



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI GENERALIS DAN LOGOTERAPI INDIVIDU
TERHADAP RESPON KETIDAKBERDAYAAN KLIEN DIABETES MELITUS
DI RUMAH SAKIT PROVINSI SULAWESI UTARA**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

**OLEH
ESROM KANINE
0906594311**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Esrom Kanine

NPM : 0906594311

Tanda Tangan :

Tanggal : 12 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Esrom Kanine
NPM : 0906594311
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Logoterapi Individu Terhadap respon
Ketidakberdayan Klien Diabetes Mellitus di Rumah
Sakit Provinsi Sulawesi Utara.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Novy Helena C. D., SKp., M.Sc (.....)

Pembimbing : Tuti Nuraini, SKp., M.Biomed (.....)

Penguji : Yossie Susanti E.P.,SKp., MN., (.....)

Penguji : Ns. Tjahjanti Kristyaningsih, SKp., MKep, Sp.Kep.,J (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 12 Juli 2011

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2011

Esrom Kanine

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur dipanjatkan kehadirat Allah Bapa di Sorga, karena atas berkat dan tuntunan kasihNya, penulis diberikan kemampuan dan kesehatan sehingga dapat melaksanakan penelitian ini. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat dalam memperoleh gelar Magister Keperawatan yang diselenggarakan oleh mahasiswa semester empat Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Kekhususan Ilmu Keperawatan Jiwa.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. dr. Fione Pangemanan, M.Kes., selaku Direktur BLU RSUP Prof. dr. R. D. Kandou Manado yang telah memberikan ijin bagi pelaksanaan penelitian ini.
2. dr. Robin Warouw, M.Kes., selaku Direktur RSU Bethesda Tomohon yang telah memberikan ijin bagi pelaksanaan penelitian ini.
3. dr. Vonny Ch., Dumingan, M.Kes., selaku Direktur RSUD Bitung yang telah memberikan ijin bagi pelaksanaan penelitian ini.
4. dr. Maryani Suronoto M.Biomed., selaku Direktur RSUD Bitung yang telah memberikan ijin bagi pelaksanaan penelitian ini.
5. Dewi Irawaty, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Astuti Yani Nursasi, SKp., M.N., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Samuel Layuk, SKM., M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Manado yang telah memberikan kesempatan pada penulis melanjutkan studi lanjut Program Pasca Sarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
8. Novy Helena C. D, SKp., MSc., selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi kepada penulis.
9. Tuti Nuraini, SKp., M.Biomed., selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi kepada penulis.
10. Yossie Susanti E.P, SKp., MN., selaku Penguji I yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis untuk kesempurnaan tesis ini

11. Ns. Tjahjanti Kristyaningsih, SKp., MKep., Sp.Kep.,J, selaku Penguji II yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis untuk kesempurnaan tesis ini.
12. Prof. Achir Yani S., Hamid, MN., DNSc, selaku Pembimbing Akademis yang senantiasa membimbing dan memotivasi penulis selama pendidikan di Pasca Sarjana FIK-UI.
13. Istriku tercinta “Grace A. Merentek” dan kedua buah hatiku tersayang ” Christian Noel Kanine & Gracia Eugenia Kanine”, yang telah memberikan cinta, doa dan dukungan dalam setiap perjuanganku, kalian adalah sumber inspirasi dan motivasi terbesar dalam hidupku.
14. Papa dan Mama (almarhumah) Kel.Kanine-Opi di Siau, yang telah membesarkan, mendidik dengan segala jerih payah, penulis tidak dapat membalaskannya, kiranya Tuhan Yesus senantiasa memberkati di usia lanjutmu.
15. Papa dan Mama Kel.Merentek-Mamusung serta seluruh kakak dan adik di Picuan, yang selalu mendoakan dan memotivasi penulis dalam setiap perjuanganku.
16. Kel. Kaminang-Kanine di Manado serta seluruh kakakku di Siau, Kel.Rau Pantouw di Tomohon, terima kasih atas dukungan moril dan doa bagi penulis.
17. Teman sejawat di BLU RSUP Prof.dr. R.D Kandou, RSU Bethesda Tomohon, RSUD DR.Sam Ratulangi Tondano dan RSUD Bitung yang sudah bekerja sama dalam pelaksanaan penelitian ini.
18. Sahabat-sahabat terbaikku, Mas Deni dan Bang Syam, yang selalu setia menjadi teman dalam keluh, kesah, tawa dan canda, kalian juga sumber inspirasiku.
19. Seluruh rekan-rekan mahasiswa semester empat (4) Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
20. Semua pihak yang telah membantu penyusunan hasil penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan tesis ini, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat menjadi bahan untuk perbaikan hasil penelitian ini.

Depok, Juli 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Esrom Kanine
NPM : 0906594311
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :
Pengaruh Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Terhadap respon Ketidakberdayaan Klien DM di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2011
Yang menyatakan

(Esrom Kanine)

**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
PROGRAM PASCA SARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Tesis, Juli 2011
Esrom Kanine

Pengaruh Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara

xiv + 97 halaman + 15 lampiran

Abstrak

Ketidakberdayaan dimanifestasikan melalui respon verbal, emosional, partisipasi dalam aktivitas sehari-hari dan tanggung jawab dalam diri. Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi generalis dan logoterapi individu terhadap respon ketidakberdayaan klien DM di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara. Metode penelitian adalah *quasi experiment* dengan desain *pre-post test with control group*. Sampel penelitian diperoleh secara *purposive sampling* dengan jumlah 70 responden terdiri dari 35 responden untuk kelompok intervensi dan 35 responden untuk kelompok kontrol. Hasil penelitian didapatkan bahwa respon ketidakberdayaan klien DM menurun secara signifikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan terapi generalis dan logoterapi individu ($p\text{-value} = 0,00$; $\alpha < 0,05$). Terapi generalis dan logoterapi individu terbukti menurunkan respon ketidakberdayaan pada klien DM dan direkomendasikan untuk diterapkan sebagai terapi perawatan dalam merawat klien DM dengan respon ketidakberdayaan.

Kata kunci : Logoterapi Individu, Terapi Generalis, Respon Ketidakberdayaan, Klien DM
Daftar Pustaka : 47 (1991 – 2011)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MAJORING IN MENTAL HEALTH NURSING
POST GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING**

Thesis, July 2011
Esrom Kanine

The Influence of Individual Logotherapy and General Therapy Upon The Powerlessness Response of Diabetes Mellitus Client in the Hospital of North Sulawesi Province.

xiv + 97 pages + 13 appendixes

Abstract

Diabetes Mellitus included chronic disease that caused of the problems of powerlessness. The powerlessness is manifestation verbal and emotional respons, participation in activities of daily living and involvement in learning about care responsibilities. This aim of this study was to investigate the influence of individual logotherapy and general therapy upon the powerlessness response of the DM in the Hospital of North Sulawesi Province. The research method was quasi experimental pre-post test with control group. The data was gathered at before and after giving the individual logotherapy and general therapy to the clients with DM of the problems of powerlessness. The amount of samples were 70 respondents which were 35 respondents of intervention group and 35 respondents of control group. The difference of the powerlessness response is the analyzed with t-test. The result of this study showed that the powerlessness response of DM given the general therapy and individual logotherapy significantly decreases to intervention group (p-value < 0,05) compared to the group which is not treated with the individual logotherapy. The general therapy and individual logotherapy are proven to be able to decrease the powerlessness response upon the DM clients and are recommended to be applied as a nurturing therapy in looking after the DM clients with powerlessness response.

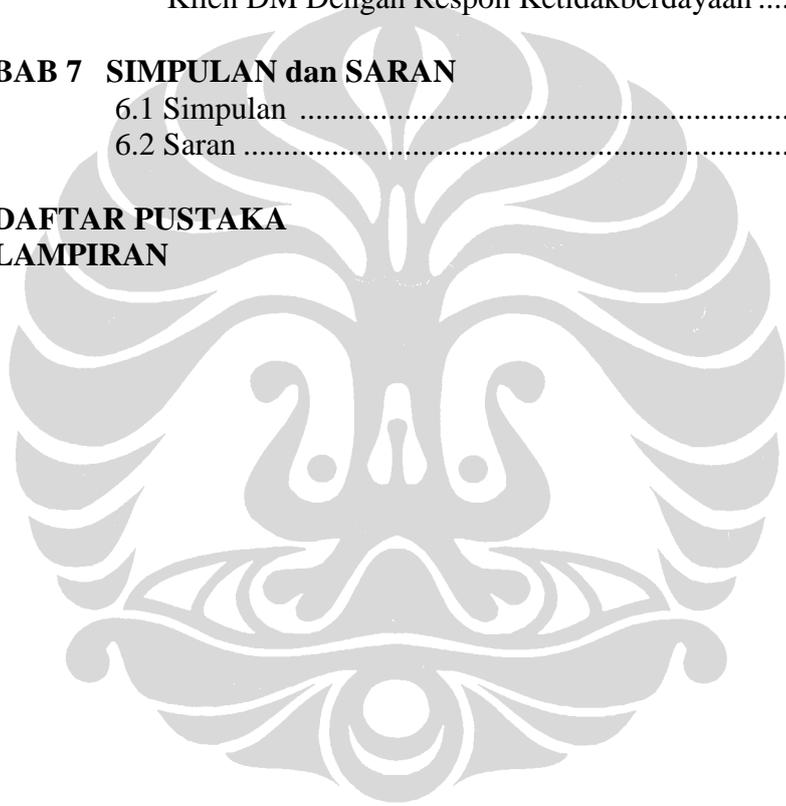
Keywords : Individual Logotherapy, General Therapy, Powerlessness Response, DM clients

Bibliography : 47 (1991-2011)

DAFTAR ISI

	Hal.
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Diabetes Mellitus	11
2.2. Ketidakberdayaan	17
2.3. Tindakan Keperawatan Generalis dan Spesialis	29
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Teori	47
3.2 Kerangka Konsep	50
3.3 Hipotesis	51
3.4 Definisi Operasional	51
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	53
4.2 Populasi dan Sampel	54
4.3 Tempat Penelitian	57
4.4 Waktu Penelitian	58
4.5 Etika Penelitian	58
4.6 Alat Pengumpulan Data	60
4.7 Uji Coba Instrumen Penelitian	62

4.8 Proses Pengumpulan Data	65
4.9 Pengolahan Data dan Analisis Data.....	70
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Karakteristik Klien DM.....	74
5.2 Perbedaan Respon Ketidakberdayaan dan Analisis Distribusi Normal Data	77
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Karakteristik Klien DM Dengan Respon Ketidakberdayaan.....	86
6.2 Pengaruh Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Pada Klien DM Dengan Respon Ketidakberdayaan	89
BAB 7 SIMPULAN dan SARAN	
6.1 Simpulan	95
6.2 Saran	89
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Variabel Penelitian	52
Tabel 4.2 Analisis Kesetaraan Variabel Penelitian	72
Tabel 4.2 Analisis Perbedaan Variabel Penelitian	73
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara	74
Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara ...	75
Tabel 5.3 Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan respon Ketidakberdayaan Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.....	77
Tabel 5.4 Respon Ketidakberdayaan Responden Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara	78
Tabel 5.5 Uji Distribusi Normal Data Respon Ketidakberdayaan Kelompok Intervensi dan Kontrol Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara	79
Tabel 5.6 Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Klien DM Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara	80
Tabel 5.7 Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Klien DM Sebelum dan Sesudah dilakukan Intervensi Pada Kelompok Kontrol Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.....	80
Tabel 5.8 Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Sesudah Dilakukan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara	81
Tabel 5.8 Analisis Perbedaan Selisih Respon Ketidakberdayaan Sesudah Dilakukan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara	82

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian	49
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	50
Skema 4.1 Desain penelitian <i>Pre Post Test With Control Group</i>	53
Skema 4.2 Kerangka Kerja Pelaksanaan Penelitian	66



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Berpartisipasi dalam Penelitian
- Lampiran 3 Data Demografi Responden
- Lampiran 4 Kuesioner Pengukuran Respon Kentidakberdayaan
- Lampiran 5 Modul Logoterapi Individu
- Lampiran 6 Buku Kerja Perawat
- Lampiran 7 Buku Kerja Klien
- Lampiran 8 Algoritam Tindakan Keperawatan
- Lampiran 9 Laeflet DM dan Ketidakberdayaan
- Lampiran 10 Surat Permohonan Pengambilan Data Awal
- Lampiran 11 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 12 Surat Keterangan Lulus Kaji Etik
- Lampiran 13 Surat Keterangan Lulus *Expert Validity*
- Lampiran 14 Surat Ijin Penelitian dari Direktur RS
- Lampiran 15 Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit diabetes melitus atau disingkat DM menjadi masalah kesehatan di dunia terutama di negara dengan populasi penduduk terbanyak di benua Asia seperti China, India dan Indonesia. Statistik kesehatan pada tahun 2010 menunjukkan angka morbiditas klien diabetes mellitus pada usia 20-79 tahun. India menempati urutan teratas sebanyak 50.768.300 orang. Disusul China sebanyak 43.157.200 orang dan Indonesia sebanyak 6.963.500 orang. Angka morbiditas ini, diperkirakan akan meningkat 1-2 % hingga tahun 2030 (*International Diabetes Federation*, 2010). Penyakit DM secara epidemiologis disebut penyakit degeneratif, tidak menular dan menjadi penyebab utama kematian akibat komplikasi DM.

Komplikasi DM meliputi penyakit kardiovaskular, nefropati, neuropati, amputasi dan retinopati. Penyebab utama kematian akibat komplikasi DM adalah penyakit kardiovaskular terdiri dari angina pektoris, infark miokard, stroke, penyakit arteri perifer dan gagal jantung kongestif. Menurut *Centres for Diseases Control and Prevention* atau CDC (2005, dalam LeMone & Burke, 2008), DM merupakan penyebab kematian keenam dari 18,2 juta populasi DM di Amerika Serikat. Kematian tersebut diakibatkan oleh komplikasi kardiovaskuler selain gagal ginjal, kebutaan dan amputasi. *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2010, memperkirakan sebesar 147.390 klien DM meninggal setiap tahun di Indonesia. DM termasuk penyakit heterogenetik disebabkan hiperglikemia, gangguan toleransi glukosa dan defisiensi glukosa.

Gangguan toleransi glukosa adalah kondisi tanpa gejala atau asimtomatis sebagai masa transisi dari normal ke DM, hal ini dikaitkan dengan

perubahan kadar glukosa 2 jam *post prandial*. Menurut WHO (1999) dan *American Diabetic Assosiation* (2003), diagnosa DM ditegakkan apabila nilai kadar toleransi glukosa terganggu atau disingkat TGT diatas nilai normal. Nilai normal TGT yaitu 140 sampai dengan kurang dari 200 mg/dl dan kadar glukosa darah lebih dari atau sama dengan 200 mg/dl. Riset Kesehatan Dasar oleh Departemen Kesehatan R.I pada tahun 2007, melaporkan bahwa prevalensi nasional TGT sebesar 10.2% dan total DM 5,7 % pada penduduk perkotaan Indonesia. Menurut Departemen Kesehatan RI (2007), bahwa angka total DM merupakan gabungan persentasi *Diagnosed Diabetes Mellitus* atau DDM sebesar 1,5% dan *Undiagnosed Diabetes Mellitus* atau UDDM 4,2%.

Provinsi Sulawesi Utara termasuk diantara 13 Provinsi di Indonesia dengan prevalensi TGT sebesar 17.3 % dan total DM sebesar 8,1 % (Dep.Kes RI, 2007). Berdasarkan hasil sensus penduduk pada tahun 2010, Badan Pusat Statistik Provinsi Sulawesi Utara melaporkan bahwa jumlah penduduk yang tinggal di perkotaan sebanyak 1.026.584 (BPS Sulut, 2010). Dengan demikian dapat diasumsikan bahwa jumlah klien DM dengan nilai TGT sebesar 17,3 % atau sebanyak 177.599 orang sedangkan total DM sebesar 8,1 % sebanyak atau 83.153 orang.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada bulan Januari sampai dengan Desember 2010, didapatkan jumlah klien DM yang dirawat pada rumah sakit BLU RSUP Prof. dr. R. D Kandou Manado sebanyak 580 orang sedangkan dirawat di RSU Bethesda Tomohon sebanyak 430 orang. Jumlah klien DM tersebut belum termasuk yang sedang menjalani rawat jalan pada poliklinik endokrin dan poli kaki di BLU RSUP Prof. dr. R. D Kandou yang menurut catatan rekam medik mencapai 160 orang perbulan. Sedangkan di RSU Bethesda Tomohon menurut catatan rekam medik mencapai 55 orang perbulan dikategorikan menderita DM tipe 1 dan 2 dengan atau tanpa komplikasi.

Tipe DM menurut LeMone dan Burke (2008), secara etiologi terdiri dari empat tipe yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional. DM tipe 1 umumnya terjadi pada anak-anak dan orang dewasa, disebabkan oleh destruksi produksi insulin oleh sel beta di pankreas. DM tipe 2 disebabkan oleh resistensi insulin, defisiensi insulin, faktor obesitas, kurangnya aktifitas, umur, riwayat genetik dan etnik (IDF, 2010). DM gestasional disebabkan intoleransi glukosa pada awal kehamilan sedangkan DM tipe lainnya dikaitkan dengan proses infeksi, trauma dan karena penyakit kanker (LeMone & Burke, 2008). Akibat gangguan produksi insulin pada klien DM akan menyebabkan gejala hiperglikemia dan hipoglikemia (Honas, 2004).

Gejala hiperglikemia ditandai oleh sering buang air kecil pada malam hari, sering merasa haus, mulut dan kulit kering, kurangnya energi, merasa lemah, berat badan menurun, penglihatan kabur, kesulitan dalam berkonsentrasi dan perilaku mudah tersinggung. Sedangkan gejala hipoglikemia ditandai oleh meningkatnya produksi keton menyebabkan dengan mual, muntah, kelelahan, nyeri abdomen, sesak napas, napas bau keton dan koma diabetikum (Honas, 2004). Dapat disimpulkan bahwa secara fisiologis organ tubuh seperti ginjal, hati dan pankreas akan berespons dengan mempertahankan homeostatis produksi hormon insulin pada kondisi hiperglikemia dan hipoglikemia.

Homeostatis hormon insulin dalam darah sering dikaitkan dengan kondisi stress dan ketegangan psikologis sehingga berdampak pada perubahan perilaku dan psikososial. Menurut Honas (2004) kondisi hipoglikemia akan mempengaruhi perubahan perilaku dan psikososial seperti mudah marah, merasa cemas, sulit berkonsentrasi, sering bermimpi buruk dan merasa bingung. Solowiejczyk (2010), menjelaskan perasaan ketidakberdayaan disebabkan pengalaman distress dan perubahan emosional seperti agitasi, frustrasi, marah, takut dan cemas.

Perasaan ketidakberdayaan yang dialami oleh klien DM, seringkali disertai gangguan depresi. Harper dan Jacques (2004, dalam LeMone & Burke, 2008) mengemukakan bahwa klien DM beresiko mengalami depresi, perubahan perilaku dan perasaan negatif. Solowiejczyk (2010), mengatakan 10-15 % klien DM menunjukkan gejala depresi terkait hiperglikemia dan penatalaksanaan medis. Townsend (2009) menekankan ketidakberdayaan dengan kondisi depresi, apatis dan kehilangan kontrol yang diekspresikan oleh klien secara verbal. Dapat disimpulkan bahwa kondisi depresi sering menyertai perasaan ketidakberdayaan.

Ketidakberdayaan secara nyata berkaitan dengan hilangnya *power*, kapasitas dan otoritas yang dimiliki oleh klien penyakit kronis dalam mempersepsikan tindakan yang diharapkan (Lubkin & Larsen, 2006). Tindakan keperawatan dikembangkan berdasarkan pada pengkajian yang komprehensif pada sumber daya yang dimiliki klien untuk meningkatkan perasaan ketidakberdayaan. Menurut Miller (2000, dalam Lukbin & Larsen, 2006), menjelaskan sumber daya klien meliputi kekuatan fisik, energi, harapan, motivasi, pengetahuan, konsep diri positif, dukungan psikologis dan dukungan sosial. Sedangkan White dan Roberts (1993, dalam Lukbin & Larsen, 2006), mengidentifikasi aspek psikologis, kognitif, lingkungan dan keputusan klien sebagai sumber kekuatan dalam mendesain intervensi ketidakberdayaan.

Ketidakberdayaan didasari atas pertimbangan respons individu, pola coping dan karakteristik klien pada kondisi subjektif. Miller (1991) mengasumsikan bahwa ketidakberdayaan dapat divalidasi melalui respon verbal, emosional, partisipasi dalam kegiatan sehari-hari dan keterlibatan serta tanggung jawab klien dalam perawatan dirinya. Carpenito (2008), mengidentifikasi batasan karakteristik terkait perasaan subjektif terhadap pola pengambilan keputusan, tanggung jawab dan peran klien melalui intervensi keperawatan. Braga dan daCruz (2008), dalam penelitiannya tentang ketidakberdayaan

pada klien dewasa mengidentifikasi area ketidakberdayaan antara lain klien kehilangan kontrol diri baik secara fisiologis, kognitif, lingkungan dan pengambilan keputusan.

Sebelum pelaksanaan intervensi generalis pada klien yang mengalami ketidakberdayaan perawat harus mengamati faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ketidakberdayaan antara lain tanda-tanda depresi, keputusasaan, imobilitas, hospitalisasi, kurangnya sistem pendukung, kesalahan informasi tentang situasi dan penyakit kronis (Ackley & Ladwig, 2008). Dalam studi fenomenologis Standmark (2004, dalam Ackley & Ladwig, 2008), mengidentifikasi beberapa masalah aktual yang esensial terkait dengan ketidakberdayaan antara lain perubahan citra diri karena ketidakmampuan dan keterbatasan pada norma-norma sosial dan penderitaan emosional terkait dengan perasaan apatis dan perasaan negatif sebagai ancaman terhadap diri sendiri.

Hagerty dan Patusky (2003, dalam Ackley & Ladwig, 2008), menekankan bahwa perlu modifikasi terhadap perilaku dan distorsi kognitif pada intervensi generalis dengan masalah ketidakberdayaan. Adapun modifikasi perilaku dan distorsi kognitif ini dilakukan sebagai solusi dalam memecahkan masalah ketidakberdayaan terkait sikap dan keyakinan klien agar menjadi realistik dan optimis melalui perilaku kognitif yang positif.

Salah satu intervensi spesialis keperawatan adalah logoterapi. Penelitian tentang logoterapi dikemukakan oleh Stefanics (1996), dalam penelitiannya tentang pengalaman klien lanjut usia yang mengalami perasaan tidak bermakna dan tidak memiliki tujuan hidup. Lebih lanjut Stefanics mengatakan klien lanjut usia beresiko melakukan upaya bunuh diri karena mengalami depresi, keputusasaan, perubahan fisiologis, kehilangan pasangan hidup, perubahan sikap dan persepsi diri. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dengan pemberian logoterapi, setiap klien lanjut usia dapat

memaknai arti hidupnya sehingga lebih realistis ketika menghadapi kehidupan yang akan datang.

Stefanics (1996) menekankan bahwa perawat perlu memanfaatkan peluang yang unik dalam logoterapi dengan konsep holistik. Menurut Stefanics manusia memiliki jiwa, raga dan spirit sesuai asumsi logoterapi. Logoterapi memandang manusia sebagai individu yang unik memiliki nilai spiritual, etika dan filsafat tentang penyakit, penderitaan dan kematian. Manusia memiliki kebebasan, menentukan hidupnya dan mencari makna pada setiap situasi. Perawat melihat banyak klien tidak memiliki respon atas kehidupannya, sehingga sebagai tenaga kesehatan yang profesional perawat mengeksplorasi realitas aspek spiritual dalam logoterapi untuk membantu klien menemukan makna hidup pada setiap situasi yang dimiliki klien.

Logoterapi pertama kali dikembangkan oleh Frankl (1938, dalam Bastaman, 2007), diindikasikan pada kasus fobia, ansietas dan gangguan obsesi kompulsif melalui pendekatan *paradoxical intention*, *direflection* dan *medical ministry*. Dalam analisis eksistensialnya dijelaskan bahwa, manusia pada hakekatnya memiliki makna hidup dan nilai keyakinan terhadap harapan dan kemampuan untuk mengambil keputusan. Hasil penelitian penerapan logoterapi pada kasus penyakit kronis terminal seperti kanker oleh Kyung, Jae Im dan Hee Su (2009), menjelaskan logoterapi sangat efektif untuk meminimalkan penderitaan pada klien kanker dalam menemukan makna hidupnya.

Logoterapi meningkatkan energi dalam perubahan hidup pada klien dengan manifestasi somatik pada kasus *noogenic neurosis* yang mengalami gejala kelelahan kronis, tremor, insomnia dan kehilangan berat badan (Sjolie, 2001). Demikian juga, Lantz (1998) dalam penelitian logoterapi pada klien dengan penyakit fisik kronis seperti artritis, stroke, lupus, penyakit jantung dan penyakit paru. Hasil penelitiannya melaporkan bahwa klien merasakan

kontak emosional, sikap empati yang terapeutik dari terapis yang mengalami perubahan dalam makna hidupnya..

Esensi dari logoterapi adalah menekankan asas-asas kehidupan manusia meraih hidup yang bermakna (*the meaningful life*) yakni kebahagiaan sebagai motivasi utama manusia. Hidup yang bermakna merupakan impian setiap manusia. Logoterapi menekankan bahwa hidup yang bermakna dapat dicapai dalam setiap situasi dan kondisi apapun, bahkan dalam keadaan menderita sekalipun. Demikian halnya klien DM meskipun dalam kondisi ketidakberdayaan menghadapi penyakit kronis, sesungguhnya klien DM dapat diberdayakan dengan mengubah pandangan dan mengembalikan kesadaran dalam memaknai hidupnya.

Berdasarkan kajian melalui beberapa literatur terhadap esensi dari logoterapi tersebut, menginspirasi dan mendorong peneliti untuk mengeksplorasi lebih dalam tentang respon ketidakberdayaan yang dialami klien DM selama menjalani proses perawatan di beberapa rumah sakit yang ada di Provinsi Sulawesi Utara antara lain BLU RSUP Prof. dr. R.D Kandou di Kota Manado, RSU Bethesda di Kota Tomohon, RSUD Bitung di Kota Bitung dan RSUD DR.Sam Ratulangi Tondano di Kabupaten Minahasa.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, dapat diuraikan beberapa rumusan masalah dalam penelitian ini, bahwa penyakit DM tidak saja menjadi masalah kesehatan dinegara maju tetapi juga dihadapi oleh negara-negara berkembang termasuk Indonesia dengan jumlah penderita DM sebesar 6.963.300 orang. Jumlah tersebut diperkirakan akan terus meningkat sebesar 1-2 % pertahun dengan angka mortalitas sebesar 147.390 orang pertahun (IDF,2010). Di Indonesia, khususnya di Provinsi Sulawesi Utara menurut hasil riset kesehatan dasar pada tahun 2007, dilaporkan bahwa nilai prevalensi TGT total DM diatas nilai prevalensi nasional. Dapat

diperkirakan bahwa Provinsi Sulawesi Utara termasuk di antara 13 provinsi yang mempunyai penderita DM terbanyak di Indonesia. Dari proporsi hasil riset kesehatan dasar dikaitkan dengan hasil studi pendahuluan dapat diasumsikan bahwa klien DM yang sedang dirawat inap di rumah sakit umumnya belum mendapatkan sentuhan pelayanan keperawatan yang holistik termasuk masalah ketidakberdayaan sebagaimana filsafat logoterapi yang memandang manusia sebagai makhluk yang unitas bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. Hal tersebut diatas yang mendasari peneliti mengembangkan logoterapi dalam penelitian ini sebagai salah satu jenis terapi modalitas spesialis keperawatan untuk mengatasi respon ketidakberdayaan pada klien DM.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi generalis dan logoterapi individu terhadap respon ketidakberdayaan klien DM yang sedang menjalani proses perawatan di rumah sakit di Provinsi Sulawesi Utara.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah :

- 1.3.2.1 Diketuainya karakteristik umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama dirawat dan lama menderita pada klien DM di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.
- 1.3.2.2 Diketuainya respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok kontrol sebelum dan setelah dilakukan terapi generalis di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.
- 1.3.2.3 Diketuainya respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.

