 5.2
Distribusi Kadar Glukosa Darah Sewaktu I dan II Responden di Klub Diabetes
Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta, April-Mei 2008
(n= 18)

No	Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95%CI
1	KGDS I	224,89	48,156	138 - 293	200,89 – 248,84
2	KGDS II	177,17	42,130	112 - 240	156,22 – 198,12

Distribusi kadar glukosa darah sewaktu (KGDS) I dan II pasien DM tipe 2 memperlihatkan bahwa rerata KGDS pada pemeriksaan I adalah 224,89 mg/dL (95%CI: 200,89-248,84 mg/dL), dengan standar deviasi 48,156 mg/dL. KGDS I terendah 138 mg/dL dan tertinggi 293 mg/dL. Sedangkan rerata KGDS pada pemeriksaan II adalah 177,17 mg/dL (95%CI: 156,22-198,12 mg/dL), dengan standar deviasi 42.130 mg/dL. KGDS II terendah 112 mg/dL dan tertinggi 240 mg/dL.

Tabel 5.3
Distribusi Kadar Glukosa Darah Sewaktu I dan II Responden Menurut Batas Nilai KGDS untuk Melakukan Senam di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta, April-Mei 2008 (n=18)

Variabel	Kelompok KGDS \geq 250 mg/dL			Kelompok KGDS $<$ 250 mg/dL		
	Mean	p Value	n	Mean	p Value	n
KGDS I	280,50	0,003	6	197,08	0,012	6
KGDS II	201,17			165,17		
Selisih	73,33			31,88		

Tabel 5.3. memperlihatkan bahwa rerata KGDS I responden dengan kategori KGDS \geq 250 mg/dL adalah 280,50 mg/dL dan rerata KGDS II menjadi 201,17 mg/dL dengan selisih 73,33 mg/dL. Sedangkan rerata KGDS I responden dengan kategori KGDS $<$ 250 mg/dL adalah 197,08 mg/dL dan rerata KGDS II menjadi 165,17 mg/dL dengan selisih 31,88 mg/dL.

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk mengetahui hubungan variabel kadar glukosa darah setelah dilakukan terapi Reiki selama 30 hari dengan variabel stres dan berat badan.

1. Perbedaan Rerata KGDS sebelum dan setelah diberikan terapi standar dan terapi Reiki selama 30 hari

Tabel 5.4. memperlihatkan bahwa rerata KGDS responden sebelum diberikan terapi Reiki adalah 224,89 mg/dL dengan standar deviasi 48,156 mg/dL. Sedangkan setelah diberikan terapi Reiki selama 30 hari, KGDS responden menurun menjadi 177,17 mg/dL dengan standar deviasi 42,130 mg/dL. Dapat dilihat perbedaan nilai rerata KGDS antara pengukuran pertama dan kedua yaitu 47,72 mg/dL dengan standar deviasi 6,026 mg/dL. Analisis lebih lanjut

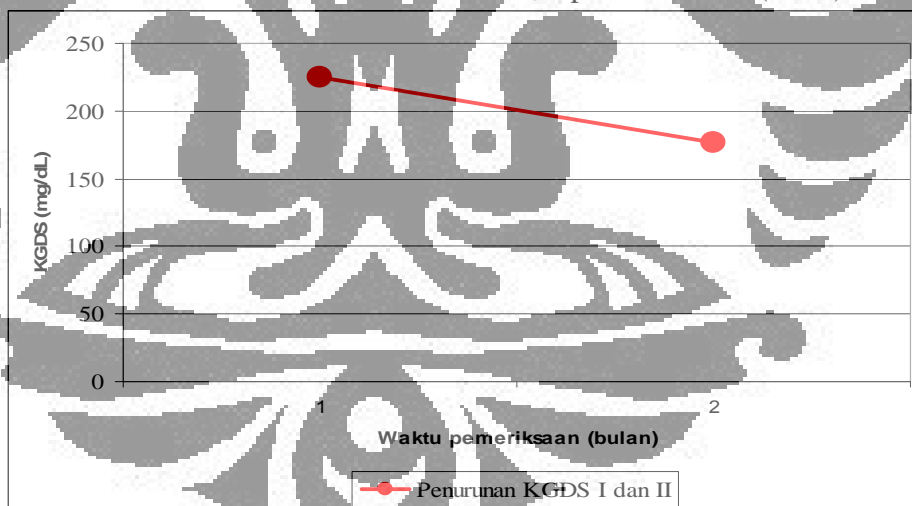
menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara KGDS I dengan KGDS II ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$).

Tabel 5.4.
Perbedaan Rerata Kadar Glukosa Darah Sewaktu (KGDS) Responden Menurut Pemeriksaan I dan II di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta, April-Mei 2008 (n= 18)

Variabel	Mean	SD	Standar Error	p Value
KGDS I	224,89	48,156	11,351	0,000
KGDS II	177,17	42,130	9,930	
Selisih	47,72	6,026	1,421	

Pengaruh terapi Reiki terhadap perubahan KGDS dapat dilihat lebih jelas dari grafik 5.1.