- 1.3.2.4 Diketuainya respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi setelah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.
- 1.3.2.5 Diketuainya perbedaan respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi sebelum dan setelah terapi generalis dan dilakukan logoterapi individu di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.
- 1.3.2.6 Diketuainya perbedaan respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Aplikasi logoterapi individu pada klien penyakit kronik diharapkan dapat meminimalkan respon ketidakberdayaan yang dialami klien DM sehingga jenis terapi ini bermanfaat sebagai :

- 1.4.1.1 Panduan bagi perawat profesional dalam mengembangkan model asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan logoterapi individu pada klien DM yang mengalami respon ketidakberdayaan selama menjalani proses perawatan di rumah sakit.
- 1.4.1.2 Dasar dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya kesehatan jiwa bagi klien DM dan klien lainnya dengan masalah psikososial di tatanan pelayanan keperawatan di rumah sakit umum.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Pendekatan dan metode logoterapi individu yang diaplikasikan pada klien DM yang mengalami respon ketidakberdayaan bermanfaat dalam hal aspek:

- 1.4.2.1 Pengembangan keilmuan keperawatan jiwa sebagai salah satu jenis terapi spesialis bagi klien DM yang mengalami perubahan psikososial khususnya respon ketidakberdayaan.
- 1.4.2.2 Penelitian yang dikembangkan dengan menggunakan metode dan teknik logoterapi pada klien DM sebagai sumber *evidence based nursing*.

1.4.3 Manfaat Metodologi

Perspektif pengembangan teori dan metode logoterapi individu secara metodologi bermanfaat :

- 1.4.3.1 Meningkatkan kemampuan perawat dalam mengembangkan terapi sejenis pada masalah keperawatan lainnya dalam mengatasi perubahan respon psikososial klien penyakit kronis.
- 1.4.3.2 Hasil penelitian ini bermanfaat sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya yang ingin mengembangkan terapi modalitas keperawatan spesialis lainnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan serta rujukan dalam penelitian, maka dalam bab ini akan dipaparkan tinjauan teoritis yang berkaitan dengan diabetes melitus, ketidakberdayaan dan tindakan keperawatan spesialis logoterapi. Adapun tinjauan teoritis tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

2.1 Diabetes Melitus (DM)

2.1.1 Karakteristik, Klasifikasi dan Manifestasi DM

2.1.1.1 Karakteristik DM

Penyakit DM adalah penyakit kronis akibat defisiensi sekresi insulin oleh sel beta di kelenjar pankreas. Normalnya kadar gula dalam darah adalah 70 sampai dengan 110 mg/dl (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2007). Penyakit DM merupakan kelompok penyakit metabolik yang dikarakteristikan dengan terganggunya sekresi insulin. Pada DM tipe 1 diperkirakan 5-10% terdiagnosa pada kasus tergantung pada insulin, dibandingkan dengan DM tipe 2 (90-95%), diabetes gestasional dan tipe spesifik DM lainnya (1-2%) yang tidak tergantung pada insulin (LeMone & Burke, 2008).

Karakteristik DM tipe 1 dan 2, diabetes gestasional dan tipe spesifik DM lainnya, menurut LeMone dan Burke (2008) dikarakteristikan berbeda namun memiliki manifestasi yang hampir sama yaitu ditandai oleh keadaan hiperglikemia dan hipoglikemia. Adapun perbedaan karakteristik DM tersebut diuraikan sebagai berikut :

1) Karakteristik DM tipe 1

Karakteristik DM tipe 1 adalah terjadi kerusakan pada sel beta lebih karena faktor predisposisi genetik dan

lingkungan, biasanya menyebabkan kekurangan insulin secara absolut. Kerusakan imun pada sel beta termasuk sel islet atau *islet cell autoantibodies* (ICAs) dan insulin *autoantibodies* (IAAs), biasanya bervariasi dan lebih cepat pada bayi dan anak-anak serta lebih lambat pada usia dewasa.

2) Karakteristik DM tipe 2

DM tipe 2 dikarakteristikan defisiensi insulin, tidak ada kerusakan kekebalan imun pada sel beta. DM tipe 2 dipengaruhi oleh faktor resiko seperti obesitas, usia, perubahan gaya hidup dan wanita dengan diabetes gestasional.

3) Karakteristik DM gestasional dan tipe spesifik lainnya

Diabetes gestasional disebabkan oleh toleransi glukosa pada awal kehamilan sedangkan DM tipe lain seperti kerusakan genetik pada sel beta dikarakteristikan oleh hiperglikemia pada usia kurang dari 25 tahun atau disebut *maturity of the young* (MODY).

Faktor kerusakan genetik insulin akibat hiperinsulinemia, diabetes karena penyakit pada pankreas disebabkan oleh pankreatitis, trauma, pankreatektomi dan kanker pankreas menyebabkan fibrosis *cystic* dan hemokromatosis pada sel beta dan kerusakan sekresi insulin. Demikian juga dengan DM karena infeksi disebabkan oleh virus *adenovirus*, *dilantin* dan *cytomegalovirus* yang merusak sel beta.

2.1.1.2 Klasifikasi DM

Klasifikasi DM tipe 1 atau diabetes *juvenile* atau insulin dependen diabetes *mellitus* (IDDM), DM tipe 2 di sebut non insulin dependen *diabetes mellitus* (NIDDM), gestational diabetes mellitus (GDM) dan diabetes tipe spesifik lain yaitu kerusakan genetik pada sel beta, kerusakan genetik pada insulin, penyakit eksokrin pankreas, gangguan endokrin (LeMone & Burke, 2008).

2.1.1.3 Manifestasi DM

Menurut LeMone dan Burke (2008), manifestasi DM tipe 1 dan tipe 2 ditandai dengan terakumulasinya glukosa dalam darah menyebabkan keadaan hiperglikemia dan hipoglikemia. Pada keadaan hipoglikemia terjadi peningkatan produksi keton ditandai dengan klien merasa muntah dan sakit, kelelahan, mengantuk, nyeri dada dan abdomen, sesak napas, napas bau keton bahkan koma diabetikum sedangkan berkurangnya cadangan energi terutama di jaringan otot ditandai dengan kelelahan, penurunan berat badan, dan menghambat pertumbuhan.

Pada keadaan hiperglikemia, meningkatnya jumlah glukosa dalam urin ditandai oleh poliuria, dehidrasi, sering merasa haus dan mulut, kulit dan selaput lendir kering. Selain itu didapatkan juga berkurangnya energi ditandai dengan berat badan menurun, kelelahan, penglihatan kabur, kesulitan dalam berkonsentrasi dan mudah tersinggung (Honas, 2004).

LeMone dan Burke (2008) mengatakan hiperglikemia yang disebabkan oleh hiperosmolaritas di dalam intrasel sehingga

tekanan volume darah dalam ginjal meningkat (osmotik diuretik) menyebabkan poliuria.

Kondisi lain adalah mulut menyebabkan meningkatnya kebutuhan cairan disebut polidipsi, polifagia, penglihatan kabur, mudah lelah, paratesia dan infeksi pada serta ketoasidosis diabetik. Gangguan sekresi insulin dan glukagon di pankreas yang terjadi pada klien dengan penyakit DM, akan mempengaruhi regulasi atau homeostatis glukosa darah sehingga klien DM mengalami keadaan hipoglikemia dan hiperglikemia yang berdampak pada perubahan fisiologis dan psikososial (LeMone & Burke, 2008; Honas, 2004).

2.1.2 Perubahan Fisiologis dan Dampak Psikososial Klien DM

2.1.2.1 Perubahan Fisiologis

Secara normal insulin merupakan regulator utama dalam mempertahankan kadar glukosa dalam darah pada rentang nilai 70 sampai dengan 110 mg/dl. Perubahan glukosa secara aktual berkaitan dengan defisiensi insulin oleh sel beta. Sel beta merupakan salah satu tipe sel dalam kepulauan Langerhans. Sel ini mengsekresi hormon insulin yang berfungsi menurunkan glukosa darah dan membantu meningkatkan penyerapan glukosa ke dalam sel sehingga tubuh dapat menyimpan cadangan glukosa sebagai glikogen di dalam hati dan otot (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2007).

Dua tipe sel lainnya yaitu sel alfa berfungsi menurunkan oksidasi glukosa dan meningkatkan kadar glukosa dalam darah. Sel alfa memproduksi hormon glukagon untuk menstimulasi glikogen dalam hati (glikogenolisis) dan mengubah lemak dan protein menjadi glukosa

(glukoneogenesis) jika kadar glukosa dibawah 70 mg/dl sedangkan sel delta memproduksi somatostatin yang diyakini sebagai neurotransmitter mengatur sekresi glukagon dan insulin (LeMone & Burke, 2008).

Pada keadaan hipoglikemia, cadangan glikogen yang disimpan dalam hati diubah menjadi glukosa sedangkan lemak diubah menjadi asam lemak dan keton, demikian juga cadangan protein yang disimpan otot diubah menjadi glukosa yang dapat digunakan sebagai energi terutama oleh otak (Honas, 2004).

2.1.2.2 Dampak Psikososial Klien DM

Kondisi stres dan ketegangan psikologis pada klien DM akan mempengaruhi hormon di dalam tubuh terutama hormon adrenalin. Hormon adrenalin yang diproduksi di kelenjar adrenal akan meningkatkan kadar glukosa darah (hiperglikemia) dengan memetabolisme glikogen dalam hati dan mengubahnya menjadi glukosa. Hormon adrenalin berfungsi untuk menstimulasi glukosa dari hasil metabolisme protein, mengurangi penyerapan glukosa dalam sel serta mengurangi produksi insulin pada kondisi normal yang menyebabkan hipoglikemia (Honas, 2004).

Perubahan psikososial pada klien DM terkait hipoglikemia dan hiperglikemia antara lain mudah tersinggung dan marah, merasa cemas, merasa pusing, sulit berkonsentrasi, pendengaran berkurang, merasa mengantuk, bingung, penilaian yang kurang terhadap diri sendiri dan mimpi buruk pada malam hari (Honas, 2004), Sedangkan LeMone & Burke (2008) menjelaskan bahwa kecemasan, gangguan

iritabilitas, kesulitan berpikir, kurang konsentrasi, perubahan emosional, bicara cadel berkaitan dengan respon sistem saraf otonom dan gangguan fungsi cerebral yang disebabkan oleh hipoglikemia.

LeMone & Burke (2008) mengatakan bahwa akibat kondisi hiperglikemia dan hipoglikemia akan memberi efek kronik pada klien oleh karena klien DM secara terus menerus selama hidupnya terpapar dengan kompleksnya perawatan diri terkait penyakit DM. Hal ini akan meningkatkan resiko depresi dan klien menunjukkan sikap negatif sebagai respon ketidakberdayaan terhadap penatalaksanaan DM.

Schub dan Caple (2010) dalam penelitian mengenai resiko gangguan psikiatrik pada DM tipe 2 menjelaskan bahwa umumnya klien beresiko mengalami perubahan kondisi psikiatrik. Gangguan psikiatrik antara lain gangguan skizofrenia afektif, gangguan bipolar tipe 1 (*manic depression*), perubahan emosional seperti stres termasuk kehilangan anggota keluarga, kehilangan berat badan, menurunnya motivasi dan perubahan gaya hidup.

Terkait dengan regulasi serum glukosa darah, Harper dan Jacques (2004, dalam LeMone & Burke, 2008) menjelaskan bahwa pentingnya mengendalikan serum glukosa. Serum glukosa beresiko tinggi mengakibatkan klien DM mengalami kondisi depresi. Untuk itu diperlukan pengkajian yang mendalam terkait kemampuan dan penatalaksanaan penyakit DM. Sedangkan Lewis, Heitkemper dan Dirksen (2008) menjelaskan bahwa koping dan toleransi stres pada klien DM berkaitan dengan depresi, iritabilitas dan apatis.

Kompleksnya perubahan fisiologis dan psikososial serta komplikasi secara progresif atau kronis pada klien DM tersebut diatas, tercermin respon yang menggambarkan batasan karakteristik ketidakberdayaan seperti yang dikemukakan oleh NANDA (2010) bahwa ketidakberdayaan berfluktuasi dari ringan, sedang dan berat sedangkan Carpenito (2008), Townsend (2009) dan Stuart (2001), menghubungkan dengan faktor-faktor yang mengakibatkan ketidakberdayaan sebagai dampak penyakit akut atau kronik.

Carpenito (2008), menjelaskan bahwa klien mengalami perasaan ketidakberdayaan secara subjektif maupun objektif. Sedangkan Miller (1991), mengemukakan bahwa ketidakberdayaan akan memberikan efek secara fisik dan mental bagi individu atau klien yang menderita penyakit kronis yang diindikasikan dengan menurunnya ketidakberdayaan sebagai respon perspektif teoritikal yang terintegrasi dalam sumber daya pasien (*patient power resources*) yang akan dibahas selanjutnya.

2.2 Ketidakberdayaan

2.2.1 Definisi Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan sebagai kondisi dimana individu atau kelompok merasa kekurangan kontrol atas pribadi atau situasi yang memberi dampak pada pandangan, tujuan dan gaya hidup (Carpenito, 2008). Sedangkan NANDA, (2010) mendefinisikan bahwa ketidakberdayaan adalah persepsi bahwa tindakan seseorang secara signifikan tidak akan memengaruhi hasil, persepsi kurang kendali terhadap situasi saat ini atau situasi yang akan segera terjadi. Ketidakberdayaan didefinisikan dengan menurunnya persepsi seseorang atas tindakan, sikap dan hasil yang diharapkan (Nystrom dan Segesten, 1994; Labkin & Larsen,

2006). Berdasarkan beberapa definisi tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa ketidakberdayaan merupakan defisit kontrol internal dan eksternal atas persepsi individu atau klien pada kondisi yang tidak berdaya yang diverbalisasi secara eksplisit berupa perubahan emosional dan perilaku.

2.2.2 Batasan Karakteristik Ketidakberdayaan dan Respon ketidakberdayaan

Berikut ini akan diuraikan batasan karakteristik ketidakberdayaan dan respon ketidakberdayaan masing-masing oleh Carpenito (2008), NANDA (2010) dan Miller (1991).

2.2.2.1 Batasan karakteristik ketidakberdayaan

Carpenito (2008), menguraikan batasan karakteristik ketidakberdayaan yang harus didapatkan pada ketidakberdayaan sebagai karakteristik mayor dan kemungkinan yang didapatkan sebagai karakteristik minor. Adapun batasan karakteristik sebagai berikut :

1) Karakteristik Mayor

Batasan karakteristik mayor yang harus didapatkan pada ketidakberdayaan yaitu mengekspresi secara terbuka perilaku marah, mengekspresi secara tertutup sikap apatis, mengekspresi ketidakpuasan atas ketidakmampuan mengontrol berkaitan dengan situasi penyakit, prognosis, perawatan, bekerja dan perkembangan perawatan yang berdampak negatif terhadap pandangan dan gaya hidup.

2) Karakteristik Minor

Batasan karakteristik minor yang harus didapatkan pada ketidakberdayaan yaitu kurangnya perilaku mencari informasi, apatis, marah, depresi, pasif, cemas, perilaku menyakiti, perilaku yang meledak-ledak, pengunduran diri,

ketergantungan yang tidak memuaskan pada individu yang lain

2.2.2.2 Menurut NANDA

National Association Nursing Diagnoses of American (NANDA, 2010), mendeskripsikan batasan karakteristik ketidakberdayaan ringan, sedang dan berat sebagai berikut :

- 1) Karakteristik ketidakberdayaan ringan antara lain mengekspresi ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi, pasif
- 2) Karakteristik ketidakberdayaan sedang antara lain marah, ketergantungan pada orang lain yang dapat mengakibatkan iritabilitas, tidak melakukan praktik perawatan diri ketika ditantang, tidak memantau kemajuan, ekspresi ketidakpuasan terhadap ketidakmampuan melakukan aktifitas sebelumnya, ekspresi keraguan tentang melakukan tugas sebelumnya, ekspresi keraguan tentang penampilan peran, ekspresi frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan aktivitas sebelumnya, ekspresi frustrasi terhadap ketidakmampuan melakukan tugas sebelumnya, takut dijauhkan dari pemberi asuhan, rasa bersalah, ketidakmampuan mencari informasi tentang asuhan, pasif, enggan mengungkapkan.
- 3) Karakteristik ketidakberdayaan berat antara lain apatis, depresi terhadap kondisi buruk secara fisik, menyatakan tidak memiliki kendali misalnya terhadap perawatan diri, situasi dan hasil.

2.2.2.3 Respon Ketidakberdayaan

Miller (1991), mengemukakan ketidakberdayaan didasarkan atas respon verbal, emosional, partisipasi dalam aktivitas sehari-hari serta tanggung jawab dalam keterlibatan perawatan sebagai berikut :

- 1) Respon verbal meliputi; ekspresi secara verbal atas kurangnya kontrol atas apa yang terjadi, ekspresi secara verbal keraguan atas langkah-langkah perawatan diri dapat mempengaruhi hasil, ekspresi secara verbal sikap pasrah, ekspresi fatal.
- 2) Respon emosional meliputi; menarik diri, pesimis, ketidakmampuan membedakan marah, Kurangnya interaksi yang diprakarsai pasien, ketidakpatuhan klien.
- 3) Partisipasi dalam aktifitas sehari-hari meliputi; tidak berpartisipasi kebersihan diri sehari-hari, tidak tertarik dengan pengobatan, menolak mengambil makanan atau minuman, ketidakmampuan menetapkan tujuan, kurang mengambil keputusan saat diberi kesempatan, ketergantungan pada orang lain dalam kegiatan sehari-hari.
- 4) Tanggung jawab melibatkan diri dalam perawatan meliputi ; kurangnya bertanya tentang penyakit kronis, rendahnya tingkat pengetahuan tentang penyakit kronis setelah diberikan informasi, kurangnya pengetahuan berhubungan dengan pengobatan, kurangnya motivasi diri untuk belajar.

2.2.3 Sumber Daya Klien

Sumber kekuatan atau daya individu (*patient power resources*) sebagai strategis koping yang digunakan ketika menghadapi situasi penyakit kronis oleh Miller (1991) terdiri dari: kekuatan fisik, daya tahan psikologis, konsep diri positif, pengetahuan dan wawasan, motivasi dan sistem keyakinan.

2.2.3.1 Kekuatan Fisik

Kekuatan fisik sebagai salah satu sumber daya klien mengacu pada kemampuan individu secara optimal. Bila sistem pertahanan tubuh terganggu oleh penyakit maka kemampuan fisik individu akan menurun seiring dengan status kesehatan. Selanjutnya tubuh akan menjaga keseimbangan secara fisik ketika dihadapkan dengan ancaman yang mengganggu kesehatan. Sebagai contoh klien *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) dengan pengobatan yang lama dengan obat-obatan *imunosupresif* masih memiliki kekuatan dan pertahanan terhadap infeksi.

2.2.3.2 Daya tahan psikologis dan dukungan sosial

Daya tahan secara psikologis mengacu pada ketahanan yang unik pada manusia, meskipun secara psikologis klien menghadapi kondisi ketidakpastian terhadap penyakit kronis namun pada beberapa klien masih dapat menjaga dan mempertahankan keseimbangan psikologis (Miller, 1991).

Menurut Weiss (1974, dalam Miller, 1992) bahwa klien dengan kondisi penyakit kronis, membutuhkan dukungan sosial yang mengacu pada kualitas hubungan, integrasi sosial, kepedulian orang lain, dukungan emosional dan dukungan informasi. Sedangkan Cohen dan Syme (1985, dalam Miller, 1992), menjelaskan bahwa dukungan sosial sebagai penyanggah

pada kondisi stres menghadapi penyakit dalam meningkatkan kondisi kesehatannya.

2.2.3.3 Konsep Diri Positif

Menurut Rosenberg (1979, dalam Miller, 1991) konsep diri adalah keseluruhan pikiran dan perasaan tentang diri dengan komponen-komponen antara lain gambaran diri, penampilan diri dan personal diri yaitu moral diri, ideal diri dan harapan diri sendiri serta harga diri.

2.2.3.4 Energi

Ryden (1997, dalam Miller, 1991), mengemukakan bahwa keseimbangan sumber energi seperti nutrisi, air, istirahat dan motivasi sebagai sebuah sistem dalam kapasitasnya dibutuhkan tubuh untuk kegiatan fisik dan aktifitas sehari-hari. Tidak adanya energi sebagai kebutuhan yang paling mendasar untuk mempertahankan keseimbangan fisik akan berdampak pada ketidakberdayaan individu.

2.2.3.5 Pengetahuan dan wawasan

Johnson (1979, dalam Miller, 1991), mengemukakan bahwa klien yang memiliki pengetahuan dan wawasan tentang apa yang terjadi dalam proses penyakitnya, akan lebih mudah mengendalikan dan membantu meringankan kecemasan serta memiliki harapan yang akurat dalam mengantisipasi kecemasan pada kondisi stres.

Pengetahuan dan wawasan yang luas akan mengembangkan pola kognitif dalam menginterpretasi isyarat fisik dan psikologis sehingga memungkinkan klien menemukan makna terkait dengan penyakit, terlibat dalam pengambilan

keputusan serta mencari alternatif sebagai konsekuensi dalam mengantisipasi tindakan yang tepat untuk mengontrol gejala dan menjaga keseimbangan psikologis (Turk 1979 ; Miller, 1991).

2.2.3.6 Motivasi

Teori motivasi dikemukakan oleh Deci (1976, dalam Miller, 1991), didasarkan pada kompetensi yang mengacu pada kemampuan individu memanipulasi lingkungan secara efektif. Setiap manusia memiliki keinginan untuk mencapai standar, memprediksi masa depan, dan mendefinisikan diri serta termotivasi untuk memenuhi kebutuhannya secara materi (Kagan, 1972 ; Miller, 1991).

Motivasi pada klien penyakit kronis adalah penting dalam memaksimalkan potensi diri, meningkatkan peran sosial dan pekerjaan, mengembangkan rasa percaya diri. Motivasi juga diperlukan untuk mempelajari keterampilan baru dan terlibat dalam terapi secara humanistik berarti motivasi sangat relevan untuk perawat dan merupakan salah satu aspek yang memungkinkan individu berperilaku, dalam memberdayakan dirinya (Miller, 1992).

2.2.3.7 Sistem Keyakinan

Sistem keyakinan individu meliputi kepercayaan pada Tuhan untuk memberikan kekuatan dan kemampuan dalam mengatasi stres. Keyakinan akan regimen terapeutik meningkatkan sugesti efektif atas perawatan, keyakinan dan kemampuan dalam diri. Kraines (1943, dalam Miller, 1991), menyatakan jika klien memperoleh dukungan moral dan

sangat meyakini pemberi perawatan maka klien akan dapat menghadapi masalahnya melalui keseimbangan batin.

Menurut Frank (1947, dalam Miller, 1991) harapan klien mempengaruhi hasil terapi yang akan memiliki efek berupa sikap optimis tentang pengobatan. Sikap optimis klien akan membangun nilai spiritual dengan Tuhan sehingga akan membangkitkan efek penyembuhan bagi klien dengan penyakit kronis yang membutuhkan keyakinan dari perasaan isolasi, kesepian dan penderitaan.

2.2.4 Isu–Isu Ketidakberdayaan Pada Penyakit Kronis

Terdapat beberapa isu yang berhubungan dengan ketidakberdayaan, menurut terdiri dari: faktor fisiologi, regimen terapeutik medis, kehilangan, kurang pengetahuan, sistem layanan kesehatan, isu sosial, kehilangan sumber daya dan ketidakpastian (Lubkin dan Larsen, 2006). Adapun faktor-faktor tersebut diuraikan sebagai berikut :

2.2.4.1 Faktor Fisiologi

Menurut Strauss (1984, dalam Lukbin & Larsen, 2006), dalam kerangka berpikirnya terkait penyakit kronik yang masih relevan hingga saat ini. Strauss mengemukakan terdapat dua komponen terkait faktor fisiologi, yaitu pencegahan krisis medis dan mengendalikan gejala-gejala nyeri akut dan kronis, mual, muntah, anoreksia, kelelahan dan gangguan fungsional.

2.2.4.2 Regimen Penatalaksanaan Medis

Menurut Strauss (1984, dalam Lukbin & Larsen, 2006), mengidentifikasi regimen dan permasalahannya sebagai suatu komponen dalam penyakit kronik yang berhubungan dengan ketidakberdayaan. Strauss menganalogkan dengan

klien kanker yang mendapatkan kemoterapi dan akibat terapi radiasi yang berdampak pada gejala-gejala lain, keterbatasan aktifitas akibat efek regimen terapi tersebut.

2.2.4.3 Kehilangan

Diagnosa penyakit kronik mengindikasikan kehilangan harapan dan masa depan, menurunnya pendapatan, menurunnya kemampuan seksual dalam hubungan intim, mengalami keterbatasan, menurunnya kualitas hidup, tergantung pada orang lain dan kehilangan harga diri (Larke & James, 2003 ; Lukbin & Larsen, 2006).

Clarke dan James (2003, dalam Lukbin & Larsen, 2006), menjelaskan di saat klien didiagnosa dengan penyakit kronis akan merasakan ada sesuatu yang hilang dalam diri klien seperti menghadapi kematian sehingga klien dan keluarga akan mengungkapkan perasaan berduka.

2.2.4.4 Kurang Pengetahuan

Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan terhadap faktor fisiologis penyakit berdampak juga pada pemberian edukasi di rumah sakit dimana klien dan keluarga tidak memiliki kesempatan memperoleh edukasi tentang diagnosa dan regimen terapi yang akurat. Hal ini akan menyebabkan perasaan tidak berdaya (Lukbin & Larsen, 2006).

2.2.4.5 Sistem Layanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan mempunyai kontribusi pada perasaan ketidakberdayaan. Rasa frustrasi dan ketidakmampuan menjadi halangan saat mengakses, menerima dan membayar kompensasi atas sistem pelayanan

kesehatan semakin menambah perasaan tidak berdaya (Dunn et al, 1998; Lukbin & Larsen, 2006).

2.2.4.6 Isu-isu Sosial

Stigma yang melekat pada klien dengan penyakit kronis dan isu sosial yang berkembang terkait kemampuan untuk mengakses sarana publik, pusat pembelanjaan dan lain-lain merupakan konflik secara langsung pada klien penyakit kronis (Lubkin & Larsen, 2006).

2.2.4.7 Kehilangan Sumber Daya

Menurut Israel et al (1994, dalam Lukbin & Larsen, 2006), menjelaskan bahwa kehilangan sumber daya seperti uang, transportasi, asuransi kesehatan, sumber material dan sosial support turut juga memberi kontribusi pada perasaan tidak berdaya.

Kehilangan sumber daya pada klien penyakit kronis akan membatasi kemampuan individu mengakses layanan yang dibutuhkan termasuk layanan kesehatan fisik, kehilangan sumber daya manusia, keluarga teman yang menyebabkan klien merasa terisolasi dari lingkungan sosial (Nyamathi et al, 1999 ; Lukbin &Larsen, 2006)

2.2.4.8 Ketidakpastian

Mishel (1999, dalam Lukbin & Larsen, 2006), menjelaskan konsep ketidakpastian karena penyakit kronis akan berdampak pada perasaan ketidakberdayaan. Terdapat tiga aspek yang menyebabkan ketidakpastian yaitu tingkat keparahan penyakit, gejala yang tidak alamiah, gejala yang tidak pasti.

2.2.5 Strategi Keperawatan Mengatasi Respon Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan merupakan perasaan yang absolut yang diekspresikan melalui sikap dimana seseorang atau klien akan menghadapi suatu situasi dengan mengeksplorasi pengalaman perasaan ketidakberdayaannya termasuk dalam menghadapi tren isu yang turut menjadi andil penyebab rasa tidak berdaya. Menurut Miller (1991), terdapat beberapa kategori strategi yang bertujuan untuk meningkatkan ketidakberdayaan yaitu :

2.2.5.1 Memodifikasi Lingkungan

Perawat perlu memodifikasi lingkungan ruangan di rumah sakit seperti menyiapkan bel untuk panggilan, telepon dan semua kebutuhan yang diperlukan klien menyerupai lingkungan rumah, diperlukan untuk kenyamanan klien dan meminimalkan perasaan ketidakberdayaan.

2.2.5.2 Menetapkan Tujuan yang Realistis

Setiap individu ingin dihargai dan menetapkan tujuan yang realistis sehingga memberikan peluang bagi klien dalam berpartisipasi total dalam mengidentifikasi tujuan yang saling menguntungkan antara perawat dan klien dengan memvalidasi pengkajian. dan mengkonfirmasi kembali dianggap sebagai sesuatu kekuatan yang unik dalam meningkatkan asumsi responsibilitas terhadap hasil yang dicapai klien.

2.2.5.3 Meningkatkan Pengetahuan

Pengetahuan merupakan sumber daya untuk mengontrol situasi sebagai upaya meningkatkan pengetahuan tentang situasi saat individu mengalami perasaan tidak berdaya. Klien dengan penyakit kronis sangat membutuhkan beberapa

informasi pengetahuan tentang penyakit serta penatalaksanaannya sehingga dapat mengambil keputusan dan tindakan yang relatif terkait penyakit kronisnya.

Kemampuan mengambil keputusan dan tindakan diperlukan klien untuk dapat mengendalikan perasaan tidak berdaya. Perubahan informasi secara psikologis, respon positif terhadap terapi dan hasil terapi dapat meningkatkan kontrol persepsi klien.

2.2.5.4 Meningkatkan Kepekaan Tim Kesehatan

Faktor sistem pelayanan kesehatan secara signifikan mempengaruhi penyebab ketidakberdayaan pada klien dengan penyakit kronis termasuk lingkungan rumah sakit yang bersih dapat meningkatkan rasa tidak berdaya. Tim kesehatan yang profesional sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kepekaan karena ketidakberdayaan dengan menjalin hubungan yang humanistik dengan klien

2.2.5.5 Mendorong Mengekspresikan Perasaan Secara Verbal

Mengekspresikan perasaan tidak berdaya merupakan dasar dalam mengatasi masalah diharapkan meningkatkan dan mengendalikan perasaan ketidakberdayaan klien. Klien mungkin mengidentifikasi faktor yang turut mempengaruhi perasaan ketidakberdayaan dan mencari alternatif pemecahannya. Sikap terbuka klien dilaporkan dapat mengatasi rasa ketidakberdayaan pada kondisi seperti ansietas yang digeneralisir secara verbal.

2.3 Tindakan Keperawatan Generalis dan Spesialis

2.3.1 Tindakan keperawatan generalis menurut Carpenito

Adapun komponen tindakan keperawatan generalis yang diuraikan oleh Carpenito (2008) meliputi :

2.3.1.1 Pengkajian terhadap faktor-faktor penyebab dan penunjang terkait kurang pengetahuan, pola koping yang tidak adekuat sebelumnya dan kekurangan kesempatan membuat keputusan, yaitu :

- 1) Mengurangi faktor-faktor penunjang kurang pengetahuan dengan meningkatkan komunikasi yang efektif antara klien dan perawat
- 2) Menjelaskan semua prosedur, peraturan dan pilihan pada individu
- 3) Membantu untuk mengantisipasi sensasi realistis yang akan terjadi selama pengobatan
- 4) Menyediakan waktu untuk menjawab pertanyaan
- 5) Mendorong untuk menuliskan pertanyaan, informasikan tentang kondisi, pengobatan dan hasil.

2.3.1.2 Faktor-faktor yang terkait dengan memberi kesempatan pada klien untuk mengontrol keputusan, yaitu :

- 1) Izinkan klien memanipulasi lingkungan sekitarnya
- 2) Diskusikan rencana sehari-hari
- 3) Tingkatkan kesempatan membuat keputusan sesuai kemajuan individu
- 4) Beri kesempatan klien dan keluarga mengekspresikan perasaannya
- 5) Beri kesempatan berpartisipasi dalam perawatan
- 6) Beri *reinforcement* positif dan hargai peningkatan atau pencapaian.

2.3.2 Tindakan keperawatan generalis menurut Ackley dan Ladwig

Menurut Ackley dan Ladwig (2010), tindakan keperawatan terkait ketidakberdayaan adalah :

- 1) Observasi faktor pendukung ketidakberdayaan seperti imobilitas, hospitalisasi, ketidakjelasan prognosis, kurangnya support sistem, kesalahan informasi tentang: situasi, rutinitas yang tidak fleksibel dan penyakit kronis.
- 2) Kaji kebutuhan yang tidak terpenuhi terkait perilaku klien atau hilangnya daya
- 3) Kaji *lokus* kontrol terkait kesehatan klien
- 4) Jalin hubungan terapeutik dengan klien, pemberi layanan dan menjaga komitmen
- 5) Dorong klien membagi pengalaman, keyakinan tentang penyakit kronis
- 6) Bantu klien secara spesifik menetapkan tujuan dan prioritas kesehatan yang ingin dicapai dan identifikasi tujuan tindakan yang ingin dicapai.
- 7) Kenali kebutuhan klien dalam menggali pengalaman perilakunya
- 8) Dorong klien melakukan aktivitas sehari-hari
- 9) Berikan pujian yang realistis
- 10) Evaluasi implementasi ketidakberdayaan, melihat setiap perubahan pada klien seperti hubungan dengan orang lain dan perilaku klien
- 11) Kaji rencana keperawatan terkait keputusan dan distres spiritual

2.3.3 Tindakan Keperawatan Spesialis : Logoterapi

Manusia sebagai makhluk istimewa memiliki berbagai kemampuan dan daya yang istimewa pula untuk menemukan makna hidup dan menetapkan tujuan hidup sebagai upaya untuk mengembangkan hidup yang bermakna (*the meaningful life*). Hasrat untuk hidup bermakna

adalah tema sentral logoterapi yang menjelaskan motivasi utama manusia dalam meraih kehidupan bermakna dan bahagia. Untuk memahami bagaimana seseorang atau individu dapat hidup lebih bermakna, akan diuraikan pemahaman tentang : karakteristik manusia dalam kajian filsafat logoterapi, landasan filsafat logoterapi, sumber makna hidup dalam logoterapi, metode dan aplikasi klinis logoterapi.

2.3.3.1 Karakteristik Manusia Dalam Kajian Filsafat Logoterapi

Pandangan logoterapi tentang manusia dikenal sebagai *logophilosophy* atau filsafat logoterapi dalam perkembangannya dipengaruhi pandangan filsafat lain diantaranya John Butler (*hedonix paradox*), G.W. Allport (personalisme), Max Scheler (fenomenologi) dan aliran *eskistensial* oleh Friedrich Nietzsche.

Logoterapi yang didirikan oleh Viktor Frankl banyak mendapat pengaruh dari fenomenolog Max Scheler mengenai dimensi spiritual, makna hidup, pengalaman langsung atas hal-hal yang terjadi dalam kehidupan seseorang (Bastaman, 2007). Berikut ini akan diuraikan pandangan logoterapi tentang manusia dikenal dengan filsafat logoterapi :

- 1) Manusia sebagai Unitas bio-psiko-sosiokultural-spiritual
Manusia merupakan kesatuan utuh dimensi ragawi, kejiwaan dan spiritual atau disebut unitas bio-psiko-sosiokultural-spiritual. Frankl (1959, dalam Lewis, 2011), memandang manusia itu unik yang terdiri dari ragawi, psikis dan spirit dengan memiliki tiga segmen kesadaran manusia yaitu alam sadar (*conscious*), alam pra sadar (*preconscious*) dan alam tidak sadar (*unconscious*).

Manusia merupakan makhluk yang luar biasa yang mampu melakukan transendensi diri dan perbuatan luar biasa pula karena adanya karunia potensi spiritual dalam dirinya.

Trasendensi diri dalam kehidupan sehari dikaitkan dengan perbuatan merenungkan keadaan diri sendiri dan mendambakan kondisi diri seperti yang diidam-idamkan, menyukai atau tidak menyukai diri sendiri serta. menilai diri sendiri dengan tolok ukur moralitas. Dengan kemampuan transendensi diri manusia mampu keluar dan membebaskan diri dari kondisi raga, jiwa dan lingkungan untuk melakukan komitmen dengan nilai-nilai dan makna hidup yang layak diraih (Bastaman, 2007).

Dimensi spiritual dalam filsafat logoterapi merupakan dimensi yang lebih tinggi daripada dimensi jiwa dan raga. Menurut Fabry (1980, dalam Bastaman, 2007) dimensi spiritual mengatasi dan mencakup dimensi kejiwaan dan dimensi ragawi. Fabry mencontohkan daya pikir dan daya rasa lebih luas dan lebih mendalam ketimbang kekuatan raga tetapi daya rohani jauh lebih tinggi dari pemikiran, perasaan dan raga. Jangkauan raga serba terbatas, jangkauan pikiran jauh lebih luas tetapi jangkauan rohani hampir tak terbatas yang dalam pandangan logoterapi manusia adalah makhluk istimewa yang memiliki berbagai kemampuan dan daya-daya istimewa.

2) Manusia Memiliki Dimensi Spiritual

Dimensi spirituality dalam pandangan logoterapi tidak mengandung konotasi keagamaan karena dimensi ini dimiliki oleh manusia tanpa memandang ras, ideologi, agama dan keyakinan. Dimensi spiritual bercorak antropologi bukan teologis, bersifat sekuler disebut *noetic* sebagai padanannya. Fenomena spiritual ditinjau dari segi medik berarti sumber kesehatan (*the source of health*)

yang tidak pernah terkena sakit sekalipun klien menderita sakit secara fisik dan mental (Bastaman, 2007).

Logoterapi memperluas konsep psikoanalisis mengenai sistem dan strata kesadaran dengan mengintegrasikan dimensi *noetik* kedalamnya. Menurut Fabry (1980, dalam Bastaman, 2007), logoterapi mengakui sepenuhnya teori psikoanalisa mengenai kesadaran manusia yaitu alam sadar (*the conscious mind*) dan alam tidak sadar (*the unconscious mind*) yang dapat ditembus oleh (*permeable*). Gambar tersebut diatas, mendeskripsikan bahwa alam sadar dapat masuk mengendap ke alam tak sadar melalui proses *respression* dan sebaliknya hal-hal yang ada dalam alam tak sadar dapat keluar dan mengapung ke alam sadar melalui *de-repression*.

Insting merupakan reaksi terhadap dorongan berbagai kebutuhan (*need*) seperti kenikmatan (*the will to pleasure*), kekuasaan (*the will to power*), dan aktualisasi diri (*self actualization*). Tindakan manusia seakan-akan terdorong atau didorong (*driven*) keatas oleh kebutuhannya. Dilain pihak tindakan-tindakan *noetik* merupakan respons yang benar-benar disadari seperti mengambil tanggung jawab, menerima komitmen, menentukan pribadi dan melakukan *transendensi* diri untuk memenuhi motivasi utama manusia yaitu untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) yang secara sadar berusaha meraih hidup bermakna atau *the meaningful life* (Bastaman, 2007).

3) Manusia Memiliki *Self Detachment*

Dimensi *noetik* menjelaskan bahwa manusia mampu melakukan *self detachment* yakni manusia secara sadar mengambil jarak terhadap dirinya serta mampu meninjau dan menilai dirinya seperti mengenali keunggulan dan kelemahan sendiri serta merencanakan masa depan untuk mengubah kondisi buruk saat ini agar lebih baik lagi.

Kemampuan manusia ini disebut transendensi diri (*self transcendence*) yang memungkinkan manusia mampu mengalihkan dimensi yang diartikan bahwa manusia mampu melepaskan perhatian dari kondisi saat ini dan memusatkan perhatian kepada kondisi diri yang diidamkan dari aktualisasi diri ke ideal diri (Bastaman, 2007).

4) Manusia Sebagai Makhluk Terbuka

Manusia senantiasa berinteraksi dengan sesama manusia dalam lingkungan sosial budaya serta mampu mengolah lingkungan fisik sekitarnya. Keterbukaan ini menyebabkan manusia senantiasa melibatkan dirinya dengan berbagai nilai sosial budaya dan menentukan hal-hal yang bermakna dalam hidupnya yang dalam logoterapi dapat dicapai melalui karya bermanfaat dan kebajikan pada orang lain, meyakini dan menghayati keindahan, kearifan dan cinta kasih serta mengambil sikap yang tepat atas penderitaan yang tidak dapat dihindarkan lagi (Bastaman, 2007).

2.3.3.2 Landasan Filsafat Logoterapi

Landasan filsafat logoterapi menurut Frankl (1969, dalam Lewis, 2011) menekankan pada tiga asumsi dasar yaitu : kebebasan berkehendak (*freedom of the will*), hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) dan makna hidup (*the meaning of life*). Tiga asumsi dasar tersebut merupakan motivasi utama manusia guna meraih taraf kehidupan bermakna (*the meaningful life*) dan dianggap sebagai gambaran kepribadian yang ideal. Menurut Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007), menjelaskan bahwa logoterapi memiliki filsafat manusia yang melandasi asas-asas, ajaran dan tujuan logoterapi sebagai berikut :

1) Kebebasan Berkehendak (*the freedom of will*)

Kebebasan sifatnya bukan tak terbatas karena manusia adalah makhluk terbatas meskipun memiliki potensi luar biasa. Frankl (1969, dalam Lewis, 2011), menjelaskan bahwa kebebasan bukan saja terbebas dari kondisi sakit, rasa bersalah dan kematian tetapi kebebasan mengaktualisasi nilai-nilai kehidupan sebagai suatu peluang.

Selanjutnya, Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007) menekankan bahwa kebebasan manusia menentukan sikap terhadap kondisi lingkungan maupun diri sendiri artinya manusia dalam batas-batas tertentu memiliki kemampuan dan kebebasan untuk mengubah kondisi hidupnya guna meraih kehidupan yang berkualitas disertai rasa tanggung jawab agar tidak berkembang menjadi kesewenang-wenangan.

Menurut Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007) menekankan bahwa manusia memiliki keterbatasan dalam aspek ragawi, kejiwaan dan kerohanian. Keterbatasan aspek ragawi meliputi tenaga, daya tahan, stamina, usia sedangkan keterbatasan aspek kejiwaan meliputi keterbatasan dalam hal kemampuan, ketrampilan, kemauan, ketekunan, bakat, sifat, tanggungjawab pribadi dan keterbatasan aspek kerohanian menjelaskan manusia juga mengalami keterbatasan dalam hal iman, ketaatan beribadah dan cinta kasih.

2) Hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*)

Hidup bermakna merupakan gerbang kearah kepuasan dan kebahagiaan hidup sebagai ganjarannya karena setiap manusia menginginkan dirinya menjadi orang yang bermartabat dan berguna bagi dirinya, keluarga, masyarakat disekitarnya dan berharga di mata Tuhan (Bastaman, 2007).

Menurut Lewis (2011), hasrat untuk hidup bermakna merupakan dasar motivasi utama manusia menemukan kehidupan yang bermakna diyakini memiliki karakteristik objektif terhadap lingkungannya. Sedangkan menurut Bastaman, (2007). manusia memang mendapat pengaruh lingkungan tetapi manusia pun mampu mempengaruhi lingkungan dan dapat mengambil sikap, memberikan respons serta melakukan tindakan atas kemauan sendiri.

Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007), menjelaskan bahwa jika manusia memenuhi hasrat untuk hidup bermakna maka kehidupan akan dirasakan sangat berguna, berharga

dan berarti (*meaningful life*) dan penghargaannya adalah kebahagiaan (*happiness*) sebaliknya jika tidak terpenuhi akan menyebabkan kehidupan dirasakan tak bermakna (*meaningless*).

Kehidupan tak bermakna (*meaningless*) dimanifestasikan dengan kekecewaan, kehampaan hidup, gersang, merasa tak memiliki tujuan hidup, merasa hidupnya tidak berarti, bosan dan apatis (Frankl, 1973; Bastaman, 2007). Jika kondisi ini tidak teratasi dan berlarut larut akan menjelma menjadi mejadi gangguan neurosis noogenik, karakter totaliter dan konformis.

Gangguan neurosis noogenik dimanifestasikan dengan keluhan serba bosan, hampa, keputusasaan, kehilangan minat, kehilangan inisiatif, merasa hidup tidak berarti, merasa kehidupan sehari-hari sebagai rutinitas disertai perasaan seakan-akan dirinya tak pernah mencapai kemajuan apapun dalam hidupnya bahkan prestasi yang pernah dicapai dirasakan tidak ada harganya sama sekali dan sikap acuh tak acuh berkembang, rasa tanggung jawab terhadap diri sendiri dan lingkungannya seakan-akan menghilang (Frankl, 1973 ; Bastaman, 2007).

Frankl (2003, Bastaman, 2007), menjelaskan bahwa neurosis noogenik muncul sebagai akibat konflik moral dan berbeda dengan neurosis psikogenik tetapi lebih pada *noological* dari bahasa Yunani “*noos*” yang berarti dimensi pikiran dari keberadaan manusia yang dalam istilah logoterapi berkaitan dengan sisi spiritual.

Karakter totaliter mencerminkan gambaran pribadi yang memiliki kecenderungan memaksakan tujuan, kepentingan, kehendaknya sendiri dan tidak bersedia menerima masukan dari orang lain. Sebaliknya karakter konformis menjelaskan pribadi yang cenderung kuat untuk selalu berusaha mengikuti dan menyesuaikan diri terhadap tuntutan lingkungan sekitarnya meskipun berawal dari kekecewaan dan kehampaan hidup sebagai akibat tidak berhasilnya memenuhi motivasi utama yaitu hasrat untuk hidup bermakna (Bastaman, 2007).

3) Makna hidup (*the meaning of life*)

Makna hidup memiliki karakteristik karena sifatnya unik, pribadi dan temporer, spesifik dan nyata, pedoman dan arah. Bastaman (2007) memberi penekanan pada karakteristik makna hidup tersebut mengandung arti bahwa, apa yang dianggap berarti belum tentu berarti bagi orang lain karena makna hidup seseorang dan apa yang bermakna bagi dirinya sifatnya khusus, berbeda dan tak sama dengan makna hidup orang lain dari waktu ke waktu akan berubah. Makna hidup tidak dapat diberikan oleh siapa pun melainkan harus dicari, dijajaki dan ditemukan sendiri.

Frankl (2003, dalam Bastaman, 2007), mengemukakan bahwa makna hidup selalu berubah bahkan tidak pernah berhenti melalui tiga cara yang berbeda yaitu; melakukan suatu perbuatan dengan cara mencapai prestasi, dengan mengalami sebuah nilai seperti bekerjanya alam atau kebudayaan dan pengalaman seseorang dan makna penderitaan diartikan dengan mengaktualisasikan nilai

tertinggi melalui situasi yang tidak terhindarkan, nasib yang tidak pernah berubah, penyakit yang tidak terobati.

Individu yang mampu menghayati hidup bermakna menunjukkan corak kehidupan penuh semangat dan tanggung jawab, penuh gairah hidup dan jauh dari perasaan hampa dalam menjalani kehidupan sehari-hari dan pada akhirnya akan menimbulkan perasaan kebahagiaan (*happiness*).

Meskipun pada suatu saat berada dalam situasi yang tidak menyenangkan atau mengalami penderitaan, individu tersebut akan menghadapinya dengan sikap tabah serta sadar bahwa ada hikmah yang tersembunyi di balik penderitaannya sehingga makna hidup yang diraih melalui sumber-sumber makna hidup merupakan hal yang sangat berharga dan bernilai tinggi (Bastaman, 2007). Dapat disimpulkan bahwa makna hidup itu ternyata ada dalam kehidupan kita sebagai individu dalam setiap keadaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan.

2.3.3.3 Indikasi Logoterapi

Logoterapi diindikasikan untuk mengatasi gangguan neurosis somatogenik, neurosis psikogenik dan neurosis noogenik pada kasus obsesi kompulsi, insomnia, kecemasan, phobia, depresi (Bastaman, 2007). Institut Viktor Frankl mempublikasi studi kasus sejak tahun 1996 sampai dengan 2010 menggunakan pendekatan logoterapi pada masalah dan diagnosis : koping pada penyakit kronis terminal, koping pada penyakit fisik kronis, proses berduka atau berkabung, depresi, *post traumatic syndrome disorder* (PTSD), manajemen stress, pencegahan dan pemulihan akibat

ketergantungan alkohol, gangguan personal, gangguan obsesi kompulsi dan fobia (Lewis, 2011).

2.3.3.4 Teknik Logoterapi

Teknik yang digunakan dalam logoterapi untuk mengidentifikasi menurut Frankl (1979 dalam Bastaman, 2007) mengemukakan metode dan aplikasi klinik logoterapi antara lain *paradoxical intention*, *dereflection* dan *medical ministry*. Berikut ini akan dijelaskan beberapa metode tersebut yang diaplikasi secara klinis melalui logoterapi.

1) Teknik *Paradoxical Intention*

Teknik *paradoxical intention* atau pembalikan keinginan merupakan terapi yang unik dalam logoterapi dalam psikoterapi eksistensial, dikenalkan pertama kali oleh Frankl pada tahun 1929 di Wina Austria. Teknik *paradoxical intention* diindikasikan pada kasus fobia, *obsessive compulsive*, insomnia (Frankl, 2003 ; Bastaman, 2007).

Kondisi yang sering ditemukan pada individu neurotik adalah *anticipatory anxiety* yang merupakan karakteristik ketakutan yang menghasilkan sesuatu obyek yang persis seperti apa yang ditakuti oleh klien. *Anticipatory anxiety* atau kegelisahan harus dilawan dengan teknik *paradoxical intention*.

Pada dasarnya teknik *paradoxical intention* memanfaatkan kemampuan mengambil jarak (*self detachment*) dan kemampuan mengambil sikap terhadap kondisi diri sendiri dan lingkungan dengan memanfaatkan rasa humor (*sense of humor*). Teknik *paradoxical intention* diaplikasikan

pada kasus fobia dengan mengubah perasaan yang semula takut menjadikan akrab dengan objek yang ditakutinya sedangkan pada kasus *obsessive compulsive* yaitu dengan mengendalikan dan memunculkan secara ketat dorongan–dorongannya agar tak tercetus dengan sikap humor. Teknik ini memiliki keterbatasan karena akan terasa sulit dilakukan pada klien yang kurang memiliki rasa humor (Bastaman, 2007).

2) Teknik *Dereflection*

Salah satu bentuk eksistensi manusia yaitu kemampuannya untuk bangkit dari semua kondisi dan mengatasi dirinya kemudian mencurahkan perhatian pada hal-hal positif dan bermanfaat disebut *dereflection*. Keinginan berlebihan (*hyperintention*) dan merenungkan berlebihan (*hyperreflection*) harus dilawan dengan meniadakan perenungan atau *dereflection* (Frankl, 2003: Bastaman, 2007).

Menurut Bastaman (2007), menjelaskan bahwa gejala *hyperintention* dan *hyperreflection* akan menghilang dan terjadi perubahan sikap yaitu sikap yang semula terlalu memerhatikan diri sendiri (*self concerned*) menjadi komitmen terhadap sesuatu yang penting bagi klien sendiri (*self comitment*).

3) Teknik *Medical Ministry*

Logoterapi dengan mengarahkan klien untuk berusaha mengembangkan sikap (*attitude*) yang tepat dan positif dan merealisasikan nilai-nilai bersikap (*attitudinal values*) sebagai salah satu sumber makna hidup yang disebut *medical ministry*.

Tujuan utama teknik ini adalah membantu seseorang menemukan makna hidup dari penderitaannya. Penderitaan memang dapat memberikan makna dan manfaat apabila seseorang dapat mengubah sikap terhadap penderitaan itu menjadi lebih baik lagi (Bastaman, 2007).

Yang dimaksudkan dengan nilai-nilai bersikap menurut Bastaman (2007) adalah sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, keberanian menghadapi bentuk penderitaan yang tidak mungkin terelakkan lagi seperti sakit yang tidak dapat disembuhkan lagi, kematian dan menjelang kematian setelah semua upaya dilakukan maksimal.

Bastaman (2007) menjelaskan bahwa hal yang akan diubah bukanlah keadaannya melainkan sikap (*attitude*) yang diambil dalam menghadapi keadaan. Bastaman memberikan contoh apabila menghadapi keadaan yang tidak mungkin diubah atau dihindari maka sikap yang tepat adalah menerima dengan penuh ikhlas dan tabah pada hal-hal tragis yang tidak mungkin dihindari lagi dapat mengubah pandangan seseorang dari semula yang diwarnai penderitaan semata-mata menjadi pandangan yang mampu melihat makna dan hikmah dari penderitaan.

Mendalami nilai-nilai bersikap pada dasarnya memberi kesempatan kepada seseorang untuk mengambil sikap yang tepat atas kondisi tragis dan kegagalan yang telah terjadi dan tidak dapat dielakkan lagi. Teknik pendalaman nilai-nilai bersikap antara lain :

- a. Merenungkan penderitaan : mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaan waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini.
- b. Membandingkan penderitaan : menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu, membandingkan dengan keadaan sekarang (Bastaman, 2007).

Penderitaan memang dapat memberikan makna dan manfaat apabila seseorang dapat mengubah sikap terhadap penderitaan itu menjadi lebih baik lagi. Metode *medical ministry* sebagai salah satu metode terapi dalam logoterapi yang peneliti akan kembangkan dalam penelitian ini, menekankan pada perealisasiian dari nilai-nilai bersikap (*attitudinal values*) sebagai salah satu sumber makna pada klien diabetes mellitus.

2.3.3.5 Teknik Pelaksanaan dalam Logoterapi

Kapanpun seseorang bisa berhadapan dengan dengan sesuatu yang tidak bisa ditinggalkan, situasi yang tidak terhindarkan, nasib yang tidak berubah, penyakit yang tidak terobati seperti DM. Dengan demikian seseorang diberi kesempatan untuk mengaktualisasi nilai-nilai tertinggi dalam hidupnya, mengisi makna terdalam sekalipun dalam kondisi penderitaan karena logoterapi pada dasarnya tidak terfokus untuk mendapatkan

kesenangan namun lebih untuk mendapatkan suatu makna dari hidupnya. Itulah mengapa manusia siap untuk menderita karena pada kondisi itu harus diyakini bahwa penderitaan itu bermakna (Bastaman, 2007).

Metode *medical ministry* merupakan metode logoterapi yang semula diterapkan dikalangan medis khususnya pada gangguan somatogenik seperti *depresi pasca amputasi*. Namun selanjutnya metode *medical ministry* digunakan juga pada kasus nonmedis seperti pemutusan hubungan kerja (PHK) dan perceraian. *Medical ministry* merupakan perealisasi dari nilai-nilai bersikap (*attitudinal values*) sebagai salah satu sumber makna hidup (Bastaman, 2007).