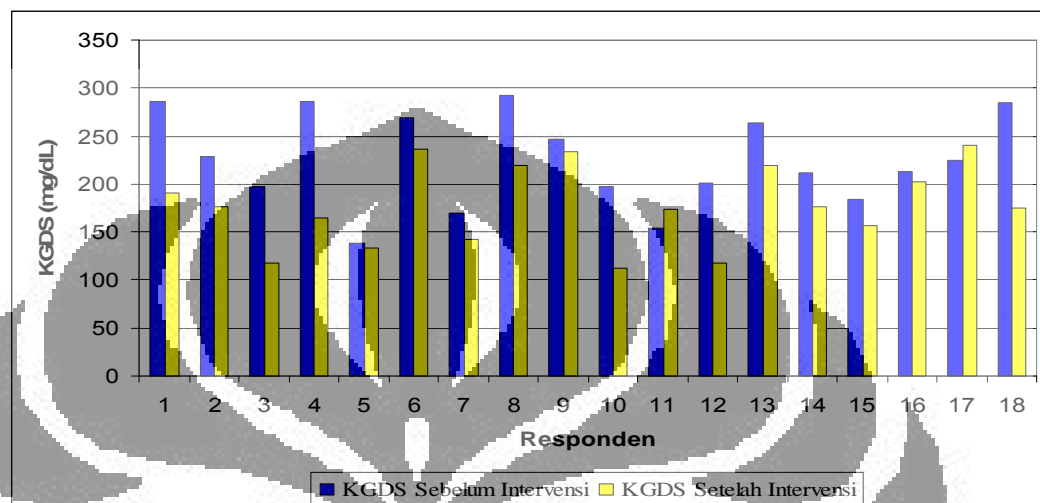
Grafik 5.1.
Grafik Penurunan Rerata KGDS Responden pada Pemeriksaan Sebelum dan Setelah Terapi Reiki Selama 30 hari di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta, April-Mei 2008 (n=18)



Penurunan rerata KGDS responden adalah 47.72 mg/dL namun bila dilihat secara individual rentang penurunan KGDS berkisar 5-121 mg/dL (grafik 5.2.). Ada dua responden (nomor 11 dan 17) KGDS meningkat sekitar 16-20 mg/dL.

Grafik 5.2.

Grafik Penurunan KGDS masing-masing Responden pada Pemeriksaan Sebelum dan Setelah Terapi Reiki Selama 30 hari di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta, April-Mei 2008 (n=18)



2. Pengaruh Stres Terhadap Perubahan Rerata KGDS Sebelum dan Setelah 30 hari Terapi Reiki

Tabel 5.5.

Perbedaan Rerata Kadar Glukosa Darah Sewaktu I dan II Menurut Tingkatan Stres di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta April-Mei 2008 (n=18)

Variabel stres	KGDS I			KGDS II			Selisih rerata KGDS I & II	Selisih SD KGDS I & II
	Mean	SD	p Value	Mean	SD	p Value		
Ringan	250,83	52,15		178,83	45,36		71,17	6,79
Sedang	208,43	34,81	0,273	181,86	48,03	0,874	27,57	-13,22
Berat	216,80	55,43		168,60	37,11		48,2	18,32

Tabel 5.5. memperlihatkan penurunan rerata KGDS terjadi pada semua tingkatan stres. Penurunan rerata KGDS yang paling tinggi terjadi pada responden dengan stres ringan, dari 250,83 mg/dL menjadi 178,83 mg/dL (penurunan 71,17 mg/dL). Diikuti responden dengan stres berat yaitu dari 216,80 mg/dL menjadi

168,60 mg/dL (penurunan 48,20 mg/dL) dan terakhir pada responden dengan stres sedang, yaitu dari 208,43 mg/dL menjadi 181,86 mg/dL (penurunan 27,57 mg/dL). Analisis lebih lanjut menunjukkan baik rerata KGDS I maupun II pada responden dengan stres ringan, sedang, maupun berat tidak ada perbedaan bermakna ($p= 0,273$ dan $p= 0,874$, $\alpha= 0,05$).

3. Pengaruh Berat Badan Terhadap Perubahan Rerata KGDS Sebelum dan Setelah 30 hari Terapi Reiki

Tabel 5.6.
Perbedaan Rerata Penurunan Kadar Glukosa Darah Sewaktu I dan II Menurut Status Obesitas di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta, April-Mei 2008 (n = 18)

Variabel	KGDS I			KGDS II			Selisih rerata KGDS I & II	Selisih SD KGDS I & II
	Mean	SD	p Value	Mean	SD	p Value		
Obesitas	219,78	53,13	0,666	171,56	42,98	0,588	48,22	10,15
Tidak Obesitas	230,00	45,24		182,78	43,06		47,22	2,18

Tabel 5.6. memperlihatkan penurunan rerata KGDS terjadi pada responden yang obesitas maupun tidak obesitas. Penurunan rerata KGDS responden obesitas dari 219,78 mg/dL menjadi 171,56 mg/dL. Sedangkan pada responden yang tidak obesitas dari 230,00 mg/dL menjadi 182,78 mg/dL. Selisih rerata penurunan KGDS pada responden yang obesitas maupun tidak obesitas tidak jauh berbeda, yaitu 48,22 mg/dL dan 47,22 mg/dL. Analisis lanjut menunjukkan baik rerata KGDS I maupun II pada responden dengan obesitas maupun tidak obesitas tidak ada perbedaan bermakna ($p= 0,666$ dan $p= 0,588$, $\alpha= 0,05$).

BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan ini meliputi interpretasi dan hasil diskusi, keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian dalam keperawatan.

A. Interpretasi dan Hasil Diskusi

Interpretasi hasil penelitian didasarkan pada tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh Reiki terhadap penurunan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati Jakarta.

1. Pengaruh Terapi Reiki Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah

Responden pada penelitian ini telah mengidap penyakit diabetes rata-rata 2-12 tahun. Berdasarkan laporan responden selama ini telah menjalankan program penatalaksanaan DM dengan taat dan teratur. Responden mengikuti program senam DM dua kali seminggu, menjalankan pengobatan OHO, dan pengaturan pola makan sesuai yang disarankan edukator. Dengan mengikuti penatalaksanaan DM, kadar glukosa darah responden selama dua bulan terakhir relatif tetap, sehingga pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui apakah KGDS responden dapat menurun dengan terapi komplementer yaitu Reiki.

Hasil penelitian menggambarkan rerata kadar glukosa darah sewaktu (KGDS) pasien DM tipe 2 sebelum dan setelah diberikan terapi Reiki selama 30 hari, berbeda secara bermakna ($p= 0,000$). Rerata KGDS responden sebelum terapi Reiki 224,89 mg/dL. Setelah diberikan intervensi terapi Reiki, rerata KGDS menjadi 177,17 mg/dL, sehingga rerata penurunan KGDS responden sekitar 47,72 mg/dL. Hal ini menunjukkan terapi Reiki memberikan pengaruh pada penurunan kadar glukosa darah. Namun bila dilihat secara individu penurunan rerata KGDS responden berkisar antara 5 – 121 mg/dL (grafik 5.2.).

Menurut Crisp (2001), individu mempunyai sifat yang multidimensi. Respon individu dalam mengatasi masalah berbeda-beda. Tampak pada penelitian ini, dengan perlakuan yang sama dalam terapi Reiki ternyata rentang penurunan KGDS setiap responden berbeda-beda. Belum diketahui secara pasti bagaimana energi Reiki dapat memperbaiki sel beta pankreas atau meningkatkan sensitivitas sel tubuh terhadap insulin. Namun dapat dijelaskan dari beberapa konsep Reiki bahwa pada saat seseorang berada pada kondisi rileks dan pasrah, energi akan bekerja lebih dahsyat (Soegoro, 2002).

Pada kondisi rileks terjadi perubahan impuls saraf pada jalur aferen ke otak dimana aktivasi menjadi inhibisi. Perubahan impuls saraf ini menyebabkan perasaan tenang baik secara fisik maupun mental seperti berkurangnya denyut jantung, menurunnya kecepatan metabolisme tubuh dalam hal ini mencegah peningkatan glukosa darah (Guyton, 1996; Smeltzer & Bare, 2002). Selain itu hipofisis anterior juga diinhibisi sehingga ACTH yang mensekresi kortisol

menurun sehingga proses glukoneogenesis, katabolisme protein dan lemak yang berperan dalam peningkatan glukosa darah juga menurun (Guyton, 1996). Pada saat rileks inilah energi Reiki lebih dahsyat mencari sendiri sumber penyakit dan menstimulasi sel-sel dan jaringan yang rusak untuk kembali pada fungsinya yang normal (Effendi, 2007; Goldberg, 1997 dalam Sjahdeini, 2005).

Responden pada penelitian ini melaporkan bahwa saat rileks mereka merasakan aliran energi di seluruh tubuhnya, rasa gemetar, kesemutan di ujung jari tangan, dan ada beban berat turun dari tubuh hingga kaki. Ada pula yang merasakan sakit seperti ditusuk-tusuk jarum di area siku dan ulu hati. Tetapi ada pula responden yang tidak merasakan apa-apa. Hal ini sesuai dengan pernyataan Moore (2007) bahwa sensasi yang umumnya dirasakan adalah perasaan panas, dingin, berdenyut, gemetar, terasa berat atau sama sekali tidak merasakan sensasi.

Rasa kesemutan dan sakit seperti ditusuk-tusuk jarum di area siku, telapak kaki dan ulu hati dapat saja karena energi mengalir pada area tersebut dan sel-sel tubuh sedang diperbaiki. Hal ini didukung oleh pernyataan Halcon (dalam Snyder & Lindquist, 2002) dan Sjahdeini (2005) bahwa energi Reiki adalah energi yang halus, *smart*. Ia mengetahui organ tubuh mana yang memerlukan penyetaraan energi terlebih dahulu meskipun seseorang tidak dapat merasakan aliran energi tersebut. Pernyataan ini dapat menjelaskan mengapa ada responden yang tidak merasakan aliran energi. Namun responden melaporkan meskipun saat itu tidak merasakan aliran energi, setiap selesai terapi Reiki pola tidurnya menjadi lebih baik, segar saat bangun tidur dan suasana hati juga semakin baik.

Diantara responden yang tergabung di Klub Diabetes ada responden yang mempunyai KGDS diatas 250 mg/dL dan tetap mengikuti senam. Alasan responden tetap mengikuti kegiatan senam karena merasa tubuhnya *fit*. Apabila responden merasakan kesehatannya tidak baik, untuk sementara tidak senam, dan hal ini juga dianjurkan oleh penanggung jawab di Klub Diabetes meskipun tidak berdasarkan hasil pemeriksaan glukosa darah. Menurut Soebardi dan Yunir (2006) bila kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, tidak dianjurkan untuk latihan jasmani karena akan meningkatkan kadar glukosa darah. Pada penelitian ini ada 6 responden dengan KGDS lebih dari 250 mg/dL dengan penurunan rerata KGDS sekitar 79,33 mg/dL dan KGDS kurang dari 250 mg/dL dengan penurunan rerata KGDS 31,91 mg/dL. Penurunan rerata KGDS yang lebih besar pada kelompok responden dengan KGDS lebih dari 250 mg/dL (tabel 5.3.). Belum diketahui apakah pasien DM tipe 2 dengan kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL aman melakukan senam bila dilakukan terapi Reiki karena hal ini tidak diteliti. Apabila ditinjau dari konsep, Reiki bersifat aman bagi penerimanya, tidak menutup kemungkinan pada kondisi-kondisi kronis yang sulit untuk disembuhkan (McKenzie, 2006).

Ada salah satu pasien DM tipe 2 yang tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian namun menginginkan ikut terapi, sedang menjalankan pengobatan dengan insulin. Seringkali insulin ini menyebabkan pasien hipoglikemia, bila tidak diiringi dengan diit yang tepat (Soegondo, 2007). Demikian juga menurut McKenzie (2006), ia menyarankan praktisi Reiki perlu berhati-hati memberikan

terapi Reiki pada kondisi ini. Setiap minggu kondisi pasien dipantau meskipun bukan sebagai responden. Pasien melaporkan, justru saat ikut terapi Reiki, kondisi yang dulunya sering mengalami hipoglikemia sudah tidak pernah terjadi dan ia merasakan lebih sehat. Ketika individu mempunyai “niat” menormalkan glukosa darah dan tidak terjadi hipoglikemia, maka menurut Sjahdeini (2005) dengan kecerdasan dan caranya sendiri Reiki akan bekerja, untuk menormalkan kadar glukosa darah pasien.