Teknik pelaksanaan logoterapi ini mengacu pada instrumen yang sudah dikembangkan oleh Sutejo (2007), tentang logoterapi kelompok terhadap tingkat ansietas klien dengan menggunakan teknik *paradoxical intention*. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan logoterapi individu dengan metode pendekatan teknik *medical ministry* dimodifikasi menjadi empat sesi yaitu :

1) Sesi I : Membina hubungan saling percaya

Membina hubungan saling percaya, sesi ini bertujuan untuk mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antara terapis dan klien DM. Terapis mengidentifikasi masalah yang muncul akibat respon ketidakberdayaan. Pada tahap ini terapis memperkenalkan diri, menanyakan perasaan klien, menjelaskan tujuan serta manfaat dari Logoterapi. Terapi mengidentifikasi masalah yang muncul akibat respon ketidakberdayaan terhadap penyakit DM

2) Sesi II : Mengidentifikasi reaksi dan respon klien terhadap masalah

Mengidentifikasi reaksi dan respon klien terhadap masalah, sesi kedua ini, klien diminta untuk mengungkapkan reaksi atau respon emosional, perilaku, partisipasi dalam kegiatan sehari-hari dan tanggung jawab klien dalam keterlibatan perawatan penyakit DM. Terapis menanyakan kepada klien cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, bagaimana hasilnya serta mengidentifikasi masalah yang belum teratasi.

3) Sesi III : Teknik *Medical Ministry*

Teknik *medical ministry* terhadap masalah klien, pada sesi ini terapis membantu klien mendiskusikan masalah yang belum teratasi dan membantu menyelesaikannya melalui teknik *medical ministry*. Pada sesi ini terapis membantu merealisasikan nilai-nilai bersikap yaitu menerima dengan ketabahan, kesabaran dan keberanian segala bentuk penderitaan. Teknik pendalaman nilai-nilai bersikap meliputi :

- a. Merenungkan penderitaan dengan mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaan waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut dan pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini.
- b. Membandingkan penderitaan dengan menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu, membandingkan dengan keadaan sekarang

4) Sesi IV : Evaluasi

Evaluasi ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi melalui teknik *medical ministry*, menemukan makna hidup yang klien dapatkan dan mampu menerima perpisahan. Terapis mendiskusikan bersama klien yang sudah dan belum teratasi. Pada akhir sesi ini, terapis mendiskusikan rencana tindak lanjut dari masalah yang belum diatasi.

Logoterapi merupakan psikoterapi pada gangguan psikologis untuk membantu klien DM menemukan makna hidup yang disebabkan oleh gangguan yang bersumber pada aspek fisiologis dan psikologis. Teknik *medical ministry* digunakan untuk mempertahankan orientasi klien DM terhadap makna hidupnya sampai akhir hidup klien. Menurut Frankl, klien dengan penyakit kronis termasuk klien DM memiliki kebebasan dalam menerima dirinya ketika didiagnosa DM. Didalam ketidakberdayaannya terhadap dampak secara psikologis klien memiliki kebebasan melakukan dan mengekspresikan pengalamannya sampai dapat diberdayakan melalui karya dan nilai-nilai yang dimiliki oleh klien DM.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah terhadap pelaksanaan penelitian serta analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian ini. Kerangka teori ini disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori terkait didalam penjelasan bab sebelumnya. Kerangka teori tersebut terdiri dari karakteristik, klasifikasi dan manifestasi DM, perubahan fisiologis dan dampak psikososial klien DM, perspektif ketidakberdayaan, definisi dan batasan, respon dan faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakberdayaan, karakteristik manusia dalam kajian filsafat, landasan filsafat, indikasi dan teknik pelaksanaan logoterapi individu pada klien DM.

Karakteristik DM tipe 1 dan 2 terjadi kerusakan pada sel beta karena faktor predisposisi genetik, obesitas, usia, perubahan gaya hidup (LeMone & Burke, 2008). Manifestasi DM ; mual, muntah, kelelahan, mengantuk, nyeri dada dan abdomen, sesak napas, penurunan berat badan, menghambat pertumbuhan, napas bau keton bahkan koma diabetikum, poliuria, polidipsi, polifagia, dehidrasi, sering merasa haus dan mulut, kulit dan selaput lendir kering, berat badan menurun, kelelahan, penglihatan kabur, paratesia dan infeksi pada serta ketoasidosis diabetik, kesulitan dalam berkonsentrasi dan mudah tersinggung (Honas, 2004; LeMone & Burke, 2008)

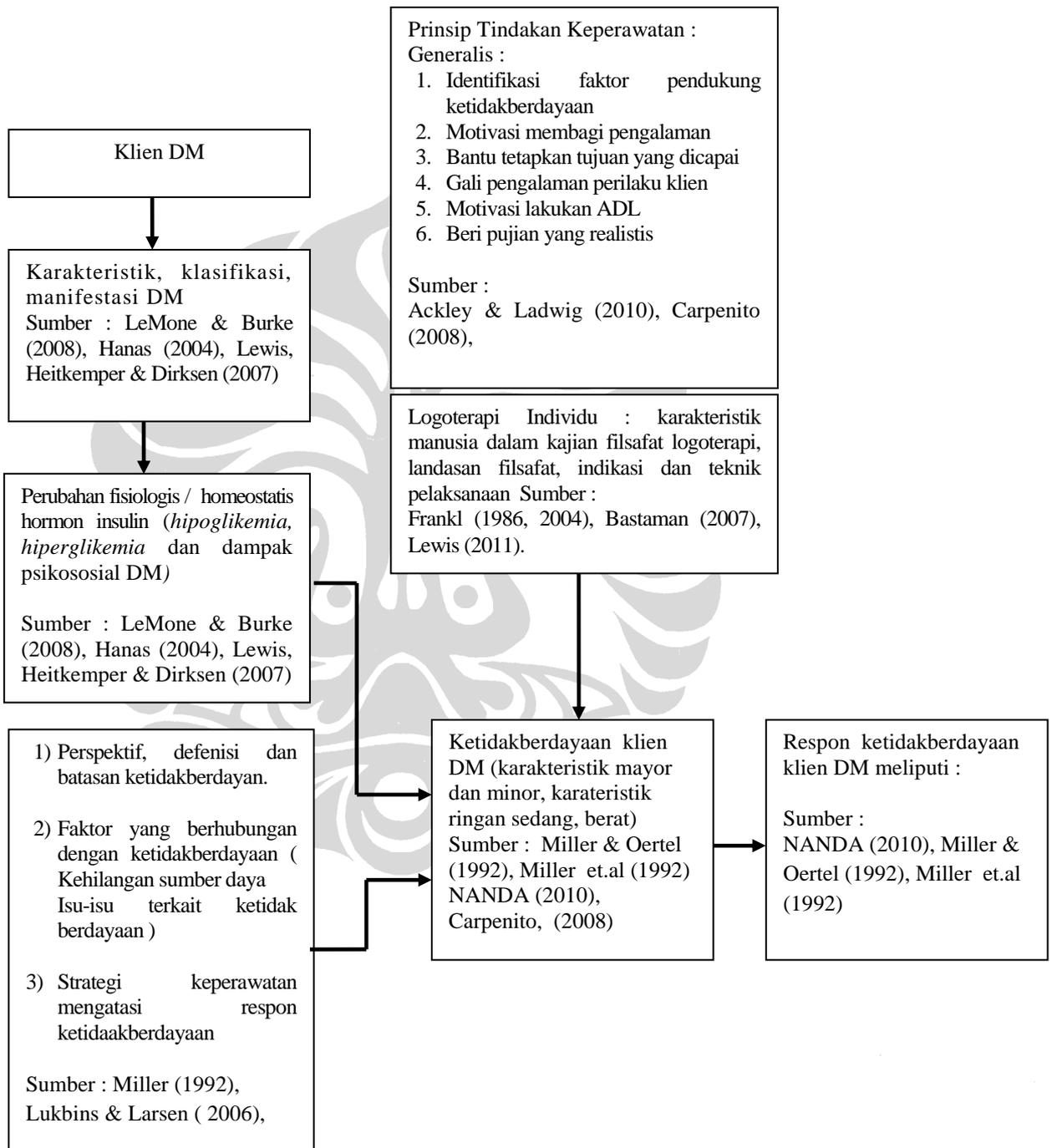
Perubahan psikososial akibat DM antara lain mudah tersinggung dan marah, merasa cemas, merasa pusing, sulit berkonsentrasi, pendengaran berkurang,

merasa mengantuk, bingung, penilaian yang kurang terhadap diri sendiri dan mimpi buruk, kecemasan, gangguan iritabilitas kesulitan berpikir, kurang konsentrasi, perubahan emosional, bicara cadel perubahan kondisi psikiatrik seperti depresi, skizofrenia afektif, gangguan bipolar 1 (manic depression), perubahan emosional seperti stress karena kehilangan berat badan, menurunnya motivasi, perubahan gaya hidup, koping dan toleransi stress, iritabilitas dan apatis (LeMone & Burke, 2008; Honas, 2004; Lewis, Hietkemper & Dirksen, 2007; Schub & Caple, 2010).

Karakteristik ketidakberdayaan tingkat ketidakberdayaan berfluktuasi dari ringan, sedang dan berat, karakteristik mayor dan minor, tingkat ketidakberdayaan: respon verbal, emosional, partisipasi dalam aktifitas sehari-hari dan tanggung jawab dalam perawatan faktor-faktor yang berhubungan dan serta isu-isu sebagai faktor penyebab ketidakberdayaan dengan respon ketidakberdayaan adalah sumber daya klien (Miller & Stapleton, 1992; NANDA, 2010; Carpenito, 2008; Lubkin & Larsen, 2006).

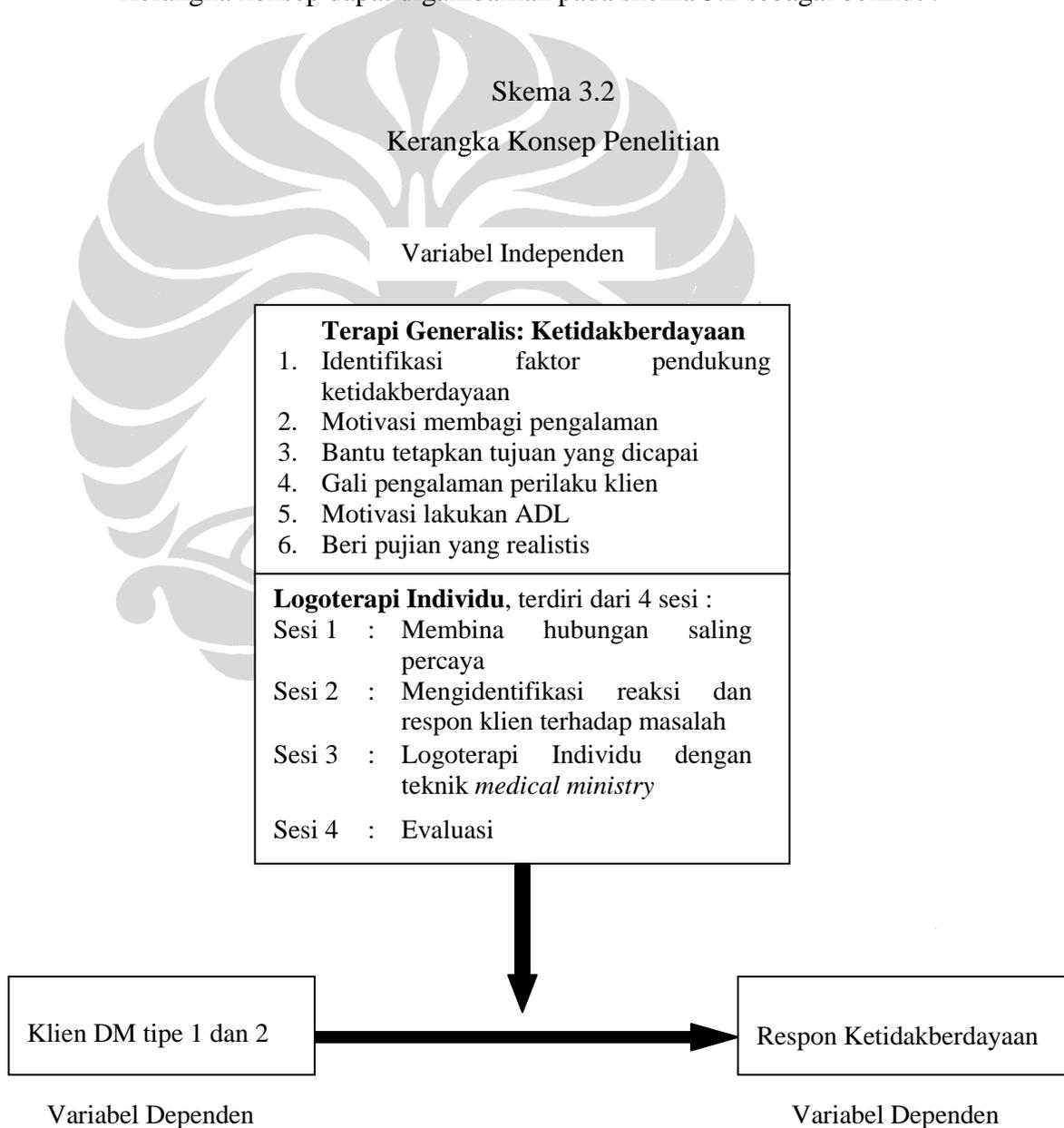
Prinsip asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah ketidakberdayaan pada klien DM terkait intervensi keperawatan generalis (Carpenito, 2008), (Ackley & Ladwig, 2010). Sedangkan tindakan keperawatan spesialis logoterapi yang diindikasikan untuk mengatasi respon ketidakberdayaan terkait penyakit kronis (Lewis, 2011). Pada penelitian ini akan dikembangkan logoterapi melalui teknik *medical ministry* untuk mengeksplorasi makna yang terkandung dalam diri klien saat menghadapi penyakit kronik DM (Bastaman, 2007; Frankl, 1986, 2004). Adapun kerangka teori yang dikembangkan dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian



3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel independen adalah logoterapi individu dengan teknik *medical ministry* menurut Frankl (1967, dalam Bastaman, 2007) yang dimodifikasi menjadi empat sesi, sedangkan variabel terikat atau variabel dependen adalah klien DM tipe 1 dan 2 dengan respon ketidakberdayaan. Kerangka konsep dapat digambarkan pada skema 3.2 sebagai berikut :



3.3 Hipotesis

Menurut Machfoedz, dkk (2005), hipotesis diartikan sebagai dugaan atau jawaban sementara, yang mungkin benar atau mungkin juga salah. Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

3.3.1 Hipotesis *Null* (H₀)

Tidak ada perbedaan yang bermakna antara respon ketidakberdayaan pada klien *diabetes mellitus* sebelum dan setelah mendapatkan logoterapi individu di rumah sakit provinsi Sulawesi utara

3.3.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

Ada perbedaan yang bermakna respon antara ketidakberdayaan pada klien *diabetes mellitus* sebelum dan setelah mendapatkan logoterapi individu di rumah sakit provinsi Sulawesi utara

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati dalam melakukan pengukuran secara cermat terhadap obyek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas. Variabel independen merupakan sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen atau variabel terikat, variabel ini disebut variabel bebas. Variabel dependen merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab akibat karena variabel bebas (Azis, 2003). Definisi operasional masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel 3.1 berikut ini.

Tabel 3.1
Definisi Operasional dan Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A. Demografi Responden					
1	Usia	Lama hidup seseorang berdasarkan waktu kelahiran	Satu item pertanyaan dalam kuisioner A tentang usia responden	Umur dalam tahun	Rasio
2	Jenis Kelamin	Perbedaan jenis kelamin responden	Satu item pertanyaan dalam kuisioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Variasi jenjang pendidikan formalitas responden	Satu item pertanyaan dalam kuisioner A tentang tingkat pendidikan responden	1. Pendidikan rendah (SD-SMP) 2. Pendidikan tinggi (SMA-PT)	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan responden yang dapat menghasilkan uang	Satu item pertanyaan dalam kuisioner A tentang jenis pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
B. Independen					
	Logoterapi individu	Kegiatan terapi individu yang dilakukan melalui teknik <i>medical ministry</i> pada klien DM yang mengalami respon ketidakberdayaan	Intervensi 4 sesi logoterapi individu	1. Tidak diberikan Logoterapi 2. Diberikan Logoterapi	Nominal
C. Dependen :					
	Respon ketidakberdayaan :	Perasaan tidak berdaya yang dialami responden sejak menderita <i>diabetes mellitus</i> ataupun sejak di rawat di rumah sakit yang diungkapkan responden secara verbal, emosional dan perilaku.	Satu set item pernyataan dalam instrumen B (terdiri dari 19 item pernyataan dengan menggunakan skala likert (selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah	1. Skor terendah respon ketidakberdayaan (skor 19) 2. Skor tertinggi respon ketidakberdayaan (skor 76)	Rasio

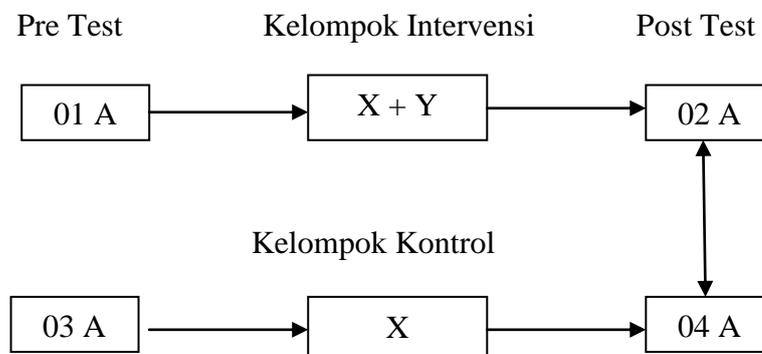
BAB 4 METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai metodologi penelitian yang terdiri dari : desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Burn dan Grove (1991, dalam Notoatmojo, 2002) menjelaskan bahwa desain atau rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah “*quasi experimental pre-post test with control group*”. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan respon ketidakberdayaan pada klien DM sebelum dan sesudah diberikan perlakuan terapi generalis dan logoterapi individu di BLU Prof. Dr. R.D. Kandou sebagai kelompok intervensi dan RSUD Bethesda Tomohon sebagai kelompok kontrol. Adapun desain penelitian dapat dilihat pada skema 4.1.

Skema 4.1
Desain Penelitian *Pre-Post Test Control Group*



Keterangan :

- X : Intervensi generalis
- Y : Intervensi logoterapi individu
- 01A : Respon ketidakberdayaan klien DM kelompok intervensi sebelum dilakukan logoterapi individu
- 02 A : Respon ketidakberdayaan klien DM kelompok intervensi setelah dilakukan logoterapi individu
- 03A : Respon ketidakberdayaan klien DM kelompok kontrol yang tidak dilakukan logoterapi individu pada *pre test*
- 04A : Respon ketidakberdayaan klien DM kelompok kontrol yang tidak dilakukan logoterapi individu pada *post test*
- 02A - 01A : Perbedaan respon ketidakberdayaan klien DM kelompok intervensi pada *pre-post test*
- 04A - 03A : Perbedaan respon ketidakberdayaan klien DM kelompok kontrol pada *pre-post test*.
- 02A – 04 A : Selisih perbedaan respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada *post test*

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2000) sedangkan Sastroasmoro dan Ismael (2002), menjelaskan bahwa populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu. Adapun populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan klien DM yang sedang menjalani rawat inap di rumah sakit Provinsi Sulawesi Utara yaitu di BLU RSUP Prof.dr.R.D Kandou Manado, RSU Bethesda Tomohon, RSUD DR.Sam Ratulangi Tondano dan di RSUD Bitung.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah penarikan sampel secara tidak acak (*non probability sampling*) yaitu *purposive sampling*. Adapun teknik sampling ini dimaksudkan menetapkan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2009). Perhitungan besar sampel minimal berdasarkan hasil perhitungan menggunakan perhitungan uji pendugaan antara dua rata-rata berpasangan dengan derajat kemaknaan 5 %, kekuatan uji 90 % dan uji hipotesis 2 sisi (Lemeshow, 2004). Rumus perhitungan sampel dijelaskan berikut ini.

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha/2 (2. \delta^2)}{d^2}$$

Keterangan :

- n : Besar sampel
- $Z^2 1 - \alpha/2$: Nilai Z pada derajat kemaknaan 1,645 jika $\alpha = 0,05$
- d^2 : *Presisi/praduga* (3 point)
- Δ : Standar *deviasi* = 7,3 (penelitian sebelumnya)

$$n = \frac{1,645^2 1 - \alpha/2 (2. \delta^2)}{3^2}$$

$$n = \frac{288.408}{3^2}$$

$$n = 32.05 = 33$$

Menurut Thabane (2005, dalam Murti, 2006) menjelaskan bahwa perlu mengantisipasi adanya *drop out* dalam *follow up* penelitian eksperimental maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumusnya akan dijelaskan berikut ini.

$$n' = \frac{n}{1 - L}$$

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

L : *Non response rate* (proposisi subyek yang hilang yaitu 5 %)

$$n' = \frac{33}{1 - 5\%}$$

$$n' = 34,74 = 35$$

Berdasarkan penghitungan dengan menggunakan rumus di atas, maka total sampel yang diperlukan dalam penelitian ini sebanyak 35 sampel untuk kelompok intervensi di BLU RSUP Prof. dr. R. D Kandou Manado. Sedangkan 35 sampel untuk kelompok kontrol di RSU Bethesda Tomohon. Dengan demikian jumlah total sampel sebanyak 70. Selama proses penelitian dilaksanakan, peneliti dapat mencapai jumlah sampel sesuai dengan yang diinginkan yaitu sebanyak 70 responden yang terdiri dari 35 responden pada kelompok intervensi dan 35 responden pada kelompok kontrol.

Adapun sampel dalam penelitian ini memenuhi kriteria inklusi yang akan dilibatkan dalam dalam penelitian ini adalah kriteria inklusi

sebagai berikut :

- 1) Klien DM tipe 1 dan 2 dengan respon ketidakberdayaan pada saat pengkajian awal
- 2) Klien DM tipe 1 dan 2 pada rentang usia remaja hingga lanjut usia kurang dari 70 tahun
- 3) Klien DM tipe 1 dan 2 yang sedang dirawat inap kurang dari 7 hari
- 4) Klien DM tipe 1 dan 2 yang menderita DM selama 1 – 10 tahun
- 5) Dapat membaca, menulis dan berkomunikasi dengan baik.
- 6) Bersedia menandatangani syarat persetujuan menjadi responden

4.3 Tempat Penelitian

Tempat pelaksanaan penelitian untuk kelompok intervensi awalnya direncanakan di Kota Manado yaitu pada RSUD Pancaran Kasih dan BLU RSUD Prof.dr.R.D Kandou. Namun pada saat pelaksanaan penelitian, peneliti mengalami kendala teknis di lapangan khususnya di RSUD Pancaran Kasih. Adapun alasan tidak dilaksanakannya penelitian pada RSUD Pancaran Kasih adalah karena keterbatasan responden dan adanya konflik internal manajemen dari pihak rumah sakit sendiri, sehingga peneliti menetapkan BLU RSUD Prof. dr.R.D Kandou sebagai tempat penelitian untuk kelompok intervensi.

Dipilihnya BLU RSUD Prof. dr.R.D Kandou di Kota Manado sebagai tempat pelaksanaan penelitian untuk kelompok intervensi karena rumah sakit tersebut milik pemerintah dan merupakan rumah sakit pusat rujukan untuk wilayah Indonesia Timur. Dipilihnya rumah sakit ini, didasarkan pula pada beberapa kajian studi pendahuluan sebelumnya dan dalam hal jumlah responden sangat representatif dan variatif. Adapun realisasi tempat penelitian yang dipilih meliputi Instalasi Rawat Inap (Irina) Paviliun Angrek, irina B, irina C terdiri dari ruang C1, C2, C3, C4.

Selanjutnya tempat pelaksanaan penelitian untuk kelompok kontrol awalnya

direncanakan pada RSUD Gunung Maria Tomohon juga mengalami kendala teknis yaitu peneliti tidak memperoleh izin untuk melaksanakan penelitian di rumah sakit tersebut, sehingga peneliti hanya menggunakan RSUD Bethesda sebagai tempat pelaksanaan penelitian untuk kelompok kontrol.

Dipilihnya RSUD Bethesda Tomohon sebagai tempat penelitian untuk kelompok kontrol karena rumah sakit ini merupakan rumah swasta dan sebagai pusat rujukan bagi rumah sakit swasta lainnya yang berada di bawah naungan Yayasan D.Z.R Wenas Gereja Masehi Injili di Minahasa (GMIM). Selain itu rumah sakit tersebut letaknya sangat strategis untuk wilayah Kota Tomohon, Kabupaten Minahasa, Kabupaten Minahasa Tenggara dan sebagian wilayah Kabupaten Minahasa Selatan. Adapun ruangan yang digunakan sebagai tempat penelitian adalah ruang Elizabeth, ruang Paulus, Markus dan Yohanes.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada akhir bulan Februari sampai dengan Juli 2010, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Realisasi pelaksanaan penelitian ini dimulai pada tanggal 2 Mei 2011 sampai dengan 18 Juni 2011, diawali dengan pelaksanaan uji instrumen pengumpulan data mulai tanggal 2 Mei sampai dengan 11 Mei 2011 di RSUD Bitung di Kota Bitung dan RSUD DR Sam Ratulangi Tondano di Kabupaten Minahasa. Selanjutnya pelaksanaan penelitian untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol di BLU RSUP Prof.dr.R.D Kandou di Kota Manado dan RSUD Bethesda di Kota Tomohon dimulai tanggal 12 Mei sampai dengan 18 Juni 2011.

4.5 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, telah dilakukan uji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada proposal pengaruh logoterapi individu terhadap respon ketidakberdayaan klien DM sebagai

prasyarat sebelum penelitian dilaksanakan seperti pada lampiran 12. Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti menyusun modul logoterapi individu, buku kerja perawat dan buku kerja klien DM yang dalam proses penyusunannya telah dilakukan beberapa kali konsultasi dengan tim pakar keperawatan jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (lampiran 5, 6 dan 7). Selanjutnya dilakukan uji *expert validity* oleh tim pakar Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia. Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui kemampuan peneliti dalam penguasaan modul sebelum diaplikasikan ke responden (lampiran 13).

Langkah selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian kepada direktur rumah sakit sebagai tempat penelitian untuk kelompok intervensi yaitu Direktur BLU RSUP Prof.dr.R.D. Kandou Manado dan RSU Pancaran Kasih Manado. Tempat penelitian untuk kelompok kontrol yaitu Direktur RSU Gunung Maria Tomohon dan RSU Bethesda Tomohon sedangkan tempat penelitian untuk uji coba instrumen Direktur RS R.W Monginsidi, Direktur RSUD Bitung dan RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano (lampiran 11). Setelah peneliti mendapatkan surat persetujuan penelitian, peneliti melakukan koordinasi untuk pelaksanaan penelitian dengan Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian, Kepala Bidang Medik dan Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kepala Ruang Rawat Inap masing-masing rumah sakit.

Prinsip pertama dalam etika penelitian ini yaitu peneliti mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi terbuka (*autonomy*). Untuk itu peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada setiap responden sebelum responden memutuskan untuk bersedia dengan sukarela menjadi responden. Responden berhak memutuskan apakah bersedia menjadi subjek ataupun tidak dalam penelitian tanpa adanya sangsi apapun (*right to self determination*). Dengan demikian, bila responden bersedia menjadi subjek penelitian maka peneliti meminta responden menandatangani *informed consent* yang telah disiapkan (lampiran 1 dan 2).

Prinsip kedua dalam etik keperawatan adalah *anonymous*, dimana dalam kuisioner nama dan alamat responden tidak ditampilkan, sehingga peneliti hanya menggunakan kode responden untuk menjaga kerahasiaan (*confidentiality*), seperti dilampirkan pada lampiran 3 dan 4. Setelah pengumpulan dan pengolahan data selesai dilaksanakan, data tersebut di simpan di *file* pribadi sebagai arsip dan hanya boleh di akses oleh peneliti sendiri. Setelah selesai dipergunakan maka data dimusnahkan dengan cara dibakar.