Penurunan KGDS tidak terlepas dari ketaatan responden mengikuti terapi Reiki dengan metode penyembuhan secara langsung dan jarak jauh selama 30 hari. Awalnya responden mempertanyakan apakah teknik ini bisa dilakukan jarak jauh. Seiring dengan diberikan informasi dan merasakan sendiri sensasi energi saat terapi, menyebabkan responden tetap berperan serta dalam penelitian. Terapi Reiki ini diikuti sekitar 25-30 orang termasuk diantaranya adalah responden.

Pada proses *distant healing*, energi Reiki akan pergi ke tempat yang dibutuhkan dan bekerja pada tubuh penerima (McKenzie, 2006; Soegoro, 2002). Jarak dan waktu tidak menjadi masalah. Pengaruh terapi Reiki jarak jauh telah dibuktikan dari hasil penelitian Sicher, et al. (dalam DiNucci, 2005). Terapi jarak jauh diberikan pada pasien AIDS dirasakan mempunyai manfaat besar antara lain penyakit yang memperberat kondisi pasien lebih sedikit, penderitaan yang dialami lebih rendah, kunjungan dokter jarang, lama rawat inap singkat. Pasien AIDS juga menyatakan merasakan sensasi hangat dan suasana hati menjadi lebih baik.

2. Pengaruh Stres pada Penurunan Kadar Glukosa Darah Pasien DM tipe 2

Hasil penelitian antara variabel stres dengan KGDS memperlihatkan bahwa tidak ada perbedaan penurunan rerata KGDS antara responden yang mengalami stres ringan, sedang, maupun berat. Jadi penurunan KGDS responden pada penelitian ini tidak dipengaruhi oleh faktor stres. Hasil ini berbeda dengan pendapat dari Smeltzer & Bare (2002) bahwa stres pada diabetesi dapat menyebabkan peningkatan glukosa darah. Pada kondisi stres, seseorang akan mengeluarkan hormon-hormon stres yang mempengaruhi peningkatan glukosa darah. ACTH akan menstimulasi pituitari anterior untuk memproduksi *glukokortikoid*, terutama kortisol. Peningkatan kortisol akan mempengaruhi peningkatan kadar glukosa darah (Guyton, 1996; Smeltzer & Bare, 2002). Selain itu kortisol juga dapat menghambat ambilan glukosa oleh sel tubuh (*Individual Wellbeing Diagnostic Laboratories*, 2008, ¶ 3, <http://www.iwddl.net>, diunduh tanggal 10 Maret 2008).

Perbedaan hasil ini dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain ketepatan skala stres yang digunakan, adaptasi responden terhadap stres, dan jumlah sampel. Skala stres dari *Holmes & Rahe* menggambarkan 43 stresor yang sering muncul dalam kehidupan sehari-hari. Penilaian stresor ini berdasarkan kejadian yang menegangkan sejak 1,5 tahun yang lalu. Masing-masing item stressor telah mempunyai skor yang digunakan untuk memprediksi gangguan kesehatan dua tahun ke depan. Namun masing-masing item stressor pada skala stres dari *Holmes & Rahe* tidak mempunyai rentang penerimaan yang memungkinkan individu menilai sendiri seberapa besar respon dia terhadap stres, dengan stresor yang

sama. Kozier, et al (1995) menjelaskan bahwa seseorang menerima dan berespon terhadap stres bersifat individual. Hal ini tergantung dari pengalaman, proses belajar, pertumbuhan, perkembangan, status kesehatan dan coping.

Namun bila dilihat dari rerata KGDS pada pemeriksaan I dan II tampak ada penurunan untuk masing-masing tingkatan stres. Rerata penurunan KGDS pada stres ringan 71,17 mg/dL dan ini lebih besar dari penurunan KGDS pada responden yang stres berat 48,2 mg/dL dan stres sedang 27,57 mg/dL. Penurunan kadar glukosa darah di masing-masing tingkatan stres dapat disebabkan karena responden melakukan meditasi saat terapi Reiki. Melalui meditasi, seseorang mampu melepaskan diri dari belenggu beban pikiran, menghilangkan sifat pemarah dan hidup lebih santai. Energi Reiki akan mengalir maksimal kedalam tubuh dan berfungsi untuk menstimulasi organ-organ tubuh agar terjadi keseimbangan (Effendi, 2007). Selain itu meditasi dan relaksasi salah satu teknik untuk memperluas kesadaran seseorang untuk hidup lebih tenang dan rileks, mampu untuk berfikir positif sehingga menghambat sekresi dari sistem saraf simpatis yang memicu reaksi biokimia dalam peningkatan glukosa darah.

Pengaruh meditasi terhadap kemampuan responden mengelola suasana hati yang baik didukung dengan 5 prinsip spiritual Reiki yang dicoba diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. *Untuk hari ini saja jangan khawatir. Untuk hari ini saja jangan marah. Hormati orangtua, guru, dan orang yang lebih tua dari Saudara. Bekerjalah dengan jujur. Tunjukkan rasa syukur untuk segala sesuatu* (McKenzie, 2006). Membaca ulang prinsip-prinsip ini dan melakukan minimal

satu prinsip setiap harinya akan memberikan dampak yang positif dalam kehidupan sehari-hari.

Penurunan KGDS ini tampak mencolok pada salah satu responden yang mengungkapkan masalah dalam kehidupan rumah tangganya. Penurunan KGDS hingga 102 mg/dL. Setiap kali responden ini melakukan terapi Reiki, ia selalu menangis. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh Sjahdeini (2005) bahwa selama proses terapi terkadang seseorang menunjukkan berbagai reaksi, misalnya tertawa terbahak-bahak dan menangis tersedu-sedu. Hal ini terjadi karena seseorang berusaha mengeluarkan emosi yang terpendam di alam bawah sadarnya. Responden secara subyektif menyatakan hidupnya merasa lebih tenang bila setiap hari melakukan terapi Reiki ini.

Namun keadaan ini berbeda pada 2 responden berikut. Pada pemeriksaan KGDS yang ke dua, kadar glukosa darah dua responden mengalami peningkatan antara 16-20 mg/dL (grafik 5.2.). Hal ini diakuinya sebagai bentuk stres karena mempunyai masalah keluarga dan saat mengikuti suatu acara, responden tidak memperhatikan diet yang dianjurkan edukator. Hal ini sesuai dengan pendapat Smeltzer dan Bare (2002) dan Guyton (1996), bahwa diabetesi yang mengalami stres dapat merubah pola makan, latihan, penggunaan obat yang biasanya dipatuhi. Respon pertama yang muncul pada diabetesi adalah frekuensi jantung meningkat untuk memenuhi perfusi jaringan melalui sekresi norepineprin oleh ujung saraf. Kondisi ini yang menyebabkan glukosa darah diabetesi meningkat.

3. Pengaruh Berat Badan pada Penurunan Kadar Glukosa Darah Pasien DM tipe 2

Obesitas menyebabkan respon sel beta pankreas terhadap peningkatan glukosa darah menjadi berkurang. Selain itu reseptor insulin pada target sel di seluruh tubuh kurang sensitif dan jumlahnya berkurang sehingga insulin dalam darah tidak dapat dimanfaatkan. Lillioja dkk menjelaskan bahwa pada obesitas jumlah serat otot tipe I yang sensitif dengan insulin menjadi berkurang, sebaliknya serat tipe 2B yang tidak sensitif insulin semakin bertambah (Ilyas dalam Soegondo, S., et al., 2007). Pada penelitian ini variabel berat badan (obesitas) dan stres tidak ada kontribusi dalam penurunan kadar glukosa darah yang dapat disebabkan jumlah sampel yang sedikit, sehingga menghasilkan nilai yang tidak signifikan. Hal ini didukung dari salah satu studi komparatif dalam pemberian terapi dan waktu yang sama. Studi A dengan $n=200$ dan studi B dengan $n=36$ menghasilkan *p value* yang berbeda jauh. *p value* studi A=0,005 dan studi B=0,14 (Elwood, 2007).

B. Keterbatasan Penelitian

1. Desain Penelitian

Penelitian ini awalnya didesain dengan ada satu kelompok lagi sebagai kelompok kontrol. Namun dengan adanya perubahan tempat penelitian, kelompok kontrol tidak dapat didesain di Klub Diabetes RSUP Fatmawati karena tingkat sosialisasi dan kebersamaan yang tinggi diantara mereka menyebabkan pengambilan sampel tidak dapat dibagi menjadi 2. Memperluas area atau memperpanjang waktu penelitian, tidak dapat peneliti lakukan karena keterbatasan waktu maka desain penelitian ini dirubah.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *the one-group pretest-posttest design*, dimana setiap subyek penelitian menjadi kontrol terhadap dirinya sendiri. Metode ini mempunyai kelemahan karena kemungkinan terjadi bias dari hasil penelitian (Harun, et al, dalam Sastroasmoro & Ismael, 2002). Untuk meminimalkan bias hasil penelitian, ada beberapa hal yang telah dilakukan sebelum penelitian dimulai, yaitu :

- a. Memperketat kriteria pasien yang dapat dijadikan responden. Jenis kelamin yang dipilih adalah perempuan. Perempuan mempunyai kecenderungan mengalami obesitas dan kurang aktivitas sehingga berisiko terjadi penumpukan lemak pada tubuh. Penumpukan lemak menyebabkan reseptor insulin pada target sel di seluruh tubuh kurang sensitif sehingga insulin dalam darah tidak dapat dimanfaatkan. Hal ini tidak menjadi kesulitan karena 90% anggota Klub Diabetes yang rutin hadir adalah perempuan. Kadar glukosa darah sewaktu dua bulan terakhir terkontrol, tidak mengalami komplikasi, responden rutin dua kali dalam seminggu melakukan senam DM, mengkonsumsi obat hipoglikemik oral (pemicu/ penambah sensitivitas insulin) secara teratur, dan tidak sedang menjalankan terapi komplementer lain seperti hipnosis, herbal, yoga dll.
- b. Mengontrol faktor perancu dengan melakukan *restriksi*, yaitu menyingkirkan variabel perancu dari setiap subyek penelitian. Salah satu variabel perancu yang dapat mempengaruhi kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 adalah usia. Semakin usia bertambah semakin besar kemungkinan terjadinya penurunan sensitivitas sel terhadap insulin. DM tipe 2 banyak ditemukan pada pasien

berusia diatas 45 tahun, namun berdasarkan penelitian usia dibawah 45 tahun juga mempunyai potensi mengalami DM tipe 2. Hal ini karena perubahan pola makan dan gaya hidup (Suyono, dalam Soegondo, S., et al., 2007). Variabel usia tidak dijadikan faktor perancu. Variasi variabel usia responden dibuat sehomogen mungkin, yaitu antara 45 hingga 65 tahun.

2. Sampel

Perubahan tempat penelitian menyebabkan perubahan dalam teknik pengambilan sampel. Semula direncanakan sampel akan didapatkan secara randomisasi di Poliklinik Penyakit Dalam, berubah tempat di Klub Diabetes. Perubahan tempat setelah mendapatkan beberapa masukan dan pertimbangan dari pihak rumah sakit pada saat seminar sosialisasi proposal tanggal 8 April 2008 di Diklit RSUP Fatmawati.