Nursalam (2009), menjelaskan prinsip ketiga terkait dengan etika penelitian adalah keterbukaan dan keadilan (*justice*). Pada proses pelaksanaan penelitian ini, peneliti memperlakukan responden dengan menjunjung tinggi prinsip *justice* kepada responden baik pada kelompok intervensi yang dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu maupun pada kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi generalis, peneliti membagikan *leaflet* tentang penyakit diabetes melitus (lampiran 9) pada akhir proses penelitian atau setelah dilakukan *post test*. Demikian selanjutnya peneliti menjelaskan prosedur penelitian dan memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian seperti pada lampiran 1 dan 2.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuisioner untuk mengidentifikasi karakteristik responden dan respon ketidakberdayaan pada klien DM terdiri dari ;

4.6.1 Instrumen A

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran data demografi responden yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama dirawat hingga saat interaksi pertama dengan peneliti dan lama menderita DM. Adapun bentuk pertanyaan dalam instrumen ini adalah pertanyaan tertutup dan terbuka. Untuk item pertanyaan terbuka terdapat pada karakteristik umur, lama dirawat dan lama menderita DM. Sedangkan item pertanyaan tertutup yaitu jenis

kelamin, pendidikan dan pekerjaan, peneliti memberi pilihan jawaban pada kotak yang tersedia dengan jumlah pertanyaan sebanyak tiga pertanyaan seperti pada lampiran 3.

4.6.2 Instrumen B

Merupakan instrumen untuk mengukur respon ketidakberdayaan klien DM. Instrumen ini diadopsi dan dimodifikasi oleh peneliti berdasarkan instrumen ketidakberdayaan pada klien dewasa yang telah dikembangkan oleh Braga dan Da Cruz (2008) pada beberapa rumah sakit di Barzil. Selanjutnya peneliti memodifikasi instrumen respon ketidakberdayaan yang dikemukakan oleh Miller (2001) sehingga instrumen B dikembangkan menjadi 19 item pernyataan sesuai dengan respon ketidakberdayaan.

Adapun 19 item pernyataan tersebut dikelompokkan berdasarkan respon ketidakberdayaan yaitu respon verbal, emosional, partisipasi dalam aktifitas sehari-hari dan tanggung jawab klien dalam keterlibatan diri selama proses perawatan. Selanjutnya item pernyataan tersebut terbagi menjadi 9 item pernyataan positif dan 11 pernyataan negatif dengan pilihan jawaban menggunakan skala *likert* (lampiran 4).

Adapun item pernyataan respon ketidakberdayaan terkait respon verbal sebanyak 4 item pernyataan yaitu pernyataan nomor 1 sampai dengan 4. Item pernyataan positif terdapat pada pernyataan nomor 1 dan 2 sedangkan item pernyataan negatif terdapat pada pernyataan nomor 3 dan 4. Selanjutnya item pernyataan respon ketidakberdayaan terkait respon emosional sebanyak 5 item pernyataan. Item pernyataan positif terdapat pada pernyataan nomor 7 dan 8 sedangkan item pernyataan negatif terdapat pada pernyataan nomor 5, 6 dan 9.

Item pernyataan respon ketidakberdayaan untuk respon partisipasi dalam aktifitas sehari-hari sebanyak 6 item pernyataan yaitu item pernyataan nomor 10 sampai dengan 15. Item pernyataan positif terdapat pada pernyataan nomor 10, 11, 12 dan 13 sedangkan item pernyataan negatif terdapat pada pernyataan nomor 14 dan 15. Selanjutnya, item pernyataan respon ketidakberdayaann untuk respon tanggung jawab melibatkan diri dalam kegiatan perawatan sebanyak 4 item pernyataan yaitu item pernyataan nomor 16 sampai dengan 19. Item pernyataan positif terdapat pada pernyataan nomor 16 dan 18 sedangkan item pernyataan negatif terdapat pada pernyataan nomor nomor 17 dan 19.

Seluruh item pernyataan dalam kuisioner penelitian ini menggunakan skala *likert*. Pada item pernyataan negatif jika responden menjawab “selalu” diberi nilai 4. Untuk jawaban “sering” diberi nilai 3 sedangkan untuk jawaban “kadang-kadang” diberi nilai 2 dan untuk jawaban “tidak pernah” diberi nilai 1. Sedangkan item pernyataan positif jika responden menjawab “selalu” diberi nilai 1, untuk jawaban “sering” diberi nilai 2, sedangkan untuk jawaban “kadang-kadang” diberi nilai 3 dan jawaban “tidak pernah” diberi nilai 4.

4.7 Uji Coba Instrumen Penelitian

Uji coba pelaksanaan instrumen penelitian awalnya direncanakan di Kota Manado pada RSUD Robert Wolter Mongisidi tetapi tidak jadi dilaksanakan. Hal ini disebabkan tidak ditemukannya klien DM yang sedang dirawat pada saat peneliti akan melaksanakan uji coba instrumen. Selanjutnya, peneliti melaksanakan uji coba instrumen di RSUD Bitung di Kota Bitung dan RSUD DR. Sam Ratulangi Tondano di Kabupaten Minahasa. Dipilihnya dua rumah sakit tersebut, karena peneliti menemukan tersedianya klien DM sebagai responden, disamping itu rumah sakit tersebut, menurut pengamatan peneliti dapat diakses dan dijangkau dengan mudah oleh peneliti.

Proses pelaksanaan uji coba instrumen dilakukan setelah mengajukan proses perizinan dan memperoleh izin penelitian dari Direktur Rumah Sakit. Peneliti melakukan uji coba instrumen di dua rumah sakit yaitu RSUD Bitung sebanyak 20 responden dan RSUD DR Sam Ratulangi sebanyak 10 responden dengan total responden sebanyak 30 klien DM. Adapun teknis pelaksanaan uji coba instrumen penelitian ini dilaksanakan pada minggu pertama proses pelaksanaan penelitian di RSUD Bitung dan RSUD DR.Sam Ratulangi mulai tanggal 2 sampai dengan 11 Mei 2011.

Langkah-langkah pengujian instrumen ini diawali dengan menyampaikan maksud dan tujuan penelitian pada kepala ruangan Sakura, Flamboyan dan Bougenville di RSUD Bitung dan RSUD DR. Sam Ratulangi khususnya di ruangan penyakit dalam dan bedah. Setelah disetujui, peneliti mengidentifikasi jumlah responden atau klien DM yang sedang dirawat inap di masing-masing ruangan. Selanjutnya peneliti membagikan kuisisioner pada responden dengan terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian logoterapi individu pada klien DM termasuk kesediaan menjadi responden.

Responden diminta untuk menyampaikan beberapa item pertanyaan yang tidak dimengerti. Setelah dikoreksi, kuisisioner kembali didedarkan pada responden yang lain. Pada pelaksanaan uji coba instrumen ini, telah dipilih 5 responden pada ruangan Sakura, Flamboyan dan Bougenville di RSUD Bitung dan ruang penyakit dalam dan bedah di RSUD DR.Sam Ratulangi Tondano.

Setelah dilakukan uji coba instrumen, terdapat beberapa item pernyataan dalam kuisisioner yang kurang dipahami oleh responden dan dinyatakan tidak valid dan reliabel sehingga peneliti memodifikasi item pernyataan dan diujicobakan lagi antara lain item pernyataan negatif nomor 2, 8, 11, 19 dan item pernyataan positif nomor 13 (lampiran 4). Langkah selanjutnya

kuisisioner dibagikan lagi pada responden lainnya setelah dilakukan modifikasi pernyataan dan dilakukan uji validitas dan realibilitas.

4.7.1 Uji Validitas

Validitas mengandung arti bahwa alat pengumpul data atau instrumen memiliki ketepatan sebagai suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Untuk mengetahui validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *pearson product moment* dengan hasil valid apabila nilai r hasil (*corrected item-total correlation*) berada diatas nilai r tabel (Hastono, 2007).

Adapun hasil uji validitas instrumen penelitian ini menunjukkan bahwa dari 19 pernyataan yang mengukur respon ketidakberdayaan, nilai r hasil (*corrected item-total correlation*) berada diatas nilai r tabel ($r=0,361$, dengan df 28) artinya nilai r hasil lebih besar dari nilai r tabel. Dapat disimpulkan bahwa instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan valid.

4.7.2 Uji Realibilitas

Realibilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Menurut Sugiyono (2005), instrumen penelitian dinyatakan memenuhi realibitas bila nilai r *alpha cronbach* lebih besar dari r tabel maka pertanyaan tersebut reliabel.

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai r *alpha cronbach* di atas nilai r tabel (0,944). Hal ini menunjukkan bahwa r

alpha cronbach berada diatas nilai *r* tabel ($r=0,361$, dengan *df* 28).
Dapat disimpulkan instrumen pengumpulan data dinyatakan reliabel.

4.8 Proses Pengumpulan Data

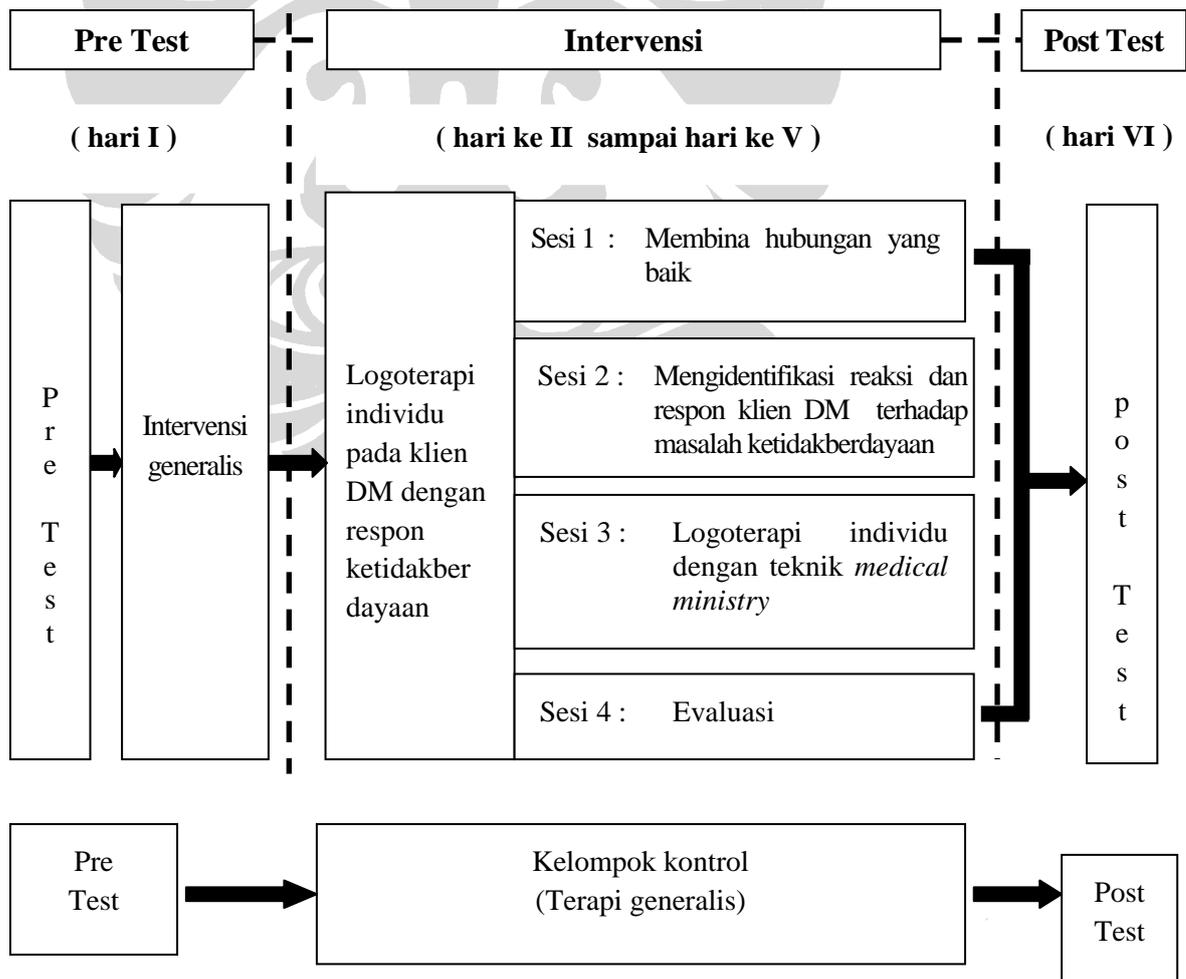
Proses pengumpulan data, dimulai setelah peneliti dinyatakan lolos pelaksanaan uji etik dilakukan oleh komite etik dan uji *validity expert* dan uji kompetensi oleh dosen penguji di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Kemudian peneliti mengajukan permohonan izin penelitian dan setelah mendapatkan perizinan secara tertulis dari direktur rumah sakit, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Ruangan atau Penanggung Jawab Ruangan.

Pelaksanaan penelitian dilaksanakan pada minggu kedua periode tanggal 12 Mei sampai dengan 14 Juli 2011, diawali di BLU RSUP Prof.dr R.D Kandou Manado sebagai kelompok intervensi pada instalasi rawat inap Paviliun Anggrek, instalasi rawat inap B, instalasi rawat inap C yang terdiri dari ruangan C1, C2, C3 dan C4. Sedangkan pada minggu ketiga dilakukan pada kelompok kontrol di RSU Bethesda Tomohon di ruang Elizabeth, Paulus, Markus dan Yohanes. Lama pengumpulan data berlangsung selama kurun waktu enam minggu sampai terpenuhi semua jumlah responden yang diinginkan peneliti.

Adapun proses pengumpulan data diawali dengan memberikan penjelasan maksud dan tujuan pelaksanaan penelitian terapi generalis dan logoterapi individu pada klien DM yang mengalami respon ketidakberdayaan dan kepada kepala instalasi rawat inap Paviliun Anggrek, instalasi rawat inap B dan C serta seluruh perawat yang ada di ruangan. Setelah disetujui oleh kepala instalasi dan kepala ruangan selanjutnya peneliti mengidentifikasi dan melakukan pengkajian awal pada klien DM untuk menentukan respon ketidakberdayaan.

Berdasarkan proses identifikasi didapatkan sejumlah responden baru maupun yang lama dari awal hingga akhir penelitian. Adapun proses pengumpulan data didasarkan pada jumlah responden setiap minggu selama pelaksanaan penelitian sangat bervariasi menurut umur, jenis kelamin, lama dirawat, lama menderita DM dan respon ketidakberdayaan masing-masing responden. Adapun proses pengumpulan data dapat dijelaskan pada bagan kerangka kerja pengaruh logoterapi individu terhadap respon ketidakberdayaan klien DM yang terdiri dari pelaksanaan *pre test*, intervensi dan *post test* seperti pada skema 4.2 berikut ini :

Skema 4.2
Kerangka Kerja Pelaksanaan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu
Pada Respon Ketidakberdayaan Klien DM
di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara



4.8.1 Tahap *Pre Test*

Pre test merupakan suatu cara untuk mengetahui kondisi awal tentang respon yang di alami klien DM. Pada tahap ini peneliti sepenuhnya dibantu oleh kolektor data yang telah dilakukan pendampingan sebelumnya. Kolektor data membagikan lembar kuisisioner (lampiran 1,2,3 dan 4) kepada setiap responden baru baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi. Setiap responden diberikan waktu yang cukup untuk mengisi seluruh pertanyaan yang ada dalam lembaran kuisisioner yang sebelumnya dijelaskan terlebih dahulu mengenai tujuan, manfaat maupun akibat yang ditimbulkan. Peneliti memintakan responden menandatangani lembar persetujuan sebagai bentuk *informed concent*.

Pelaksanaan *pre test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan setelah peneliti melakukan identifikasi dan pengkajian pada klien DM yang sedang dirawat inap dan mengalami respon ketidakberdayaan. Pelaksanaan *pre test* dilakukan oleh kolektor data dan dipantau oleh peneliti. Kolektor data telah peneliti tentukan sebelumnya, dengan tanpa mengarahkan atau menggiring setiap jawaban dari responden untuk semua item pernyataan pada kuisisioner. Proses *pre test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan setiap hari jika ada responden yang baru masuk rumah sakit dan sedang menjalani rawat inap di ruangan. Langkah selanjutnya setelah dilakukan *pre test* kolektor data mengumpulkan kuisisioner dan bersama peneliti menghitung skor respon ketidakberdayaan masing-masing responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.8.2 Tahap Intervensi

Pada tahap ini peneliti melakukan intervensi berupa pemberian logoterapi individu yang terdiri dari 4 sesi kepada responden kelompok intervensi dan

setiap sesi dilakukan sesuai dengan kondisi dan kemampuan responden. Tahapan intervensi logoterapi individu terdiri dari empat tahap yaitu, pada sesi 1 peneliti akan membina hubungan saling percaya, kemudian pada sesi 2 peneliti mengidentifikasi reaksi dan respon klien DM terhadap masalah ketidakberdayaan. Dilanjutkan pada sesi 3 yaitu peneliti akan melakukan logoterapi individu dengan teknik *medical ministry* sedangkan pada sesi 4 dilakukan evaluasi.

Pelaksanaan intervensi logoterapi individu pada kelompok intervensi di BLU RSUP Prof.dr R.D Kandou Manado, dilakukan pada hari kedua sampai dengan hari kelima selama pelaksanaan penelitian untuk sesi 1 sampai sesi 4. Demikian selanjutnya pola yang sama dilakukan pada setiap responden yang akan menjalani logoterapi individu setelah hari pertama dilakukan *pre test*.

Prosedur pelaksanaan logoterapi individu dilakukan pertemuan sebanyak empat sesi dan waktu setiap sesi dilakukan selama 45 menit. Pelaksanaan logoterapi dilakukan dimasing-masing ruangan di ruang Paviliun Anggrek, Instalasi Rawat Inap (irina) B, irina C terdiri dari ruang C1, C2, C3 dan C4 pada BLU Prof. Dr. R.D., Kandou Manado. Dalam pelaksanaan logoterapi individu peneliti lakukan sendiri dari sesi satu sampai sesi empat setiap hari mulai hari Senin sampai dengan Sabtu pada setiap responden dengan sesi yang berbeda dari untuk masing-masing responden sesuai dengan jadwal yang telah peneliti susun. Kegiatan logoterapi individu menggunakan modul setelah melalui kajian yang dilakukan oleh tim *expert validity* yang terdiri dari buku penuntun modul, buku kerja perawat dan buku kerja klien (lampiran 5, 6 dan 7).

Pelaksanaan intervensi pada kelompok kontrol dilakukan di RSU Bethesda di Kota Tomohon. Prosedur pelaksanaan intervensi terapi

generalis pada kelompok kontrol dilakukan berdasarkan pedoman yang peneliti susun dan mengacu pada masalah ketidakberdayaan seperti pada lampiran 8. Pelaksanaan intervensi terapi generalis dilakukan oleh tim perawat pada *shift* pagi di ruangan MPKP Elizabeth yang terdiri dari ketua tim 1, 2 dan 3, sedangkan ruangan Markus, Paulus dan Yohanes hanya terdiri dari 2 tim. Untuk evaluasi pelaksanaan tindakan yang berkaitan dengan terapi generalis pada klien DM yang mengalami respon ketidakberdayaan selanjutnya didokumentasikan dalam catatan perkembangan klien DM untuk masing-masing ruangan.

4.8.3 Post Test

Post test yang dilakukan pada kelompok intervensi dilakukan setelah diberikan logoterapi individu atau setelah semua sesi logoterapi individu selesai dilaksanakan. Untuk menghindari *bias* peneliti dibantu oleh perawat ruangan untuk melakukan *post test* dengan menggunakan kuisioner seperti pada lampiran 4. Pada kelompok kontrol *post test* dilakukan oleh perawat ruangan satu hari sebelum responden keluar rumah sakit. Sedangkan pada kelompok intervensi *post test* dilakukan oleh kolektor data pada responden setiap hari setelah responden menyelesaikan semua tahapan logoterapi individu atau dilakukan pada hari keenam.

Pelaksanaan *post test* ini bertujuan untuk mengevaluasi adanya perubahan respon ketidakberdayaan pada klien DM setelah diberikan logoterapi individu pada kelompok intervensi dan terapi generalis pada kelompok kontrol. Selanjutnya hasil pre test dan post test dibandingkan untuk mengetahui apakah ada perbedaan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

4.9 Pengolahan Data dan Analisis data

4.9.1 Pengolahan Data

Adapun pengolahan data pada penelitian ini telah dilakukan melalui tahapan editing, *coding*, *entry data* dan *cleaning data*

a. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa validitas dan realibilitas data masuk. Kegiatan ini dilakukan untuk menilai kelengkapan data yang diperoleh dari responden. Setelah responden mengisi kuisioner dilakukan pengecekan apakah jawaban yang ada sudah terisi semua jawabannya, jawaban yang relevan dan konsisten.

b. *Coding*

Untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data peneliti memberi kode pada setiap responden. Kegiatan yang dilakukan setelah data diedit dan diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pemberian kode untuk kelompok intervensi diberi huruf "A" setelah nomor responden, sedangkan kelompok kontrol diberi huruf "K" setelah nomor responden. Untuk data demografi responden antara lain jenis kelamin perempuan, pendidikan rendah dan tidak bekerja diberi kode 1 sedangkan kode 2 untuk data kategorik laki-laki, pendidikan tinggi dan bekerja.

c. *Entry Data*

Entry data dimaksudkan untuk melakukan kegiatan memproses data di komputer. Peneliti memasukkan semua data yang terakit ke dalam paket program komputer.

d. *Cleaning Data*

Suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode.

Kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Setelah data diperoleh dilakukan pengecekan lagi apakah data ada yang salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai sehingga data tersebut dapat dianalisis.

4.9.2 Analisis Data

a. Analisa *Univariat*

Analisa univariat adalah proses analisa data yang bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur (Hastono, 2007). Analisis ini dilakukan terhadap variabel dependen yang terkait dengan karakteristik klien DM seperti jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Untuk data kategorik yang terdiri jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dianalisis menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Sedangkan untuk jenis data numerik yaitu usia klien DM dianalisis menggunakan nilai mean, modus, standar deviasi, nilai maksimal dan nilai minimal serta nilai *Confident Interval* (CI 95%).

b. Analisa *Bivariat*

Analisis bivariat dimaksudkan untuk menganalisis hubungan antara dua variabel. Analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan yang signifikan antara dua variabel dan mengetahui perbedaan yang signifikan antara dua variabel atau lebih untuk membuktikan hipotesis penelitian (Hastono, 2007).

Pemilihan uji statistika yang akan digunakan dalam menganalisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi atau sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Sebelum analisis bivariat dilaksanakan maka dilakukan uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik klien DM dengan respon ketidakberdayaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis kesetaraan untuk variabel usia dan respon ketidakberdayaan dilakukan dengan uji *independent t test*. Sedangkan variabel jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dilakukan uji *chi square*. Tabel 4.1 menjelaskan cara analisis kesetaraan variabel penelitian pengaruh logoterapi individu terhadap respon ketidakberdayaan klien DM.

Tabel 4.1

Analisis Kesetaraan Variabel Penelitian Pengaruh Logoterapi Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien DM di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia (data numerik)	Usia (data numerik)	Uji <i>independent t test</i>
2.	Jenis kelamin (data kategorik)	Jenis kelamin (data kategorik)	Uji <i>chi square</i>
3.	Pendidikan (data kategorik)	Pen(data kategorik) didikan	Uji <i>chi square</i>
4.	Pekerjaan (data kategorik)	Pekerjaan (data kategorik)	Uji <i>chi square</i>
5.	Respon ketidakberdayaan (data numerik)	Respon ketidakberdayaan (data numerik)	Uji <i>independent t test</i>

Setelah melakukan uji kesetaraan untuk masing-masing variabel pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilanjutkan dengan uji bivariat untuk variabel respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Untuk mengetahui perbedaan respon ketidakberdayaan sebelum dan sesudah dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut ini.

Tabel 4.2

Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Klien DM Sebelum dan Sesudah Diberikan Logoterapi Individu Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara

No.	Variabel	Respon	Variabel	Respon	Cara
	Ketidakberdayaan		Ketidakberdayaan		Analisis
1.	Respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi sebelum penelitian (data numerik)		Respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi setelah penelitian (data numerik)		Uji paired <i>t test</i>
2.	Respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok kontrol sebelum penelitian (data numerik)		Respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok kontrol setelah penelitian (data numerik)		Uji paired <i>t test</i>
3.	Respon ketidakberdayaan klien DM pada intervensi setelah penelitian (data numerik)		Respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok kontrol setelah penelitian (data numerik)		Uji independen <i>t test</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh logoterapi individu terhadap respon ketidakberdayaan klien DM di Provinsi Sulawesi Utara yang dilaksanakan pada tanggal 12 Mei sampai dengan 18 Juni 2011. Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik responden yang meliputi karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 70 klien DM yang terdiri dari 35 responden pada kelompok intervensi dan 35 responden pada kelompok kontrol.

5.1 Karakteristik Klien Diabetes Melitus (DM)

Karakteristik klien DM dengan respon ketidakberdayaan meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan serta kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.1.1 Karakteristik Klien DM Berdasarkan Usia

Karakteristik klien DM berdasarkan usia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol merupakan variabel numerik sehingga dianalisis *explore* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Tabel 5.1 menyajikan analisa distribusi karakteristik klien DM berdasarkan usia.

Tabel 5.1
Distribusi Karakteristik Klien DM Berdasarkan Usia Pada Kelompok
Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di Rumah Sakit Provinsi
Sulawesi Utara (n = 70)

Variabel	Jenis Kelompok	n	Mean	SD	(Min-Max)	95% CI
Usia	Intervensi	35	58,29	6,89	43-70	55,92-60,65
	Kontrol	35	55,11	10,44	18-70	51,53-58,70
	Total	70	56,70	8,66	18-70	

Keterangan : Usia dalam tahun

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui rata-rata usia klien DM secara keseluruhan berusia 56,70 tahun dengan usia termuda 18 tahun dan tertua 70 tahun (CI 95% : 51,53 – 60,65). Dapat disimpulkan bahwa usia pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan rata-rata usia kelompok kontrol.

5.1.2 Karakteristik Klien DM Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan

Karakteristik klien DM berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol merupakan variabel kategorik sehingga dianalisis dalam bentuk proporsi. Tabel 5.2 menyajikan analisa distribusi karakteristik klien DM berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

Tabel 5.2
Distribusi Karakteristik Klien DM Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara (n=70)

No	Variabel	Kelompok				Jumlah	
		Intervensi (n=35)		Kontrol (n=35)		(n=70)	
		N	%	N	%	n	%
1.	Jenis kelamin						
	a. Laki-laki	13	37,1	13	37,1	26	37,1
	b. Perempuan	22	62,9	22	62,9	44	62,9
2.	Pendidikan						
	a. Pendidikan rendah	24	68,5	30	85,7	54	88,6
	b. Pendidikan tinggi	11	31,5	5	14,3	16	11,4
3.	Pekerjaan						
	a. Tidak Bekerja	22	62,9	24	68,6	46	65,7
	b. Bekerja	13	37,1	11	31,4	24	34,3

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui distribusi klien DM berdasarkan karakteristik jenis kelamin, lebih banyak pada responden dengan jenis kelamin perempuan atau sebanyak 44 orang atau sebesar 62,9 %. Berdasarkan karakteristik pendidikan lebih banyak responden berpendidikan rendah atau sebanyak 54 orang atau sebesar 88,6 %. Sedangkan karakteristik berdasarkan pekerjaan lebih banyak responden tidak bekerja sebanyak 46 orang atau sebesar 65,7 %.