Sejak tahun 2004, Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati mempunyai anggota 268 pasien. Namun tercatat dari bulan Januari hingga Mei 2008 diabetesi yang aktif sekitar 40 orang. Hal ini yang menyebabkan perubahan teknik penarikan sampel. Penarikan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik *non-probability sampling*, yaitu *pusposive sampling* sehingga sampel ini mungkin hanya representatif untuk populasi di Klub Diabetes RSUP Fatmawati. Dua puluh tiga (23) pasien yang mendapatkan terapi OHO dan hanya 18 pasien yang telah memenuhi kriteria inklusi dan bersedia berperan serta dalam penelitian.

3. Penerimaan terhadap Terapi Reiki

Belum banyak orang mengenal terapi Reiki, sehingga banyak diantaranya baik staf rumah sakit maupun responden mempertanyakan manfaat dan risiko yang ditimbulkannya. Setelah diberikan informasi, tidak sedikit ada yang menilai terapi ini hampir sama dengan kekuatan magig. Hal ini disebabkan belum pernah dilaporkan terapi Reiki digunakan sebagai terapi komplementer untuk membantu mengatasi masalah kesehatan di RSUP Fatmawati. Ketakutan akan efek samping dari terapi Reiki menyebabkan peneliti memerlukan waktu untuk mulai penelitian di rumah sakit. Staf kesehatan maupun responden pada akhirnya dapat memahami terapi Reiki ketika penjelasan dimulai dengan menginformasikan tentang meditasi yang merupakan salah satu bagian dari terapi Reiki.

4. Suasana dan Waktu Pelaksanaan Terapi Reiki

Terapi Reiki dilakukan di ruang Klub Diabetes Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Fatmawati. Setelah responden selesai melakukan senam DM, terapi dilakukan 20-30 menit selama 30 hari. Ventilasi ruangan cukup baik, namun ruangan sangat terbuka sehingga kurang mendukung suasana untuk relaksasi dan meditasi. Terapi Reiki dilakukan selama 30 hari dengan pertimbangan setiap satu bulan sekali pasien melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah dan mendapatkan terapi lanjutan. Dari konsep Reiki tidak ada ketetapan waktu terapi, karena dengan kecerdasan dan caranya sendiri Reiki akan bekerja, untuk menormalkan kadar glukosa darah pasien (Sjahdeini, 2005).

5. Variasi Pemberian Terapi OHO

Obat Hipoglikemik Oral (OHO) yang digunakan responden dari dua golongan, yaitu golongan pemicu sekresi insulin (glibenklamide), penambah sensitivitas insulin (metformin), dan kombinasi antara keduanya (Glibenklamide dan metformin). Pada penelitian ini, waktu dan jumlah sampel menyebabkan peneliti tidak membedakan jenis OHO yang digunakan responden sehingga peneliti belum dapat mengetahui apakah ada perbedaan penurunan KGDS antara ketiga jenis pemberian OHO tersebut.

6. Skala Stres Yang Digunakan

Holmes & Rahe Stress Scale mempunyai tingkat reliabilitas 0.93 yang diujikan pada sampel 394 (Krol & Schonfield, <http://www.psychosomaticmedicine.org>, diunduh tanggal 8 Pebruari 2008). Ada item stresor yang dimodifikasi yaitu peristiwa hidup nomor 42, namun dengan tingkat reliabilitas yang tinggi sehingga pada penelitian ini skala stres tidak dilakukan uji coba. Hal ini diperkirakan menyebabkan hasil penelitian yang berhubungan dengan perubahan KGDS tidak ada perbedaan yang bermakna antar tingkatan stres.

C. Implikasi Hasil Penelitian

1. Implikasi terhadap layanan keperawatan kepada masyarakat

Terapi Reiki bersifat aman, sangat mudah dipelajari oleh siapapun tanpa melihat latar belakang pendidikan. Dilaporkan bahwa Reiki diminati oleh perawat, dokter dan ahli rehabilitasi, khususnya di Amerika. Mereka mengkombinasikan Reiki dengan terapi medis dalam menyembuhkan pasien (Vitale, 2007. *An integrative*

review of Reiki touch therapy research, ¶ 3, <http://www.nursingcenter.com>, diunduh tanggal 23 November 2007). Hal ini merupakan kesempatan yang luas bagi perawat menjadi seorang praktisi Reiki, untuk membantu mengatasi masalah kesehatan pasien.

Hasil penelitian membuktikan bahwa Terapi Reiki yang dilakukan selama 30 hari dapat menurunkan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 dan hal ini dapat digunakan oleh perawat khususnya perawat medikal bedah yang telah dilatih terapi Reiki sebagai intervensi mandiri. Hasil penelitian ini memperkuat pernyataan yang dikeluarkan *College Of Nurses Of Ontario* (2005) bahwa terapi komplementer merupakan bentuk pengembangan perawatan yang dapat ditawarkan untuk mendampingi teknik pengobatan lainnya (<http://www.cno.org>, diunduh 25 September 2007).

2. Implikasi Penelitian

Penelitian yang berhubungan dengan Reiki di luar negeri telah berkembang pesat. Di Amerika Serikat, *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) mendukung dan mensponsori dilakukannya penelitian ilmiah tentang bagaimana Reiki bekerja dan penyakit-penyakit apa saja yang dapat ditanggulangi. Sedangkan di Indonesia belum pernah dilaporkan adanya penelitian tentang Reiki. Penelitian ini merupakan salah satu penelitian awal di area keperawatan. Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat memberikan kontribusi bagi perkembangan dunia terapi komplementer dan alternatif di dunia keperawatan.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil analisis dan pembahasan hasil penelitian yang telah dilakukan maka dapat dirumuskan beberapa simpulan dan saran-saran sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Terapi Reiki yang dilakukan selama 30 hari pada penelitian ini terbukti dapat menurunkan kadar glukosa darah sewaktu pasien Diabetes Melitus tipe 2 secara bermakna.
2. Penurunan kadar glukosa darah sewaktu pasien Diabetes Melitus tipe 2, pada penelitian ini tidak dipengaruhi secara bermakna oleh faktor stres dan obesitas.