Dapat disimpulkan bahwa pada umumnya karakteristik klien DM dengan jenis kelamin perempuan lebih besar dan merata antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dibandingkan klien DM dengan jenis kelamin laki-laki. Karakteristik klien DM berdasarkan pendidikan terbesar adalah pada kategori pendidikan rendah baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Sedangkan karakteristik klien DM berdasarkan pekerjaan, distribusi terbesar adalah pada kategori tidak bekerja baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Secara umum terlihat karakteristik responden tersebar merata antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.1.3 Karakteristik Klien DM Berdasarkan Uji Kesetaraan

Karakteristik klien DM berdasarkan uji kesetaraan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji *independen t test* untuk variabel usia dan respon ketidakberdayaan. Sedangkan uji *chi square* untuk variabel pendidikan, pekerjaan dan jenis kelamin. Tabel 5.3 menyajikan analisis kesetaraan kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 5.3
 Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien DM Berdasarkan Jenis Kelamin,
 Pendidikan, Pekerjaan, Usia dan Respon Ketidakberdayaan Sebelum
 Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol
 di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara (n=70)

No	Variabel	Kelompok		Jenis uji	Nilai p
		Intervensi (n=35)	Kontrol (n=35)		
1.	Jenis kelamin				
	a. Laki-laki	13	13	<i>Chi square test</i>	1,00
	b. Perempuan	22	22		
2.	Pendidikan				
	a. Pendidikan rendah	24	30	<i>Chi square test</i>	0,16
	b. Pendidikan tinggi	11	5		
3.	Pekerjaan				
	a. Tidak Bekerja	22	24	<i>Chi square test</i>	0,80
	b. Bekerja	13	11		
4.	Usia				
	Mean :	58,29	55,11	<i>Independen t-tes</i>	0,14
	SD :	6,89	10,44		
5.	Respon ketidakberdayaan <i>pretest</i>				
	Mean :	44,08	41,08	<i>Independen t-tes</i>	0,27
	SD :	6,74	5,72		

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui kesetaraan karakteristik klien DM berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, usia serta respon ketidakberdayaan menjelaskan bahwa secara statistik karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki kesetaraan dengan *p-value* lebih besar dari nilai α 0,05. Dapat disimpulkan bahwa terdapat kesetaraan karakteristik klien DM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.2 Perbedaan Respon Ketidakberdayaan dan Uji Distribusi Normal Data Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu.

Perubahan respon ketidakberdayaan sebelum dan sesudah dilakukan logoterapi individu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan uji *paired t test* dan *independent t test* seperti pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4

Respon Ketidakberdayaan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah di Lakukan Logoterapi Individu Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi utara (n=70)

Variabel	n	Mean	SD	(Min-Max)	95% CI
a. Intervensi					
Sebelum	35	44,08	6,74	26-61	41,77-46,40
Sesudah	35	29,28	3,31	23-38	28,15-30,42
b. Kontrol					
Sebelum	35	42,29	5,72	26-49	39,12-45,05
Sesudah	35	36,60	5,81	26-51	36,94-40,94

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui rata-rata skor ketidakberdayaan sebelum intervensi pada kelompok intervensi sebesar 44,08 lebih tinggi daripada kelompok kontrol sebesar 42,29. Namun hal ini sebaliknya terjadi setelah intervensi, dimana rata-rata skor ketidakberdayaan lebih tinggi pada kelompok kontrol sebesar 38,94 dibandingkan dengan kelompok intervensi 29,28.

Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skor respon ketidakberdayaan pada klien DM setelah diberikan terapi generalis dan logoterapi individu. Penurunan skor respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi lebih tinggi setelah diberikan terapi generalis dan logoterapi individu dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi generalis.

5.2.1 Uji Distribusi Normal Data Respon Ketidakberdayaan Sebelum dan Setelah Perlakuan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Sebelum melakukan analisis bivariat dengan uji parametrik (*independent t-test* dan *paired t-test*), peneliti melakukan uji distribusi normal data yang merupakan asumsi penggunaan uji parametrik. Uji distribusi normal data dilakukan dengan menghitung rasio *skewness*, data berdistribusi normal jika rasio *Skewness* berada diantara nilai -2 sampai 2. Tabel 5.5 menyajikan perhitungan distribusi normal data berdasarkan rasio *Skewness*.

Tabel 5.5
Uji Distribusi Normal Data Respon Ketidakberdayaan
Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara (n=70)

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	Rasio <i>Skewness</i>	Kesimpulan	Rasio <i>Skewness</i>	Kesimpulan
Ketidakberdayaan sebelum intervensi	-0,09	Normal	-1,01	Normal
Ketidakberdayaan setelah intervensi	0,92	Normal	0,02	Normal

Uji distribusi normal variabel ketidakberdayaan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menghasilkan rasio *skewness* diantara nilai -2 dan 2. Sehingga disimpulkan kedua data tersebut berdistribusi normal dan memenuhi asumsi untuk dilakukan *independent t-test* dan *paired t-test* pada uji bivariat.

5.2.2 Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Sebelum dan Sesudah Dilakukan Logoterapi Individu pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Perbedaan respon ketidakberdayaan pada klien DM sebelum dan sesudah dilakukan logoterapi individu pada kelompok inrevensi disajikan seperti pada tabel 5.6 dan tabel 5.7

Tabel 5.6
Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Klien DM
Sebelum dan Sesudah di Lakukan Terapi Generalis dan
Logoterapi Individu pada Kelompok Intervensi
Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara
(n=70)

Variabel	N	Mean	SD	SE	Jenis Uji	P-value
Sebelum	35	44,08	6,744	1,140	Paired t-tes	0,00
Sesudah	35	29,28	3,312	0,560		
Selisih		14,80	4,707	0,795		

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui perbedaan nilai rata-rata respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu sebesar 14,80. Hasil uji statistik dengan *paired t-test* menunjukkan bahwa *p value* sebesar 0,00 atau lebih kecil dari nilai α 0,05. Dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan secara signifikan respon ketidakberdayaan klien DM sesudah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu.

Tabel 5.7
Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Klien DM
Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Kontrol
Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara (n=70)

Variabel	N	Mean	SD	SE	Jenis Uji	P-value
Sebelum	35	42,29	6,744	1,143	Paired t-tes	0,01
Sesudah	35	36,66	5,66	0,957		
Selisih		5,63	2,276	0,384		

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui perbedaan nilai rata-rata respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok kontrol setelah diberikan terapi generalis sebesar 5,63. Hasil uji statistik dengan *paired t-test* menghasilkan menunjukkan bahwa *p value* sebesar 0.01 atau lebih kecil dari nilai α 0,05. Dapat disimpulkan bahwa terdapat penurunan secara signifikan nilai rata-rata respon ketidakberdayaan pada klien DM setelah diberikan terapi generalis

5.2.3 Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Sesudah Dilakukan Logoterapi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Penurunan respon ketidakberdayaan klien DM secara signifikan terjadi pada kelompok yang dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu. Untuk melihat sejauhmana menurunnya respon ketidakberdayaan tersebut pada hasil penelitian, peneliti juga menganalisis perbedaan selisih respon ketidakberdayaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Tabel 5.8 dan 5.9 akan menyajikan perbedaan dan selisih perbedaan respon ketidakberdayaan pada klien DM setelah diberikan terapi generalis dan logoterapi individu.

Tabel 5.8
Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Sesudah di Lakukan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara (n=70)

Variabel	N	Mean	SD	SE	Jenis uji	<i>P-value</i>
Intervensi	35	29,28	3,312	0,560	<i>Independent t</i>	0,00
Kontrol	35	36,66	5,866	0,957	<i>test</i>	

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui perbedaan rata-rata respon ketidakberdayaan sesudah di lakukan terapi generalis dan logoterapi

individu pada kelompok intervensi sebesar 29,28 lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol sebesar 36,66.

Hasil Uji statistik beda nilai mean respon ketidakberdayaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan *independent t-test* menunjukkan *p value* sebesar 0,00 lebih kecil dari nilai α 0,05. Dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan respon ketidakberdayaan klien DM pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu.

5.2.4 Perbedaan Selisih Respon Ketidakberdayaan Sesudah Dilakukan Logoterapi Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.9

Analisis Perbedaan Selisih Respon Ketidakberdayaan Sebelum dan Sesudah Intervensi Logoterapi Individu antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara(n=70)

Variabel	N	Mean	SD	Jenis uji	P-value
Intervensi	35	14,80	4,71	<i>Independent t-test</i>	0,00
Kontrol	35	5,63	2,28		

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui rata-rata selisih perbedaan penurunan respon ketidakberdayaan setelah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu pada kelompok intervensi sebesar 14,80 lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi generalis sebesar 5,63.

Hasil uji statistik beda *mean* menunjukkan bahwa selisih respon ketidakberdayaan sesudah dilakukan terapi generalis dan logoterapi

antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan *independent t-test* menunjukkan *p value* 0,00 atau lebih kecil dari nilai α 0,005. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata selisih respon ketidakberdayaan sesudah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dengan kata lain bahwa kelompok intervensi yang mendapat terapi generalis dan logoterapi individu mengalami penurunan respon ketidakberdayaan lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi generalis.



BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai pembahasan yang meliputi interpretasi dan hasil diskusi dari penelitian seperti yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, analisis univariat dan bivariat, keterbatasan penelitian yang terkait dengan proses pelaksanaan penelitian dan selanjutnya akan dibahas juga tentang implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, keilmuan, pendidikan keperawatan dan kepentingan penelitian selanjutnya. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi generalis dan logoterapi individu terhadap respon ketidakberdayaan klien DM di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.

6.1 Karakteristik Klien DM Dengan Respon Ketidakberdayaan

Karakteristik klien DM dengan respon ketidakberdayaan yang diteliti dalam penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan. Pada bagian ini akan dibahas karakteristik klien DM terhadap penurunan respon ketidakberdayaan setelah mendapatkan terapi generalis dan logoterapi individu.

6.1.1 Usia Responden

Rata-rata usia penelitian ini adalah 56,70 tahun dengan usia termuda 18 tahun pada kelompok kontrol dan usia tertinggi 70 tahun pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya responden dirawat adalah DM tipe 2 yang mengalami respon ketidakberdayaan yang berbeda-beda sesuai usia, dengan atau tanpa komplikasi lanjut DM. Hasil penelitian lain yang mendukung penelitian ini dilakukan oleh Abougambou et al (2010) terhadap 1077 responden DM tipe 2 dengan komplikasi DM yang dirawat di RS Universitas Sains Malaysia. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa rata-rata usia DM tipe 2 adalah 58,30 tahun dengan durasi lama menderita DM selama 11 tahun. Hasil penelitian

lain yang memperkuat penelitian ini dilakukan oleh Valentine (2008, dalam Lewis, Heitkemper & Dirkson, 2008) yang mengatakan bahwa prevalensi rata-rata usia klien DM lebih dari 55 tahun, meningkat seiring bertambahnya usia.

Berdasarkan hasil penelitian ini terlihat selisih rata-rata perbedaan usia antara hasil penelitian yang dilakukan oleh Abougalambou et al (2010) dan Valentine (2008). Selisih rata-rata usia berkisar 2,60 tahun. Menurut asumsi peneliti, diketahuinya perbedaan tersebut oleh karena perbedaan usia responden didasarkan pada usia terendah dan usia tertinggi. Usia terendah pada penelitian ini adalah 18 tahun dan tertinggi adalah 70 tahun, sedangkan menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Abougalambou et al (2010) dan Valentine (2008) terendah berusia 23 tahun dan usia tertinggi lebih dari 65 tahun. Hal ini berarti terdapat usia responden lebih dari 70 tahun. Dapat disimpulkan bahwa memang terdapat rata-rata perbedaan usia setelah diketahui rentang usia terendah dan tertinggi. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa meskipun terdapat rata-rata perbedaan usia namun respon ketidakberdayaan tetap dialami oleh semua responden dengan skor yang berbeda-beda berdasarkan usia.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan dalam mekanisme coping. Bila karakteristik usia responden dalam penelitian ini termasuk dalam kategori usia dewasa. Pada usia dewasa setiap klien memiliki tugas perkembangan integritas yang terkait dengan keberhasilan dalam menyesuaikan diri terhadap keberhasilan dan kegagalan dalam hidup (Sunaryo, 2004). Apabila integritas tercapai maka klien akan dapat menikmati keuntungan dari tahap perkembangan sebelumnya dan

selalu merasa bahwa kehidupan lebih bermakna. Dapat disimpulkan bahwa usia responden tidak memiliki kontribusi terhadap respon ketidakberdayaan oleh karena semua responden mengalami respon ketidakberdayaan dengan nilai yang berfluktuasi pada semua usia.

6.1.2 Jenis Kelamin Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi terbesar jenis kelamin pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah perempuan atau sebesar 62,9 %. Lebih lanjut hasil penelitian ini menjelaskan bahwa karakteristik jenis kelamin tidak mempengaruhi respon ketidakberdayaan. Hal ini sesuai dengan hasil observasi peneliti dimana jenis kelamin laki-laki dan perempuan tetap mengalami respon ketidakberdayaan meskipun berdasarkan uji statistik didapatkan proporsi yang lebih besar pada jenis kelamin perempuan.

LeMone dan Burke (2008) menjelaskan bahwa perbandingan klien DM berdasarkan jenis kelamin adalah 2:1 antara perempuan dan laki-laki. Hasil penelitian ini didukung oleh Abougambou et al (2010) yang dalam penelitiannya mengatakan bahwa perbandingan responden DM tipe 2 yang di rawat di RS Universitas Sains Malaysia adalah 2:1 antara responden dengan jenis kelamin perempuan dibanding laki-laki.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa karakteristik responden dengan jenis kelamin perempuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebanyak 44 orang atau sebesar 62,29 % dibanding jenis kelamin laki-laki sebanyak 26 orang atau sebesar 37,1 %. Berdasarkan hasil uji kesetaraan kedua kelompok diketahui bahwa kedua kelompok memiliki varian yang sama ($p \text{ value} > 0,005$).

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki dengan kondisi respon ketidakberdayaan. Menurut asumsi peneliti bahwa karakteristik jenis kelamin tidak mempengaruhi respon ketidakberdayaan oleh karena berdasarkan hasil skor respon ketidakberdayaan baik jenis kelamin perempuan maupun jenis kelamin laki-laki tetap memiliki penurunan skor yang bervariasi untuk masing-masing responden tanpa membedakan jenis kelamin.

6.1.3 Pekerjaan Responden

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik pekerjaan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa umumnya responden sudah tidak bekerja sebanyak 46 orang atau sebesar 65,7 % dibandingkan dengan responden yang masih bekerja sebanyak 24 responden atau sebesar 34,3 %. Namun demikian penelitian ini juga memberikan hasil bahwa semua responden baik yang bekerja maupun tidak bekerja memiliki skor terhadap respon ketidakberdayaan yang sama. Hal ini dibuktikan dengan penurunan skor respon ketidakberdayaan yang tidak berbeda menurut jenis pekerjaan masing-masing responden.

Menurut asumsi peneliti bahwa tidak adanya perbedaan skor penurunan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol karena terapi generalis dan logoterapi individu menekankan pada kondisi realita yang ada pada masing-masing klien. Klien DM dihadapkan pada kemampuan yang masih dimiliki oleh klien meskipun telah menderita DM, namun klien masih memiliki anggota keluarga (*caregiver*) yang tetap memberikan dukungan. Hal ini sesuai dengan Miller (1991) yang mengatakan bahwa sumber daya (*power resources*) antara lain sosial *support*

penting bagi klien dengan penyakit dalam meraih hidup yang bermakna.

6.1.4 Pendidikan Responden

Hasil penelitian ini diketahui bahwa karakteristik pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol umumnya memiliki pendidikan rendah sebanyak 88 orang atau sebesar 88,6 % sedangkan responden dengan pendidikan tinggi sebanyak 16 orang atau sebesar 11,4%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa respon ketidakberdayaan tidak memiliki hubungan dengan tinggi rendahnya pendidikan klien DM. Hal ini dibuktikan pada penelitian ini, ternyata responden dengan pendidikan tinggi juga mengalami respon ketidakberdayaan yang sama dengan responden yang berpendidikan rendah.

Didasarkan pada hasil penelitian ini membuktikan bahwa walaupun responden dengan latar belakang pendidikan rendah, dikatakan masih mampu mengikuti logoterapi individu sampai tuntas diakhir sesi. Menurut asumsi peneliti bahwa pendidikan tinggi atau rendah bukan merupakan suatu hambatan untuk berinteraksi dengan orang lain ataupun memperoleh informasi tentang kesehatan. Hanya saja perbedaan berdasarkan karakteristik pendidikan terletak pada proses internalisasi dalam memaknai penderitaannya terkait proses penyakit DM yang dialami oleh responden.

Menurut kajian peneliti selama melakukan terapi generalis dan logoterapi individu, diperoleh informasi aktual bahwa memang terdapat perbedaan dalam menginternalisasi tentang makna hidup pada klien DM ditinjau dari aspek pendidikan. Responden dengan pendidikan tinggi lebih cepat menerima informasi terkait sesi demi sesi dalam pelaksanaan logoterapi individu dibandingkan dengan responden dengan pendidikan rendah. Tetapi hal ini menurut asumsi

lanjut peneliti bahwa perbedaan ini hanya didasari oleh waktu dalam menginternalisasi setiap informasi yang berkaitan dengan terapi yang dilakukan oleh peneliti. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Stuart & Laraia (2005) yang mengatakan bahwa pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain.

6.2 Pengaruh Terapi Generalis dan Logoterapi Individu Pada Klien DM Dengan Respon Ketidakberdayaan

6.2.1 Respon Ketidakberdayaan Klien DM Sebelum Diberikan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu

Hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata skor respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi sebesar 44,08 sedangkan skor respon ketidakberdayaan pada kelompok kontrol sebesar 42,29. Bila dibandingkan selisih skor pada kedua kelompok tersebut hanya berkisar pada skor 1,79. Uji kesetaraan untuk respon ketidakberdayaan kedua kelompok sebelum dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu pada kelompok intervensi dan terapi generalis pada kelompok kontrol menunjukkan hasil bahwa kedua kelompok memiliki kesetaraan atau varian yang sama dengan *p value* sebesar 0,27 atau lebih besar dari nilai α 0,05.

Menurut teori respon ketidakberdayaan dapat dinilai secara subjektif melalui respon verbal, respon emosional. Sedangkan secara objektif respon ketidakberdayaan dapat diobservasi melalui partisipasi klien dalam kegiatan sehari-hari dan keterlibatan klien dalam merawat dirinya sebagai tanggung jawab terhadap proses penyakit yang sedang dialaminya (Miller, 1991). Berdasarkan hasil penelitian ini, menunjukkan bahwa respon ketidakberdayaan pada klien DM sebelum diberikan terapi generalis dan logoterapi individu memiliki rentang rata-rata skor antara 42,29 sampai dengan 44,08. Rata-rata

skor terendah terdapat pada kelompok kontrol sedangkan rata-rata skor tertinggi terdapat pada kelompok intervensi.

Berdasarkan kajian skor pada penelitian ini, menjelaskan bahwa skor tertinggi untuk respon ketidakberdayaan pada klien DM adalah 76 sedangkan skor terendah adalah 19. Hal ini berarti bahwa skor respon ketidakberdayaan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol masih dibawah skor tertinggi atau hasil skor berkisar pada level menengah. Namun demikian hasil ini menunjukkan bahwa klien DM yang sedang menjalani proses perawatan di rumah sakit mengalami respon ketidakberdayaan.

Penelitian lain terkait ketidakberdayaan dilakukan oleh Braga dan Da Cruz (2008) terkait pengembangan instrumen untuk menilai diagnosa keperawatan ketidakberdayaan pada klien usia dewasa di ruang rawat bedah. Hasil penelitian yang dilakukan pada 210 responden, menunjukkan bahwa ketidakberdayaan sering dipersepsikan secara subjektif dengan ketidakmampuan klien mengambil keputusan, ketidakmampuan mengontrol perasaan emosional. Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan NANDA (2010) yang memberi batasan bahwa ketidakberdayaan sering dikaitkan dengan persepsi bahwa tindakan seseorang yang secara signifikan tidak memengaruhi hasil atau memberi dampak. Dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini menunjukkan telah diketahuinya skor ketidakberdayaan yang tinggi sebelum dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol.

6.2.2 Respon Ketidakberdayaan Klien DM Sesudah Diberikan Terapi Generalis dan Logoterapi Individu

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan skor respon ketidakberdayaan pada klien DM setelah mendapatkan perlakuan atau intervensi. Pada kelompok intervensi diketahui terjadi penurunan skor respon ketidakberdayaan setelah diberikan terapi generalis dan logoterapi individu sebesar 14,80. Hasil ini diketahui setelah dilakukan terapi generalis dan logoterapi individu yang sebelum diberikan intervensi skor sebesar 44,08 sedangkan setelah dilakukan intervensi sebesar 22,28.

Pada kelompok kontrol diketahui terjadi penurunan skor respon ketidakberdayaan setelah diberikan terapi generalis sebesar 5,63. Hasil ini juga diketahui setelah dilakukan terapi generalis yang sebelum diberikan intervensi skor sebesar 42,29 sedangkan setelah dilakukan intervensi sebesar 36,60. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat diketahui terjadi penurunan skor respon ketidakberdayaan secara signifikan pada kedua kelompok. Namun perbedaan yang signifikan pada kedua kelompok tersebut dapat dilihat dari perbedaan skor masing-masing kelompok yang terpaut cukup signifikan. Hasil penelitian ini menunjukkan terlihat pada skor penurunan yang cukup tinggi (14,80) terjadi pada kelompok intervensi yang diberikan terapi generalis dan logoterapi individu dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi generalis (5,63).

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Lanzt (1988). Hasil penelitiannya terhadap 33 responden dengan penyakit kronis mengatakan bahwa logoterapi merupakan terapi yang efektif pada klien dengan penyakit kronis. Lanzt berpendapat bahwa, logoterapi memiliki dukungan yang positif dan efektif terkait perubahan psikososial yang dialami klien dengan penyakit kronis.

Penelitian lain yang memperkuat hasil penelitian ini juga dilakukan oleh Hutzel dan Jerkin (1990) yang melakukan logoterapi pada individu yang mengalami perubahan kondisi fisik dan kehilangan yang dimanifestasikan dengan munculnya pikiran tidak berdaya dan perasaan selalu merasa hampa. Hasil penelitian ini menjelaskan kemampuan klien mengidentifikasi 30 sampai dengan 130 nilai-nilai yang membuat individu merasa berguna dan berharga.

Penelitian lain yang memperkuat hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Henrion (2004) yang melakukan analisis logoterapi sebagai terapi pada klien yang mengalami gangguan *mood* karena faktor noogenik terhadap 85 responden. Hasil penelitiannya menjelaskan bahwa pada umumnya klien yang mengalami gangguan *mood* menempatkan logoterapi sebagai terapi utama dalam menemukan makna hidup.

Penurunan skor yang signifikan pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi generalis dan logoterapi individu berdampak pada penurunan kondisi ketidakberdayaan yang cukup tinggi dibandingkan dengan pemberian terapi generalis pada kelompok kontrol. Hal ini menegaskan bahwa pemberian terapi generalis dipadu dengan logoterapi individu pada kelompok intervensi memiliki hasil perbedaan skor yang signifikan pada kedua kelompok.

Pada kelompok intervensi yang dilakukan logoterapi individu dengan empat sesi yang terintegrasi dan berkesinambungan antara setiap sesi memberikan penekanan pada teknik *medical ministry* sebagai esensi utama pada pelaksanaan logoterapi ini. Hal ini terbukti memberi dampak yang signifikan terhadap pola penurunan respon ketidakberdayaan pada klien DM yang berbeda pada kelompok kontrol. Teknik *medical ministry* pada intinya adalah mengajarkan

bagaimana klien DM, meskipun dengan respon ketidakberdayaannya selama menghadapi masa-masa tersulit tetap menerima proses penderitaannya walaupun penyakit DM secara medis dinyatakan tidak pernah sembuh sampai akhir hidupnya.

Oleh karena itu pada sesi satu sampai dengan sesi empat secara implisit terapis mengaplikasikan nilai-nilai bersikap termasuk nilai spiritual logoterapi pada klien DM yang sedang mengalami respon ketidakberdayaan. Dapat disimpulkan bahwa logoterapi individu dengan teknik *medical ministry* terbukti membawa dampak yang positif bagi klien DM yaitu perasaan bahagia (*happiness*). Dengan demikian nilai-nilai filsafat logoterapi yang dikemukakan oleh Viktor Frankl yaitu manusia adalah makhluk yang unitas biopsikososial dan spiritual dapat tercapai meskipun dalam keadaan menderita, masih diberi kesempatan untuk meraih hidup yang lebih bermakna (*the meaningful of life*).

6.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam setiap penelitian akan memiliki resiko terhadap kelemahan yang diakibatkan karena adanya keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari dalam penelitian ini mengalami keterbatasan yang disebabkan oleh beberapa factor antara lain :

6.3.1 Waktu Pelaksanaan Intervensi

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah waktu pelaksanaan logoterapi individu yang harus dilakukan setiap hari tanpa jeda karena lama perawatan yang kurang dari dua minggu. Seharusnya antar sesi terdapat jeda proses internalisasi setiap sesi yang idealnya membutuhkan waktu untuk merenungkan apa yang dilakukan dan diulangi setiap hari.

6.3.2 Proses pelaksanaan

Dalam proses pelaksanaan khususnya pemberian logoterapi individu pada klien DM idealnya dilakukan di tempat yang nyaman. Namun karena keterbatasan ruang rawat membuat pelaksanaannya di ruangan yang hanya menggunakan pembatas sampiran dengan klien yang lain sehingga kurang memberikan ketenangan.

6.3.3 Kualitas Data

Pada penelitian ini tidak dilakukan *interreter realibilty* untuk mengukur kesamaan persepsi antara peneliti dengan perawat yang membantu peneliti dalam hal pengumpulan data. Hal yang dilakukan oleh peneliti adalah pendampingan pada perawat selama tiga hari. Pendampingan ini tidak dilakukan setiap hari selama penelitian khususnya pada kelompok kontrol oleh karena mereka sudah dianggap mampu melaksanakan terapi generalis.

6.3.4 Pelayanan Perawatan di Tatanan Layanan Rumah Sakit

Logoterapi individu dapat digunakan sebagai salah satu terapi keperawatan untuk menurunkan kondisi ketidakberdayaan pada klien DM dalam meningkatkan makna hidup. Selain itu logoterapi individu dapat diterapkan dalam program kesehatan jiwa bekerjasama dengan pihak RS untuk mendukung upaya promosi kesehatan jiwa.

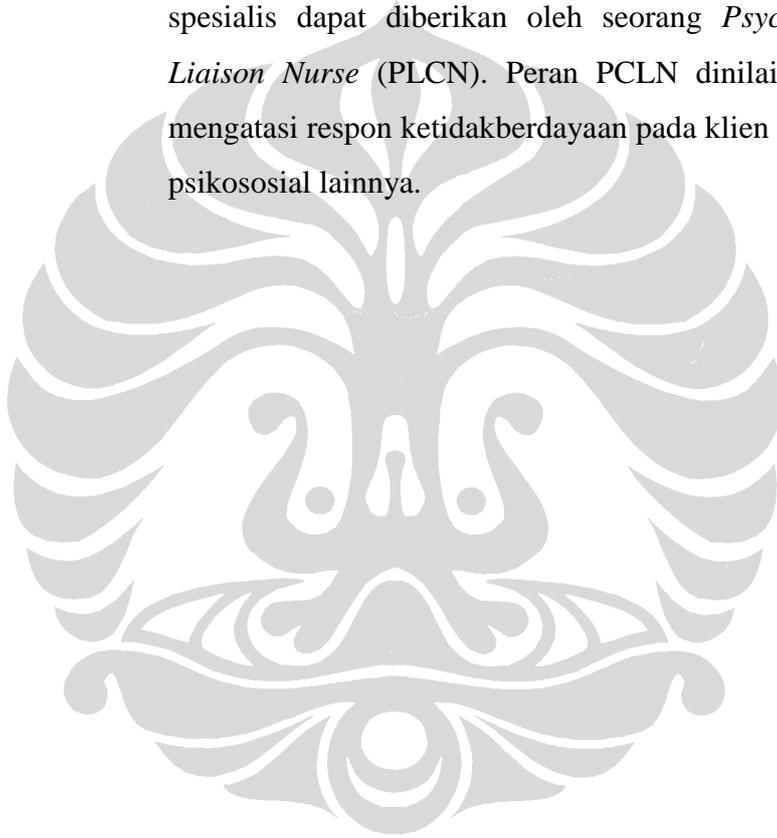
6.3.5 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh logoterapi individu pada klien DM dengan masalah psikososial merupakan pembuktian bahwa logoterapi efektif digunakan sebagai salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada klien DM yang mengalami respon ketidakberdayaan. Penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan

ilmu keperawatan jiwa spesialis dan pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya.

6.3.6 Implikasi Hasil Penelitian Keperawatan

Implikasi hasil penelitian untuk pelayanan kesehatan jiwa di ruangan-ruangan yang menjadi tempat penelitian dapat dikembangkan intervensi keperawatan jiwa baik generalis maupun spesialis dapat diberikan oleh seorang *Psychiatric Consultation Liaison Nurse* (PLCN). Peran PLCN dinilai sangat tepat dalam mengatasi respon ketidakberdayaan pada klien DM ataupun masalah psikososial lainnya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas simpulan dari penelitian yang telah dilakukan beserta saran bagi pihak terkait yang berhubungan dengan penelitian ini

7.1 Simpulan

Pemberian logoterapi individu dengan teknik *medical minstry* terbukti dapat menurunkan respon ketidakberdayaan pada klien DM dapat memiliki sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran dan bersikap positif setelah mengikuti terapi generalis dan logoterapi individu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik berdasarkan klien DM rata-rata berusia 56,70 tahun. Berdasarkan jenis kelamin paling banyak perempuan sebanyak 44 orang sedangkan berdasarkan pendidikan dan pekerjaan paling banyak pendidikan rendah sebanyak 54 orang dan tidak bekerja sebanyak 46 orang. Demikian juga skor respon ketidakberdayaan sebesar 44,08 pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi generalis dan logoterapi individu dan 42,29 pada kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi generalis. Skor respon ketidakberdayaan mengalami penurunan yang signifikan ($p\ value < 0,05$) pada kelompok intervensi yang diberikan terapi generalis dan logoterapi individu sebesar 14,80 sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi generalis sebesar 5,63. Hal ini membuktikan bahwa logoterapi sangat efisien mengurangi respon ketidakberdayaan pada klien DM.

7.2 Saran

Terkait simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian terhadap upaya peningkatan kemampuan merawat klien dengan respon ketidakberdayaan.

7.2.1 Aplikasi Keperawatan

7.2.1.1 Peneliti dalam hal ini mahasiswa program pasca sarjana kekhususan keperawatan jiwa melakukan sosialisasi mengenai hasil penelitian tentang logoterapi individu kepada pihak rumah sakit lebih khususnya kepada rekan sejawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada area psikososial yang selama ini tidak pernah tersentuh dalam pelayanan asuhan keperawatan yang holistik.

7.2.1.2 Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat perbedaan secara signifikan respon ketidakberdayaan setelah diberikan terapi generalis dan logoterapi individu, namun skor penurunan ketidakberdayaan yang diharapkan belum terlihat maksimal. Untuk itu selain diberikan terapi generalis dan logoterapi individu, perlu juga dipadukan dengan terapi spesialis keperawatan jiwa yang lain seperti *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), dalam meminimalkan respon emosional klien DM, distress karena komplikasi penyakit DM dan kelainan fungsi seksual. *Progresive Muscle Relaxation Therapy* (PMRT) dan *Thought Stopping* (TS) dalam mengatasi kecemasan, gangguan pola tidur, respon emosional, pikiran negatif dan keputusan akibat respon ketidakberdayaan. *distress caregiver* dapat dipadukan dengan Psikoedukasi Keluarga dan terapi *Self Help Group* Kelompok Swabantu.

7.2.2 Pendidikan Tinggi Keperawatan :

Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* terkait hasil penelitian ini dalam mengembangkan logoterapi individu dengan teknik *medical ministry* dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa bagi klien DM dengan respon ketidakberdayaan dan respon psikososial lainnya.

7.2.3 Metodologi Penelitian:

7.2.3.1 Perlu diteliti lebih lanjut melalui penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi untuk mengeksplorasi fenomena-fenomena yang ditemukan pada klien DM antara lain fenomena keputusasaan, depresi dan resiko bunuh diri akibat komplikasi penyakit DM, perasaan harga diri rendah karena diabaikan oleh pasangan hidup karena masalah disfungsi seksual terutama pada pasangan usia dibawah 50 tahun.

7.2.3.2 Perlu penelitian lanjut melalui penelitian kuantitatif menggunakan desain penelitian yang lainnya seperti *case controle* atau *studi cohort* prospektif dan retrospektif untuk mengetahui hubungan faktor-faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya respon ketidakberdayaan dan respon psikosial lainnya akibat komplikasi DM.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Z., (2002). *Analisis Eksistensial untuk psikologi dan psikiatri*, Bandung: PT. Refika Aditama.
- Abougalambou, S.S.I., Mohamed, M., Solaiman, S.A.S., (2010). Current clinical status and complication among type 2 diabetic patients in university sains malaysia hospital, *International Journal of DM 2*. Vol.2. No.184. August, 25. 2010. www.eisevier.com.
- Ackley, B.J & Ladwig, G.B. (2010). *Nursing diagnosis handbook: an evidence based guide to planning care*.9th.edition. St.louis, Missouri. mosby Elsevier.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan DepKes RI. (2008). *Laporan nasional riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta : Depkes RI.
- Badan Pusat Statistik (2010). *Provinsi Utara dalam angka tahun 2010*. Manado : BPS Provinsi Sulawesi Utara.
- Bastaman, H.D. (2007). *Logoterapi : psikologi untuk menemukan makna hidup dan memilih hidup bermakna*. Edisi 1. Jakarta : raja Grafindo Persada
- Braga, C.F., & Da Cruz, D.A.L., (2008). *Powerlessness assessment tool for adult patients*.http://www.scielo.br/pdf/reusp/v.43nspe/en_a10v3ns.pdf
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S.R., (2004). Psychotherapeutic interventions at end of life : a focus on meaning and spirituality. *Canada jurnal psychiatric*. Vol.69., No.6 June 2004. <http://cpa-apc.org/publication/archive/cjp/2004/june/breitbart.pdf>.
- Carpenito, L.J., (2008). *Handbook of nursing diagnosis*.(12th.ed). Philadelphia. Lippincott Company.
- Dahlan, M.S., (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Dempsey, P.A & Dempsey, A.D. (1996). *Nursing research text and workbook*. (4 th ed). Philadelphia : Lippincott
- Dijk, G.C & Dijkstra, A & Sanderman, R..(2008).Care of poeple care powerlessness in daily living and the opinion of clinical expertes. <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculty/medicine/2008/g.c.van.dirjk/05-c5.pdf>.

- Dryer, D.E., (2007). *The phenomenon of powerlessness in the elderly*. [http://www.svsu.edu/emplibrary/dryer article.pdf](http://www.svsu.edu/emplibrary/dryer%20article.pdf).
- DuGas, B.W., Esson. L & Ronaldson, S.E. (1999). *Nursing foundation*. (2nd.ed). Prentice hall Canada Inc. Scarborough. Ontario
- Frank, V.E., (1986). *The doctor and the soul : from psychoteraphy*. New York Vintage.
- Frank, V.E., (2006). *Logoterapi : terapi psikologi melalui pemaknaan eksistensi*. Alih bahasa : M. Murdadlo. Yogyakarta : Kreasi Wacana.
- Frank. V.E., (2004). *On the theory and therapy of mental disorders*. New York: Brunner-Rouledge.
- Hanas, R. (2004). *How to become an expert on your own diabetes* (2nd.Ed). London. Class Publishing.
- Hastono, S.P (2007). *Analisa data kesehatan*, Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan).
- Henrion, R. (2004). Logoanalysis : for treatment of mood disorder due to medical condition. Vol 27. No. 3. 2004. <http://proquest.com/>
- International Diabetes Federation., (2010), *Prevalence estimates of diabetes mellitus (DM)*, <http://www.diabetesatlas.org/content/wp-data>, diperoleh tanggal 1 Maret 2011
- Kass, J. (1996). Coping with lifethreatening illness using a logotherapeutic approach stage II clinical mental health counseling, *The international forum logotherapy*. Vol.12.No.113. 1996. <http://proquest.com/>
- Kyung Ah.,K., Jae Im, I., Hee Su, K. (2009). The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning and spiritual well being of adolescents with terminal cancer. Vol 15. No.2. April 2009, <http://proquest.com/>
- Lantz, J., (1998). Logotherapy with chronic physical illness clients. *The international forum logotherapy*. Vol.21.No.21. 1988. <http://proquest.com/>
- Lemeshow, dkk. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Penerjemah : Dibyong Pramono. Yogyakarta : Gadjah Mada university Press.
- LeMone, P & Burke, R. (2008), *Medical surgical nursing critical thinking in client care* (4th.ed), Upper Sadle River-New Jersey, Pearson Prentice Hall

- Lewis, M.H.,(2011). *A logotherapy practicum*. <http://homepage.mac.com/mhlewis/papers/practicum.pdf>.
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., & Dirksen, S.N, (2008), *Medical surgical nursing assesment and management clinical problem* (2nd.ed), St.louis, Missouri. mosby Elsevier.
- Lubkin, I.M & Larsen P.O., (2006). *Chronic illness : impact and intervention*. Jones and Barlett Publisher, Inc Sudbuy Messachusetts.
- Mars, G.M.J., Kempen, G.I.J.M.,Mesters.I., (2007). Characteristics of social participation as defined by older adults with a chronic physical illness. *Disability and rehabilitation*. Vol.30. No.17 August. 2007. <http://proquest.com/>
- Miller, F.J., (1991). *Coping with chronic illness : overcoming powerlessness*. (Ed.2). Davis Company F.A. Philadelphia.
- Murti, B. (2006). *Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kualitatif dan kuantitatif di bidang kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- NANDA International, (2009-2010), *NANDA Nursing Diagnosis : definitions and classification*, Philadelphia : NANDA International
- Notoatmojo, S., (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Reneka Cipta
- Parsian, N., (2009). Spirituality and coping in young adults with diabetes : a cross sectional study: *Edn autum*. Vol.6. No.3. August 17, 2009. <http://proquest.com/>.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S., (2008). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 2. Jakarta : Sagung Seto
- Sauer, P., Horn, E.R.V., (2009). Impact of intravenous insulin protocols on hypoypoglicemia, patient safety, and nursing work load. *Clinical dimension critical nursing*. Vol.28. No.3 June, 2009. <http://proquest.com/>
- Sjolie, I., (2001). A homopath looks at somatic manifestation of noogenic neuroses. *The international forum logotherapy*. Vol.24. No.10. 2001. <http://proquest.com/>
- Solowiejczyk, J. (2010), Diabetes and depression: some thoughts to think about. *Diabetes spectrum*, 23 (1), 11-15, [http:// spectrum.diabetesjournal.org/content/23/1/11.full](http://diabetesjournal.org/content/23/1/11.full),

Stefanics, C., (1996). Experience with logotherapy: nursing the elderly. *The International forum for logotherapy*. Vol.19.No.34. 1996.
<http://proquest.com/>

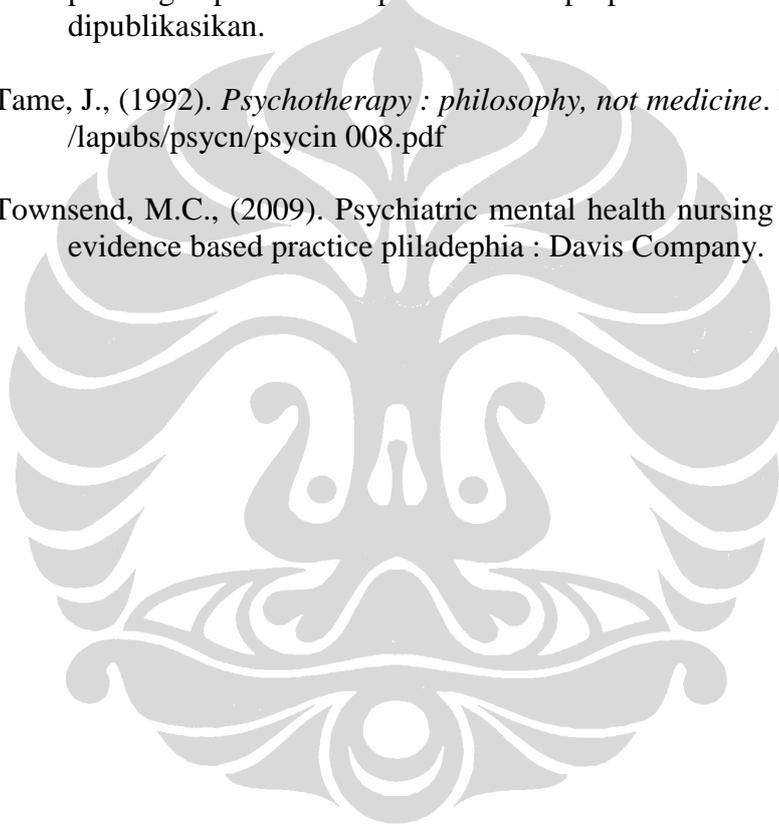
Stuart, L., (2001). *Principles and practice psychiatric nursing*. 8th.ed. St.Louis missiori. Elseiver mosby.

Sugiono, (2005). *Statitiska untuk penelitian*. Bandung. Alfabeta

Sutejo., (2007). Pengaruh logoterapi kelompok terhadap ansietas pada penduduk pasca gempa di Kabupaten kaltan propinsi Jawa tengah. *Tesis*. Tidak dipublikasikan.

Tame, J., (1992). *Psychotherapy : philosophy, not medicine*. [http://libertaian.co.uk /lapubs/psycn/psycin 008.pdf](http://libertaian.co.uk/lapubs/psycn/psycin 008.pdf)

Townsend, M.C., (2009). *Psychiatric mental health nursing : concepts of care in evidence based practice pliladephia* : Davis Company.



Kode Responden (diisi oleh peneliti)	



UNIVERSITAS INDONESIA

KUISIONER PENELITIAN

JUDUL :

**PENGARUH LOGOTERAPI INDIVIDU TERHADAP RESPON
KETIDAKBERDAYAAN KLIEN DIABETES MELLITUS DI RUMAH
SAKIT PROPINSI SULAWESI UTARA**

ESROM KANINE

PETUNJUK PENGISIAN :

1. Isilah setiap pernyataan yang ada pada kuisisioner sesuai dengan yang anda ketahui
2. Identitas responden pada kuisisioner ini **dirahasiakan**
3. Untuk menjaga kerahasiaan responden tidak perlu menuliskan nama cukup dengan kode yang tertulis di kanan atas
4. Keakuratan jawaban kuisisioner ini sangat penting dalam menentukan hasil penelitian

“ TERIMA KASIH dan SELAMAT MENGERJAKAN “

Lampiran : 1

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul penelitian : **Pengaruh Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara**

Pembimbing I : Novy Helena C.D, S.Kp., MSc

Pembimbing II : Tuti Nuraeni, S.Kp., M.Biomed

Peneliti : Esrom Kanine

No.HP : 0813 566 11122

Saya Esrom Kanine (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti ini akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara :

- 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
- 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.
- 3) Menghargai keinginan dan hak responden menarik diri atau tidak ikut proses penelitian

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden saudara.

Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Lampiran : 2

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini sampai dengan berakhirnya sesi terapi individu.

Manado,2011

Responden,

(_____)

Tandatangan

Lampiran 4

No. Responden :

(Diisi Oleh Peneliti)

KUISIONER B**INSTRUMEN EVALUASI RESPON KETIDAKBERDAYAAN SAYA
SETELAH MENDERITA PENYAKIT DIABETES**

Petunjuk Pengisian :

- Pilihlah salah satu dari jawaban pada “KOTAK” yang tersedia dengan memberi tanda **cek** (√)
- Pilihan jawaban :
 - Tidak Pernah** : Bila Tidak Pernah merasakan saat ini
 - Kadang-Kadang** : Bila Kadang-Kadang merasakan saat ini
 - Sering** : Bila Sering merasakan saat ini
 - Selalu** : Bila Selalu merasakan saat ini

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saya.....merasa mampu menjaga gula darah tetap normal setiap hari.				
2.	Saya.....merasa perawatan/pengobatan membantu proses penyembuhan sakit diabet ini.				
3.	Saya.....merasa menyerah/pasrah dengan kondisi diabetes saya.				
4.	Saya..... merasa sudah takdir saya menderita diabetes.				
5	Saya.....merasa emosi kalau diabetes saya kambuh dan harus dirawat rumah sakit.				
6.	Saya.....merasa emosi karena diabetes tidak pernah sembuh.				
7.	Sayamerasa mampu membedakan emosi karena diabetes dan emosi karena sebab lain				
8.	Saya.....merasa mampu menahan emosi kalau ada orang lain melarang keinginan				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
	saya untuk makan/minum seenaknya				
9.	Saya.....merasa emosi karena penyakit diabetes membatasi saya makan dan minum sesuka hati.				
10.	Saya.....merasa tidak berminat lagi merawat diri saya setelah menderita diabetes				
11.	Saya.....merasa tertarik dengan perawatan/pengobatan saat ini meskipun belum memenuhi semua harapan saya.				
12.	Saya.....merasa mampu melayani diri sendiri seperti makan, minum, berhias, ke kamar mandi dll.				
13.	Saya..... merasa mampu menetapkan tujuan atau alasan kalau dibatasi makan /minum di luar porsi yang sebenarnya				
14.	Saya.....merasa tidak mampu mengambil keputusan sendiri sejak sakit diabetes, sekalipun diberi kesempatan.				
15.	Saya..... merasa sangat ketergantungan dengan orang lain setelah sakit diabetes				
16.	Saya.....merasa perlu tahu banyak informasi tentang penyakit diabetes				
17.	Saya.....merasa belum tahu semua informasi diabetes walaupun sudah dijelaskan oleh petugas kesehatan				
18.	Saya.....merasa ingin tahu semua cara-cara pengobatan/perawatan diabetes				
19.	Saya.....merasa enggan memiliki keinginan untuk tahu lebih banyak penyakit diabetes				

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit *diabetes mellitus* menjadi masalah kesehatan di dunia terutama dinegara dengan populasi penduduk terbanyak di benua Asia seperti China, India dan Indonesia. Statistik kesehatan pada tahun 2010 menunjukkan angka *morbidity* klien *diabetes mellitus* (DM) pada usia 20-79 tahun, menempatkan India di urutan teratas sebanyak 50.768.300. Disusul China sebanyak 43.157.200 dan Indonesia sebanyak 6.963.500 klien DM. Angka *morbidity* ini, diperkirakan akan meningkat 1-2 % hingga tahun 2030 (International Diabetes Federation, 2010). Penyakit *diabetes mellitus* atau disingkat DM secara *epidemiologis* disebut penyakit *degeneratif*, tidak menular dan menjadi penyebab utama kematian akibat komplikasi DM.

Komplikasi DM meliputi penyakit *cardiovaskular*, *nephropathy*, *neuropathy*, amputasi dan *retinopathy*. Penyebab utama kematian akibat komplikasi DM adalah penyakit *kardiovaskular* terdiri dari *angina pectoris*, *infark myocard*, *stroke*, penyakit arteri perifer dan gagal jantung *kongestif*. Menurut *Centres for Diseases Control and Prevention* (CDC) tahun 2005, DM merupakan penyebab kematian keenam dari 18,2 juta populasi DM di Amerika Serikat. Kematian tersebut diakibatkan oleh komplikasi *kardiovaskuler* selain gagal ginjal, kebutaan dan amputasi (LeMone & Burke, 2008). *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2010, memperkirakan sebesar

147.390 klien DM meninggal setiap tahun di Indonesia. DM termasuk penyakit *heterogenetik* disebabkan *hiperglikemia*, gangguan intoleransi *glukosa* dan defisiensi *glukosa*.

Gangguan toleransi glukosa adalah kondisi tanpa gejala (*asymptomatic*) sebagai masa transisi dari normal ke DM, hal ini dikaitkan dengan perubahan kadar glukosa 2 jam *postprandial*. Menurut WHO (1999) dan *American Diabetic Assosiation* (2003), diagnosa DM ditegakkan apabila nilai kadar toleransi *glukosa* terganggu diatas nilai normal $140 < 200 \text{ mg/dl}$ dan kadar *glukosa* darah $\geq 200 \text{ mg/dl}$. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 melaporkan prevalensi nasional toleransi *glukosa* terganggu (TGT) adalah 10.2% dan total DM 5,7 % pada penduduk perkotaan Indonesia. Angka total DM merupakan gabungan persentasi diagnosa *diabetes mellitus* (DDM) 1,5% dan undiagnosed *diabetes mellitus* (UDDM) 4,2% (Dep.Kes RI, 2007).

Tipe DM secara etiologi terdiri dari 4 tipe yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM *gestasional* dan DM tipe lainnya (LeMone & Burke, 2008). DM tipe 1 umumnya terjadi pada anak-anak dan orang dewasa, disebabkan oleh *destruksi* produksi *insulin* oleh sel *beta* di *pankreas*. DM tipe 2 disebabkan oleh *resistensi insulin*, *defisiensi insulin*, faktor *obesitas*, kurangnya aktifitas, umur, riwayat genetik dan etnik (IDF, 2010). DM *gestasional* disebabkan intoleransi *glukosa* pada awal kehamilan sedangkan DM tipe lainnya dikaitkan dengan proses infeksi, trauma dan karena penyakit kanker (LeMone & Burke, 2008). Akibat gangguan produksi insulin pada klien DM akan menyebabkan gejala *hiperglikemia* dan *hipoglikemia* (Honas, 2004).

Homeostatis hormon *insulin* dalam darah sering dikaitkan dengan kondisi stress dan ketegangan psikologis sehingga berdampak pada perubahan perilaku dan psikososial. Menurut Honas (2004) kondisi *hipoglikemia* dan *hiperglikemia* akan memengaruhi perubahan perilaku dan psikososial seperti mudah marah, merasa cemas, sulit berkonsentrasi, sering bermimpi buruk dan merasa bingung. Solowiejczyk (2010), dalam penelitiannya pada klien DM menjelaskan bahwa perasaan ketidakberdayaan disebabkan pengalaman *distress* dan perubahan emosional seperti *agitasi*, frustrasi, marah, takut dan cemas.

Perasaan ketidakberdayaan yang dialami oleh klien DM, seringkali disertai gangguan depresi. Harper dan Jacques (2004, LeMone & Burke, 2008) mengemukakan bahwa klien DM beresiko mengalami depresi, perubahan perilaku dan perasaan negatif. Solowiejczyk (2010), mengatakan 10-15 % klien DM menunjukkan gejala depresi terkait *hiperglikemia* dan penatalaksanaan medis. Townsend (2009) menekankan ketidakberdayaan dengan kondisi *depresi*, *apatis* dan kehilangan kontrol yang diekspresikan oleh klien secara verbal.

Ketidakberdayaan didasari atas pertimbangan respons individu, karakteristik klien, validasi ketidakberdayaan. Carpenito (2008), mengidentifikasi batasan karakteristik ketidakberdayaan pada perasaan subjektif terhadap pola pengambilan keputusan, tanggung jawab dan peran klien. NANDA (2010), mengkategorikan ketidakberdayaan pada karakteristik ringan, sedang dan berat. Miller (1991), memvalidasi ketidakberdayaan melalui respon verbal, respon emosional, partisipasi klien dalam kegiatan sehari-hari serta tanggung jawab klien terlibat dalam perawatan dirinya.

Tindakan keperawatan dikembangkan berdasarkan pada pengkajian yang komprehensif pada sumber daya yang dimiliki klien untuk meningkatkan perasaan ketidakberdayaan. Miller (2000, dalam Lukbin & Larsen, 2006), menjelaskan sumber daya klien meliputi kekuatan fisik, energi, harapan, motivasi, pengetahuan, konsep diri positif, dukungan psikologis dan sosial *support*. Ketidakberdayaan secara nyata berkaitan dengan hilangnya *power*, kapasitas dan otoritas yang dimiliki oleh klien penyakit kronis dalam mempersepsikan tindakan yang diharapkan (Lubkin & Larsen, 2006). White dan Roberts (1993, dalam Lukbin & Larsen, 2006), mengidentifikasi aspek psikologis, kognitif, lingkungan dan keputusan klien sebagai sumber kekuatan dalam mendesain intervensi ketidakberdayaan.

Modifikasi pemecahan masalah klien dengan respon ketidakberdayaan menurut Hagerty dan Patusky (2003, dalam Ackley & Ladwig, 2008) adalah meningkatkan sikap optimis dan keyakinan yang realistik melalui perilaku kognitif (*behavior cognitive*) pada situasi perpektif yang berbeda dan melalui cara penghentian pikiran (*thought stoping*) untuk distorsi kognitifnya. Upaya pemecahan masalah klien melalui perilaku kognitif dan penghentian pikiran merupakan jenis psikoterapi untuk meminimalkan respon akibat ketidakberdayaan selain logoterapi.

Logoterapi dapat diimplementasikan pada klien dengan penyakit kronis dengan seperti klien dengan penyakit fisik seperti *arthritis*, *stroke*, *systemic lupus eritomateus*, penyakit jantung, penyakit paru kronis (Lantz, 1988). Lewis (2011) menjelaskan logoterapi dapat diaplikasikan klien dengan masalah coping pada penyakit kronis terminal, coping pada penyakit fisik kronis, proses berduka atau

berkabung depresi, *post traumatic syndrome disorder* (PTSD), manajemen stress, pencegahan dan pemulihan akibat ketergantungan alkohol, gangguan personal, gangguan *obsesi kompulsi, phobia*, gangguan *neurosis somatogenik*, gangguan *neurosis psikogenik*, gangguan *neurosis noogenik*, depresi.

Aplikasi penelitian logoterapi dalam keperawatan dilakukan oleh Stefanics pada tahun 1996. Penelitiannya mengeksplorasi pengalaman klien lansia yang mengalami perasaan tidak bermakna dan tidak memiliki tujuan hidup sehingga beresiko bunuh diri oleh karena depresi, keputusan, perubahan fisiologis, kehilangan pasangan hidup, perubahan sikap dan persepsi diri. Hasil penelitiannya menjelaskan klien lansia dapat menerima secara realistis akan kehidupan yang dijalani pada masa yang akan datang untuk memaknai hidupnya dengan nilai-nilai sikap dalam logoterapi.

Meraih kehidupan yang bermakna (*the meaningful life*) adalah motivasi utama manusia. *Medical ministry* merupakan salah satu teknik dalam logoterapi yang diindikasikan pada klien penyakit kronis termasuk klien DM yang mengalami respon ketidakberdayaan. *Medical ministry* bertujuan mengarahkan klien untuk mengembangkan sikap (*attitude*) yang tepat dan positif dan merealisasikan nilai-nilai bersikap (*attitudinal values*). Nilai-nilai bersikap menurut Bastaman (2007) adalah sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, keberanian menghadapi bentuk penderitaan yang tidak mungkin terelakkan lagi seperti sakit yang tidak dapat disembuhkan lagi, kematian dan menjelang kematian setelah semua upaya dilakukan maksimal.

Mendalami nilai-nilai bersikap pada dasarnya memberi kesempatan kepada seseorang untuk mengambil sikap yang tepat atas kondisi tragis dan kegagalan yang telah terjadi dan tidak dapat dielakkan lagi. Teknik pendalaman nilai- nilai bersikap dengan: 1) Merenungkan penderitaan : mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaan waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan kta sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini. 2) Membandingkan penderitaan : menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu, membandingkan dengan keadaan sekarang .