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Terapi Reiki terbukti dapat menurunkan kadar glukosa darah pasien Diabetes Melitus tipe 2, sehingga terapi pelengkap ini dapat digunakan di tatanan pelayanan kesehatan terutama di bagian keperawatan medikal bedah sebagai salah satu standar operasional prosedur pada pasien Diabetes Melitus tipe 2.

2. Bagi Penelitian Selanjutnya

- a. Disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan sampel yang lebih besar dengan desain penelitian eksperimen paralel dengan dua kelompok, yaitu kelompok ekperimental dan kelompok kontrol.
- b. Disarankan pada penelitian yang menggunakan alat ukur dengan tingkat reliabilitas yang baik, untuk tetap diujicobakan sebelum digunakan dalam penelitian. Hal ini untuk melihat apakah ada variable yang perlu dimodifikasi untuk disesuaikan dengan kondisi saat penelitian.
- c. Penelitian lanjutan dapat dilakukan untuk mengetahui:
 - 1) Pengaruh terapi Reiki pada perubahan fisiologis pasien DM tipe 2, dalam penurunan kadar glukosa darah.
 - 2) Pengaruh terapi Reiki terhadap penurunan kadar glukosa darah pasien Diabetes Melitus Tipe 2 yang mendapatkan pengobatan insulin.
 - 3) Apakah pengaruh terapi Reiki masih dapat mempertahankan KGDS setelah tidak dilakukan terapi Reiki selama beberapa waktu lamanya?
 - 4) Pengaruh faktor stres terhadap penurunan kadar glukosa darah dengan skala stres yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Alternatif Medicine, (2007). *Reiki*. <http://www.pittsburgh-counseling.com/behavioral-health-therapy/REIKI.pdf>, diunduh 11 Pebruari 2008.
- American Association of Clinical Endocrinologists, (2007). *AACE: Medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus*, <http://www.aace.com/pub/pdf/guidelines/DMGuidelines2007.pdf>, diunduh 6 Pebruari 2008.
- Anonimous, (.....), *Medan energi tubuh manusia*, http://mail.si.itb.ac.id/~amrinsyah/ETD_1.pdf, diunduh 18 Pebruari 2008.
- Bennett, S. (2007). *Published research into reiki healing*, http://www.soothes.co.uk/USERIMAGES/reiki_published_research.pdf, diunduh 23 November 2007.
- Caldwell, D.R. (2005). *Reiki: Ancient healing art-modern nursing intervention*, <http://www.earthhealing.info/reiki.pdf>, diunduh 27 November 2007.
- College Of Nurses Of Ontario, (2005). *Practice guideline*, <http://www.cno.org.>, diunduh 25 September 2007.
- Conn, I.G. (2001). <http://www.kompas.com> diunduh 27 September 2007.
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2007). *Fundamental of nursing: Human health and function*, Ed6, New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Crisp, J. (2001). *Potter and Perry's fundamentals of nursing*, Philadelphia: Harcourt Publisher International.
- Dempsey, P.A. & Dempsey, A.D. (2002). *Nursing Research: Text and workbook*, alih bahasa Palupi W, Jakarta: EGC.
- DiNucci, E. M. (2005). *Energy healing: A complementary treatment for orthopaedic and other conditions*, <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=5&did=1280191961&SrchMode=1&sid=5&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1202445233&clientId=45625>, diunduh 8 Pebruari 2008.
- Dossey, B.M., Keegan, & Guzzetta, C.E. (2005). *Holistic nursing: a handbook for practice*. London: Jones and Barlet Publiser.

- Effendi, T. (2004). *Aplikasi reiki dalam mencapai tingkat master*, Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Effendi, T. (2007). *Meditasi: Jalan meningkatkan kehidupan anda*, Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Elwood, J.M. (2007). *Critical appraisal of epidemiological studies and clinical trials*, Melbourne: Oxford University Press.
- Garison, N.L. (2005). *The effect of reiki on the level of free radicals*, <http://www.holosuniversity.net/pdf/garrisonDissertation.pdf>, diunduh 27 November 2007.
- Gourman, A. (2005). *The seven major chakras*. <http://www.thehealingpages.com/Articles/The7MajorChakras.html>, diunduh 23 November 2007).
- Gregson, T. (2007). *Life without stress : Mengajari diri anda sendiri mengelola stres*. Alih bahasa Eriawan, A., Jakarta: Prestasi Pusaka.
- Guthrie, D.W. & Gamble, M. (2001). *Energy therapies and diabetes mellitus*, <http://spectrum.diabetesjournals.org/cgi/reprint/14/3/149.pdf>, diunduh 23 November 2007.
- Guyton, A.C. (1996). *Human physiology and mechanism of disease*. Alih bahasa Andrianto, P., Jakarta: EGC.
- Harley, E., (.....), *Reiki a safe, natural, hand on therapy that promotes healing on all levels*, http://www.reikittraining.org.uk/PDF_Folder/reikipak05.pdf, diunduh 23 November 2007.
- Harun, S.R., Putra, S.T., Wiharta, A.S., & Chair, I. (2006). Uji klinis, dalam Sastroasmoro, S. & Ismael, S. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, Edisi ke-2 (hlm 144-164), Jakarta: Sagung Seto.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*, Jakarta: FKM UI.
- Holmes, T.H. & Rahe, R. (2007). *Holmes & rahe stress scale*. <http://www.ta-tutor.com/webpdf/ram015.pdf>, diunduh 10 Maret 2008.
- Ignatvicius, D.D., Workman, L.M., & Mislser, A.M. (1999). *Medical surgical nursing across the health care continuum*. 3th Ed, Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Ilyas, E.I. (2007). Manfaat latihan jasmani bagi penyandang diabetes, dalam Soegondo, S., et al, *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu* (hlm. 261-269), Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Ishaq, I.I. (2002). *Mengenal usui reiki I & II intensif: Sebagai penyembuhan ilahiah*, Delapratasa Publishing.

Individual Wellbeing Diagnostic Laboratories, (2008).

<http://www.iwdl.net/Practitioners/Adrenal%20Stress%20Index%20Interpretation.pdf>, diunduh 10 Maret 2008.

Kozier, B., Erb, G., Blais, K. & Wilkinson, J.M. (1995). *Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice*, California: Addison Wesley Publishing Company.

Krol, W.F. & Schonfield, J. (.....).

<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/35/5/436.pdf>, diunduh 8 Februari 2008.

Lemeshow, S., Hosmer, DW., Klar, J., Lwanga, SK. (1993). *Adequacy of sample size in health studies*, Toronto: Published on behalf of the World Health Organization by John Wiley & Sons.

Lutterbeck, B., (.....). *Reiki energy therapi*, <http://www.reiki-master-teacher.com/What%20to%20Expect%20Brochure.pdf>, diunduh 23 November 2007.

Magdalena, (2003). *Memadukan terapi alternatif dan konvensional*, <http://www.sinarharapan.co.id>, diunduh 1 Desember 2007.

Manaf, A. (2006). Insulin: Mekanisme sekresi dan aspek metabolisme, dalam Sudoyo, et al, *Buku Ajar: Ilmu penyakit dalam, jilid III, Edisi IV* (hlm.1890-1891). Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

McKenzie, E. (2006). *Healing reiki*, alih bahasa Alexander S., London: Octopus Publishing Group Ltd.

Moore, A. (.....). *Reiki energy medicine: Enhancing the healing process*, <http://www.harthosp.org/Portals/1/Images/38/ReikiEnergyMedicine.pdf>, diunduh 27 November 2007.

National Centers for Complementary and Alternative Medicine. (2007). *An introduction reiki*, <http://nccam.nih.gov/health/reiki/reiki.pdf>, diunduh 8 Februari 2008.

New York State Nurses Association. (1999). *Complementary therapies in the practice of nursing*. <http://nysna.org/programs/nai/practise/positions/position14.htm>, diunduh 25 Januari 2007.

Nurses Board Of Victoria. (2006). *Guideline for use of complementary therapies in nursing practice*. www.rnweb.com/rnweb/article. diunduh 14 September 2007.

- Payne, C. (2001). *Complementary and integrative medicine: emerging therapies for diabetes*, ¶ 13, <http://www.spectrum.diabetesjournals.org>, diunduh 26 November 2007.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999), *Nursing research : principles and methods*, 6th Ed, Philadelphia : Lippincott.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice*. Volume 1. Alih bahasa Asih, Y., et al, Jakarta: EGC.
- Rand, W.L. (2002). *Science and the human energy field*, <http://www.reiki.org/Download/OschmanReprint2.pdf>, diunduh 14 November 2007.
- Rand, W.L. & Soetrisno, E. (1991). *Reiki the healing touch first and second degree and manual*, alih bahasa Agus, Southfield, MI: Vision Publications.
- Reiki & Biofield Medical Research. (2007). <http://www.bioenergyassociates.com/reikiresearch.htm>, diunduh 23 November 2007.
- Rolando, R. (.....). *Reiki by Rolando*, <http://reikibyrolando.com/Documents/Reiki%20by%20Rolando.pdf>, diunduh 11 Pebruari 2008.
- Sabri, L. & Hastono, S.P. (2006). *Statistik kesehatan*, Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sastroasmoro, S., Gatot, D., Kadri, N., & Pudjiarto, P.S. (2006). Usulan penelitian, dalam Sastroasmoro, S. & Ismael, S. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, Edisi ke-2 (hlm. 24-47), Jakarta: Sagung Seto.
- Sjahdeini, S.R. (2005). *Hidup sehat dengan reiki & energi-energi non reiki*, Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2002). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Lippincott, Philadelphia.
- Snyder, M. & Lindquist, R. (2002). *Complementary/alternative therapies in nursing*, 4th Ed. Springer Publishing Company.
- Soebardi, S. & Yunir, E. (2006). Terapi non farmakologi pada diabetes, dalam Sudoyo, et al, *Buku Ajar : Ilmu penyakit dalam*, jilid III, Edisi IV (hlm. 1886-1889). Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Soegondo, S. (2007). Prinsip pengobatan diabetes, insulin dan obat hipoglikemik oral, dalam Soegondo, S., et al, *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu* (hlm. 113-129), Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Soegoro, R. (2002). *Hidup sehat dengan reiki*, Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Sukardji, K. (2007). Penatalaksanaan gizi pada diabetes melitus, dalam Soegondo, S., et al, *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu* (hlm. 43-65), Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Suyono, S. (2007). Kecenderungan peningkatan jumlah penyandang diabetes, dalam Soegondo, S., et al, *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu* (hlm. 1-4), Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- _____ (2007). Patofisiologi diabetes melitus, dalam Soegondo, S., et al, *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu* (hlm. 7-14), Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Tomey, A.M. & Aligood, M.R. (2006). *Nursing theorits and their work*, 4th Ed. St.Louis: Mosby.
- Vitale, A. (2007). *An integrative review of reiki touch therapy research*, <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp>, diunduh 23 November 2007.
- Wahab, W. (2006). *Penuntun reiki G'Tumo tingkat I dan II*. Pelatihan Reiki. Jakarta: Wahidin's Center for Reiki Training.
- Wardell, D.W. & Engebretson, J. (1996). Biological correlates of reiki touch. *Journal of advanced nursing*, 33 (4), 439-445.
- Waspadji, S. (2007). Diabetes melitus : Mekanisme dasar dan pengelolaannya yang rasional, dalam Soegondo, S., et al, *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu* (hlm. 29-42), Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- WHO. (1999). *Definition, diagnosis, and classification of diabetes melitus and its complications*, http://www.diabetes.com.au/pdf/who_report.pdf, diunduh 6 Pebruari 2008.
- Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing diagnosis handbook with NIC interventions and NOC outcome*, alih bahasa Widiawati, et al, Jakarta: EGC.