Esensi logoterapi adalah menekankan asas-asas kehidupan manusia meraih hidup yang bermakna (*the meaningful life*) yakni kebahagiaan sebagai motivasi utama manusia. Setiap manusia memiliki makna hidup dalam situasi dan kondisi apapun, bahkan makna hidup dapat ditemukan dalam keadaan yang menyenangkan atau pada keadaan penderitaan sekalipun. Demikian halnya klien DM meskipun dalam kondisi ketidakberdayaan menghadapi penyakit kronis, sesungguhnya klien DM masih dapat diberdayakan dengan mengubah pandangan dan mengembalikan kesadaran dalam memaknai hidupnya.

1.2 Tujuan

Setelah mempelajari modul ini diharapkan mampu :

- a. Mempelajari konsep yang mendasari logoterapi individu pada klien diabetes mellitus yang mengalami respon ketidakberdayaan
- b. Mengaplikasikan logoterapi individu pada klien diabetes mellitus yang mengalami respon ketidakberdayaan yang sedang menjalani perawatan di rumah sakit

1.3 Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan modul ini terdiri dari :

- Bab I : Pendahuluan
Bab II : Pedoman pelaksanaan logoterapi
Bab III : Implementasi logoterapi individu pada klien DM dengan respon ketidakberdayaan
Daftar pustaka

BAB 2

PEDOMAN PELAKSANAAN LOGOTERAPI

2.1 Pengertian Logoterapi

Dalam Bastaman (2007), dikatakan bahwa logoterapi berdasarkan etimologinya mengandung dua arti. Logoterapi berasal dari kata *logos* suatu istilah dalam bahasa Yunani yang dapat berarti spiritual atau makna, sedangkan terapi berarti penyembuhan atau pengobatan.

2.2 Karakteristik Manusia Dalam Kajian Filsafat Logoterapi

Pandangan logoterapi tentang manusia dikenal sebagai *logophilosophy* atau filsafat logoterapi. Berikut ini akan diuraikan pandangan logoterapi tentang manusia dikenal dengan filsafat logoterapi :

a. Manusia Sebagai *Unitas* bio-psiko-sosiokultural-spiritual

Manusia merupakan kesatuan utuh dimensi ragawi, kejiwaan dan spiritual atau disebut *unitas* bio-psiko-sosiokultural-spiritual. Frankl (1959, dalam Lewis, 2011), memandang manusia itu unik yang terdiri dari ragawi, psikis dan spirit dengan memiliki tiga segmen kesadaran manusia yaitu : alam sadar (*conscious*), alam pra sadar (*preconscious*) dan alam tidak sadar (*unconscious*).

Manusia merupakan makhluk yang luar biasa yang mampu melakukan *transendensi* diri dan perbuatan luar biasa pula karena adanya karunia potensi spiritual dalam dirinya. Transendensi diri dalam kehidupan sehari dikaitkan dengan perbuatan merenungkan keadaan diri sendiri dan mendambakan kondisi diri seperti yang diidam-idamkan, menyukai atau tidak menyukai diri sendiri serta. menilai diri sendiri dengan tolok ukur moralitas. Dengan

kemampuan transendensi diri manusia mampu keluar dan membebaskan diri dari kondisi raga, jiwa dan lingkungan untuk melakukan komitmen dengan nilai-nilai dan makna hidup yang layak diraih (Bastaman, 2007).

b. Manusia Memiliki Dimensi Spiritual

Dimensi *spirituality* dalam pandangan logoterapi tidak mengandung konotasi keagamaan karena dimensi ini dimiliki oleh manusia tanpa memandang ras, ideologi, agama dan keyakinan. Dimensi spiritual bercorak antropologi bukan teologis, bersifat sekuler disebut *noetic* sebagai padanannya. Fenomena spiritual ditinjau dari segi medik berarti sumber kesehatan (*the source of health*) yang tidak pernah terkena sakit sekalipun klien menderita sakit secara fisik dan mental (Bastaman, 2007).

Tindakan manusia seakan-akan terdorong atau didorong (*driven*) keatas oleh kebutuhannya. Dilain pihak tindakan-tindakan *noetik* merupakan respons yang benar-benar disadari seperti mengambil tanggung jawab, menerima komitmen, menentukan pribadi dan melakukan *transendensi* diri untuk memenuhi motivasi utama manusia yaitu untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) yang secara sadar berusaha meraih hidup bermakna atau *the meaningful life* (Bastaman, 2007).

c. Manusia Memiliki *Self Detachment*

Dimensi *noetik* menjelaskan bahwa manusia mampu melakukan *self detachment* yakni manusia secara sadar mengambil jarak terhadap dirinya serta mampu meninjau dan menilai dirinya seperti

mengenali keunggulan dan kelemahan sendiri serta merencanakan masa depan untuk mengubah kondisi buruk saat ini agar lebih baik lagi. Kemampuan manusia ini disebut transendensi diri (*self transcendence*) yang memungkinkan manusia mampu mengalihkan dimensi yang diartikan bahwa manusia mampu melepaskan perhatian dari kondisi saat ini dan memusatkan perhatian kepada kondisi diri yang diidam-idamkan dari aktualisasi diri ke ideal diri (Bastaman, 2007).

d. **Manusia Sebagai Makhluk Terbuka**

Manusia senantiasa berinteraksi dengan sesama manusia dalam lingkungan sosial budaya serta mampu mengolah lingkungan fisik sekitarnya. Keterbukaan ini menyebabkan manusia senantiasa melibatkan dirinya dengan berbagai nilai sosial budaya dan menentukan hal-hal yang bermakna dalam hidupnya yang dalam logoterapi dapat dicapai melalui karya bermanfaat dan kebajikan pada orang lain, meyakini dan menghayati keindahan, kearifan dan cinta kasih serta mengambil sikap yang tepat atas penderitaan yang tidak dapat dihindarkan lagi (Bastaman, 2007).

2.3 Landasan Filsafat Logoterapi

Landasan filsafat logoterapi menurut Frankl (1969, dalam Lewis, 2011) menekankan pada tiga asumsi dasar yaitu : kebebasan berkehendak (*freedom of the will*), hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) dan makna hidup (*the meaning of life*). Tiga asumsi dasar tersebut merupakan motivasi utama manusia guna meraih taraf kehidupan bermakna (*the meaningful life*) dan dianggap sebagai

gambaran kepribadian yang ideal. Menurut Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007), menjelaskan bahwa logoterapi memiliki filsafat manusia yang melandasi asa-asis, ajaran dan tujuan logoterapi sebagai berikut :

a. Kebebasan Berkehendak (*the freedom of will*)

Kebebasan sifanyat bukan tak terbatas karena manusia adalah makhluk terbatas meskipun memiliki potensi luar biasa. Frankl (1969, dalam Lewis, 2011), menjelaskan bahwa kebebasan bukan saja terbebas dari kondisi sakit, rasa bersalah dan kematian tetapi kebebasan mengaktualisasi nilai-nilai kehidupan sebagai suatu peluang. Selanjutnya, Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007) menekankan bahwa kebebasan manusia menentukan sikap terhadap kondisi lingkungan maupun diri sendiri artinya manusia dalam batas-batas tertentu memiliki kemampuan dan kebebasan untuk mengubah kondisi hidupnya guna meraih kehidupan yang berkualitas disertai rasa tanggung jawab (*responsibility*) agar tidak berkembang menjadi kesewenang-wenangan.

Menurut Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007) menjelaskan bahwa manusia memiliki keterbatasan dalam aspek ragawi, kejiwaan dan kerohanian. Keterbatasan aspek ragawi meliputi tenaga, daya tahan, stamina, usia sedangkan keterbatasan aspek kejiwaan meliputi keterbatasan dalam hal kemampuan, ketrampilan, kemauan, ketekunan, bakat, sifat, tanggungjawab pribadi dan keterbatasan aspek kerohanian menjelaskan manusia juga mengalami keterbatasan dalam hal iman, ketaatan beribadah dan cinta kasih.

b. Hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*)

Hidup bermakna merupakan gerbang kearah kepuasan dan kebahagiaan hidup sebagai ganjarannya karena setiap manusia menginginkan dirinya menjadi orang yang bermartabat dan berguna bagi dirinya, keluarga, masyarakat disekitarnya dan berharga di mata Tuhan (Bastaman, 2007). Menurut Lewis (2011), hasrat untuk hidup bermakna merupakan dasar motivasi utama manusia menemukan kehidupan yang bermakna diyakini memiliki karakteristik objektif terhadap lingkungannya. Manusia memang mendapat pengaruh lingkungan tetapi manusia pun mampu mempengaruhi lingkungan dan dapat mengambil sikap, memberikan respons serta melakukan tindakan atas kemauan sendiri (Bastaman, 2007).

Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007), menjelaskan bahwa jika manusia memenuhi hasrat untuk hidup bermakna maka kehidupan akan dirasakan sangat berguna, berharga dan berarti (*meaningful life*) dan penghargaannya adalah kebahagiaan (*happiness*) sebaliknya jika tidak terpenuhi akan menyebabkan kehidupan dirasakan tak bermakna (*meaningless*). Kehidupan tak bermakna (*meaningless*) menurut Frankl (1973, dalam Bastaman, 2007) dimanifestasikan dengan kekecewaan, kehampaan hidup, gersang, merasa tak memiliki tujuan hidup, merasa hidupnya tidak berarti, bosan dan apatis. Jika kondisi ini tidak teratasi dan berlarut larut akan menjelma menjadi mejadi gangguan *neurosis noogenik*, karakter totaliter dan konformis.

Gangguan *neurosis noogenik* dimanifestasikan dengan keluhan serba bosan, hampa, keputusasaan, kehilangan minat, kehilangan inisiatif, merasa hidup tidak berarti, merasa kehidupan sehari-hari sebagai rutinitas disertai perasaan sekan-akan dirinya tak pernah mencapai kemajuan apapun dalam hidupnya bahkan prestasi yang pernah dicapai dirasakan tidak ada harganya sama sekali dan sikap acuh tak acuh berkembang, rasa tanggung jawab terhadap diri sendiri dan lingkungannya sekan-akan menghilang. Frankl (2003) menjelaskan bahwa *neurosis noogenik* muncul sebagai akibat konflik moral dan berbeda dengan *neurosis psikogenik* tetapi lebih pada *noological* dari bahasa Yunani “*noos*” yang berarti dimensi pikiran dari keberadaan manusia yang dalam istilah logoterapi berkaitan dengan sisi spiritual.

Karakter totaliter mencerminkan gambaran pribadi yang memiliki kecenderungan memaksakan tujuan, kepentingan, kehendaknya sendiri dan tidak bersedia menerima masukan dari orang lain. Sebaliknya karakter konformis menjelaskan pribadi yang cenderung kuat untuk selalu berusaha mengikuti dan menyesuaikan diri terhadap tuntutan lingkungan sekitarnya meskipun berawal dari kekecewaan dan kehampaan hidup sebagai akibat tidak berhasilnya memenuhi motivasi utama yaitu hasrat untuk hidup bermakna (Bastaman, 2007).

c. Makna hidup (*the meaning of life*)

Makna hidup memiliki karakteristik karena sifatnya unik, pribadi dan temporer, spesifik dan nyata, pedoman dan arah. Bastaman (2007) memberi penekanan pada karakteristik makna hidup

tersebut mengandung arti bahwa, apa yang dianggap berarti belum tentu berarti bagi orang lain karena makna hidup seseorang dan apa yang bermakna bagi dirinya sifatnya khusus, berbeda dan tak sama dengan makna hidup orang lain dari waktu ke waktu akan berubah. Makna hidup tidak dapat diberikan oleh siapa pun melainkan harus dicari, dijajaki dan ditemukan sendiri.

Frankl (2003) mengemukakan bahwa makna hidup selalu berubah bahkan tidak pernah berhenti melalui tiga cara yang berbeda yaitu :

- 1) Melakukan suatu perbuatan dengan cara mencapai prestasi
- 2) Dengan mengalami sebuah nilai seperti bekerjanya alam atau kebudayaan dan pengalaman seseorang
- 3) Makna penderitaan diartikan dengan mengaktualisasikan nilai tertinggi melalui situasi yang tidak terhindarkan, nasib yang tidak pernah berubah, penyakit yang tidak terobati.

Individu yang mampu menghayati hidup bermakna menunjukkan corak kehidupan penuh semangat dan tanggung jawab, penuh gairah hidup dan jauh dari perasaan hampa dalam menjalani kehidupan sehari-hari dan pada akhirnya akan menimbulkan perasaan kebahagiaan (*happiness*). Meskipun pada suatu saat berada dalam situasi yang tidak menyenangkan atau mengalami penderitaan, individu tersebut akan menghadapinya dengan sikap tabah serta sadar bahwa ada hikmah yang tersembunyi dibalik penderitaannya sehingga makna hidup yang diraih melalui sumber-sumber makna hidup merupakan hal yang sangat berharga dan bernilai tinggi (Bastaman, 2007).

2.4 Indikasi Logoterapi

Institut Viktor Frankl mempublikasi studi kasus sejak tahun 1996 sampai dengan 2010 menggunakan pendekatan logoterapi pada masalah dan diagnosis, yaitu : koping pada penyakit kronis terminal, koping pada penyakit fisik kronis, proses berduka atau berkabung depresi, *post traumatic syndrome disorder* (PTSD), manajemen stress, pencegahan dan pemulihan akibat ketergantungan alkohol, gangguan personal, gangguan *obsesi kompulsi*, *phobia*, gangguan *neurosis somatogenik*, gangguan *neurosis psikogenik*, gangguan *neurosis noogenik*, depresi (Lewis, 2011).

2.5 Teknik Logoterapi

Frankl (1979 dalam Bastaman, 2007) mengemukakan metode dan aplikasi klinik logoterapi antara lain *paradoxical intention*, *dereflection* dan *medical ministry*.

a. Teknik *Paradoxical Intention*

Teknik *paradoxical intention* atau pembalikan keinginan merupakan terapi yang unik dalam logoterapi dalam psikoterapi eksistensial, dikenalkan pertama kali oleh Frankl pada tahun 1929 di Wina Austria. Teknik *paradoxical intention* diindikasikan pada kasus fobia, *obsessive compulsive*, insomnia (Frankl, 2003). Sedangkan kontra indikasi adalah pada kasus depresi dengan kecenderungan bunuh diri (Bastaman, 2007).

Pada dasarnya teknik *paradoxical intention* memanfaatkan kemampuan mengambil jarak (*self detachment*) dan kemampuan mengambil sikap terhadap kondisi diri sendiri dan lingkungan dengan memanfaatkan rasa humor (*sense of humor*). Teknik

paradoxical intention diaplikasikan pada kasus fobia dengan mengubah perasaan yang semula takut menjadikan akrab dengan objek yang ditakutinya sedangkan pada kasus *obsessive compulsive* yaitu dengan mengendalikan dan memunculkan secara ketat dorongan – dorongannya agar tak tercetus dengan sikap humor. Teknik ini memiliki keterbatasan karena akan terasa sulit dilakukan pada klien yang kurang memiliki rasa humor (Bastaman, 2007).

b. Teknik *Dereflection*

Salah satu bentuk eksistensi manusia yaitu kemampuannya untuk bangkit dari semua kondisi dan mengatasi dirinya kemudian mencurahkan perhatian pada hal-hal positif dan bermanfaat disebut *dereflection* (Frankl, 2003). Keinginan berlebihan (*hyperintention*) dan merenungkan berlebihan (*hyperreflection*) harus dilawan dengan meniadakan perenungan atau *dereflection* (Frankl, 2003). Bastaman (2007) menjelaskan bahwa gejala *hyperintention* dan *hyperreflection* akan menghilang dan terjadi perubahan sikap yaitu sikap yang semula terlalu memerhatikan diri sendiri (*self concerned*) menjadi komitmen terhadap sesuatu yang penting bagi klien sendiri (*self comitment*).

c. Teknik *Medical Ministry*

Logoterapi dengan mengarahkan klien untuk berusaha mengembangkan sikap (*attitude*) yang tepat dan positif dan merealisasikan nilai-nilai bersikap (*attitudinal values*) sebagai salah satu sumber makna hidup disebut *medical ministry*. Tujuan utama teknik ini adalah membantu seseorang menemukan makna hidup dari penderitaannya. Penderitaan memang dapat memberikan

makna dan manfaat apabila seseorang dapat mengubah sikap terhadap penderitaan itu menjadi lebih baik lagi (Bastaman, 2007).

Yang dimaksudkan dengan nilai-nilai bersikap menurut Bastaman (2007) adalah sikap menerima dengan penuh ketabahan, kesabaran, keberanian meghadapi bentuk penderitaan yang tidak mungkin terelakkan lagi seperti sakit yang tidak dapat disembuhkan lagi, kematian dan menjelang kematian setelah semua upaya dilakukan maksimal. Bastaman (2007) menjelaskan bahwa hal yang akan diubah bukanlah keadaannya melainkan sikap (*attitude*) yang diambil dalam menghadapi keadaan. Bastaman memberikan contoh apabila menghadapi keadaan yang tidak mungkin diubah atau dihindari maka sikap yang tepat adalah menerima dengan penuh ikhlas dan tabah pada hal-hal tragis yang tidak mungkin dihindari lagi dapat mengubah pandangan seseorang dari semula yang diwarnai penderitaan semata-mata menjadi pandangan yang mampu melihat makna dan hikmah dari penderitaan.

Mendalami nilai-nilai bersikap pada dasarnya memberi kesempatan kepada seseorang untuk mengambil sikap yang tepat atas kondisi tragis dan kegagalan yang telah terjadi dan tidak dapat dielakkan lagi. Bastaman (2007), menjeaskan teknik pendalaman nilai- nilai bersikap dengan:

1) Merenungkan penderitaan

Teknik untuk mendalami nilai-nilai bersikap terkait dengan merenungkan penderitaan, yaitu :

- Mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu

- Bagaimanakah perasaan waktu lalu
 - Bagaimanakah cara mengatasinya
 - Bagaimanakah perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut
 - Pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini.
- 2) Membandingkan penderitaan :
- Menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya
 - Menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu
 - Membandingkan dengan keadaan sekarang

2.6 Pelaksanaan Logoterapi Individu

Teknik pelaksanaan logoterapi ini mengacu pada modul pedoman pelaksanaan logoterapi yang dikembangkan oleh Sutejo (2009) dan Wijayanti (2010) tentang implementasi logoterapi kelompok pada klien *ansietas* menggunakan metode *paradoxical intention* dan *dereflection* melalui 4 sesi dalam pelaksanaannya. Pada penyusunan modul ini, penulis mengaplikasikan metode *medical ministry* pada sesi 3. Adapun 4 sesi tersebut sebagai berikut :

1. Sesi 1 : Membina hubungan saling percaya

Sesi ini bertujuan untuk mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antara terapis dan klien DM. Selain itu sesi ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi masalah yang muncul akibat respon ketidakberdayaan pada klien DM. Pada tahap ini terapis memperkenalkan diri, menanyakan perasaan klien, menjelaskan tujuan serta manfaat dari logoterapi. Terapi mengidentifikasi

masalah yang muncul akibat respon ketidakberdayaan terhadap penyakit DM

2. Sesi 2 : Mengidentifikasi reaksi dan respon klien terhadap masalah pada sesi kedua ini, klien diminta untuk mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dialami oleh klien. Adapun respon tersebut meliputi respon emosional, respon perilaku, partisipasi dalam kegiatan sehari-hari dan tanggung jawab klien dalam keterlibatan perawatan penyakit DM. Terapis menanyakan kepada klien cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut, bagaimana hasilnya serta mengidentifikasi masalah yang belum teratasi.

3. Sesi 3 : Teknik *medical ministry*

Pada sesi ketiga ini terapis membantu masalah klien dan mendiskusikannya melalui teknik *medical ministry*. Pada sesi ini terapis membantu merealisasikan nilai-nilai bersikap (*the attitude values*) sebagai salah satu sumber dalam menemukan makna hidupnya. Teknik pendalaman nilai-nilai bersikap (*the attitude values*) yaitu merenungkan penderitaan yang pernah dialami oleh klien DM dengan : mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaan waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimanakah perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini. Selain itu klien DM juga diminta untuk menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang

diperolehnya dari peristiwa itu selanjutnya membandingkan dengan keadaan sekarang

4. Sesi 4 : Evaluasi

Evaluasi ini bertujuan untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi melalui teknik *medical ministry*, menemukan makna hidup yang klien dapatkan dan mampu menerima perpisahan. Terapis mendiskusikan bersama klien yang sudah dan belum teratasi. Pada akhir sesi ini, terapis mendiskusikan rencana tindak lanjut dari masalah yang belum diatasi.

2.7 Peran dan Kegiatan Terapis

Peran terapis dalam pelaksanaan kegiatan logoterapi menurut Samiun (2007, dalam Sutejo, 2009) adalah menjaga hubungan baik yang akrab dan pemisahan ilmiah, mengendalikan filsafat pribadi, terapis bukan guru atau pengkhabat dan membantu individu menemukan makna hidupnya. Adapun peran terapis dalam kegiatan kelompok sebagai berikut :

1. Menjaga hubungan yang akrab dan pemisahan ilmiah

Terapis menciptakan hubungan antara klien dengan mencari keseimbangan antara dua ekstrem yaitu hubungan yang akrab seperti simpati dan pemisahan secara ilmiah dalam menangani klien sejauh ia melibatkan diri dalam teknik terapi.

2. Mengendalikan filsafat pribadi

Terapis tidak memaksakan konsep tentang nilai-nilainya sendiri pada klien atau memindahkan filsafat pribadi pada klien karena logoterapi bertujuan untuk menangani masalah-masalah yang

berkaitan dengan nilai-nilai spiritual seperti aspirasi terhadap hidup yang bermakna, makna cinta, makna penderitaan dan sebagainya.

3. Terapis bukan guru atau pengkhotbah

Terapis harus membiarkan klien untuk tugas hidupnya sebagai orang yang bertanggungjawab terhadap masyarakat, terhadap suara hatinya atau terhadap Tuhan. Terapis adalah seorang spesialis mata dalam pengertian ia memberikan kemungkinan kepada klien untuk melihat dunia sebagaimana adanya dan bukan seorang pelukis yang menyajikan dunia sebagaimana ia melihat sendiri.

4. Membantu individu menemukan makna hidupnya

Penemuan makna hidup adalah sesuatu hal yang kompleks dan membutuhkan proses perenungan yang mendalam. Hal yang perlu diperhatikan terapis selama pelaksanaan logoterapi adalah menghindari untuk memaksakan suatu makna tertentu kepada klien, melainkan sebaliknya mengarahkan dan mempertajam akan makna hidupnya. Upaya terbaik dari seorang terapis dalam membantu klien agar mengenali apa yang dilakukan dalam hidupnya adalah mempedulikan dan menciptakan kondisi bersahabat sehingga klien secara bebas memahami keunikan dirinya tanpa merasa takut atau kuatir ditolak.

BAB 3
APLIKASI LOGOTERAPI INDIVIDU PADA
KLIEN DM RESPON KETDAKBERDAYAAN

SESI I : Membina Hubungan Yang Baik Dan Nyaman

1. Tujuan

- a. Mengembangkan hubungan yang baik dan nyaman antara terapis, klien dan keluarga
- b. Menjelaskan tujuan dan manfaat logoterapi bagi klien DM
- c. Mengidentifikasi masalah yang muncul dan dialami klien akibat penyakit DM

2. Setting

- a. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
- b. Suasana ruangan tenang
- c. Terapis dan klien duduk berhadapan

3. Alat

- a. Alat tulis
- b. Buku kerja klien
- c. Format dokumentasi perawat

4. Metode

- a. Diskusi dan tanya jawab
- b. Curah pendapat

5. Langkah Kegiatan

5.1 Persiapan

- a. Membuat kontrak waktu dan tempat dengan klien
- b. Menjelaskan teknik pelaksanaan logoterapi yang terdiri dari 4 sesi selama 45 menit

5.2 Pelaksanaan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

- Salam dari terapis kepada klien
- Memperkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama)

b. Evaluasi/validasi

- Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
- Menanyakan masalah yang dihadapi terkait dengan pengalaman selama menderita penyakit DM

c. Kontrak

- Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu mengembangkan hubungan baik dan nyaman antara terapis dan klien mengenai masalah yang dihadapi selama menderita penyakit DM
- Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan logoterapi yaitu lama kegiatan 45 menit yang diikuti oleh klien dari awal sampai akhir.

2. Fase kerja

a. Meminta klien untuk memperkenalkan diri (nama, umur, alamat tempat tinggal, menyebutkan anggota keluarga, dirumah tinggal dengan siapa)

b. Beri penjelasan tujuan dan manfaat logoterapi bagi klien

c. Meminta klien menyebutkan perubahan yang dirasakan selama mengalami penyakit DM

d. Diskusikan bersama klien tentang masalah yang dihadapi selama menderita penyakit DM

- e. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan pendapatnya terhadap masalahnya selama menderita penyakit DM
 - f. Beri pujian atas partisipasi klien dalam mengidentifikasi masalahnya selama menderita penyakit DM
 - g. Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas
3. Fase terminasi
- a. Evaluasi
 - Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti logoterapi
 - Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
 - b. Rencana Tindak Lanjut
 - Menganjurkan klien untuk mencoba mengidentifikasi masalah atas respon ketidakberdayaan yang dialami selama menderita penyakit DM yang akan didiskusikan pada sesi berikutnya.
 - Menganjurkan klien mengidentifikasi masalahnya dan menuliskan pada buku kerja klien
 - c. Kontrak yang akan datang
 - Menyepakati kontrak yang akan datang yaitu mengidentifikasi reaksi atau respon terhadap masalah yang dirasakan, mengidentifikasi cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah serta mengidentifikasi pelajaran / hikmah yang diperoleh atas masalah yang dialaminya.

5.3 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Format evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pencapain tujuan selama terapi berlangsung (memperkenalkan diri, mengidentifikasi dan mengungkapkan pendapat terhadap respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM)

Format Evaluasi

Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Memperkenalkan diri					
2.	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM					
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan

- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien, apabila klien dinilai mampu mengikuti logoterapi sesi 1 maka catatan terapis adalah kemampuan klien mampu memperkenalkan diri, mengidentifikasi respon ketidakberdayaan dan mengungkapkan pendapat terhadap respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM. Klien tidak dapat melanjutkan pada sesi kedua apabila dianggap tidak mampu memperkenalkan diri, mengidentifikasi respon ketidakberdayaan dan mengungkapkan pendapat terhadap respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM

Format Dokumentasi

Sesi 1 Logoterapi Individu :

Membina Hubungan Baik dan Nyaman

Nama Klien :

Tanggal :

No	Memperkenalkan diri	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM
1			
2			
3			

Catatan :

SESI II : Mengidentifikasi Reaksi Dan Respon Masalah Terhadap Masalah

1. Tujuan

- a. Klien mampu mengungkapkan reaksi dan respon ketidakberdayaan meliputi respon verbal, respon emosional, partisipasi klien dalam aktifitas sehari-hari dan tanggung jawab serta keterlibatan klien dalam perawatannya selama menderita penyakit DM
- b. Klien mampu mengungkapkan perasaannya atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM
- c. Klien mampu mengungkapkan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM
- d. Klien mampu mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM

2. Setting

- a. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
- b. Suasana ruangan tenang
- c. Terapis dan klien duduk berhadapan

3. Alat

- a. Alat tulis
- b. Buku kerja pasien
- c. Format evaluasi dan dokumentasi perawat

4. Metode

- a. Diskusi dan tanya jawab
- b. Curah pendapat

5. Langkah Kegiatan

5.1 Persiapan

- a. Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

5.2 Pelaksanaan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

- Salam dari terapis kepada klien
- Terapis memakai pakai papan nama

b. Evaluasi/validasi

- Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
- Menanyakan kembali tentang masalah lain yang dialami klien

c. Kontrak

- Menjelaskan tujuan pertemuan kedua yaitu mengidentifikasi reaksi klien mengenai masalah yang dihadapi, klien mampu mengungkapkan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi perasaan atau penderitannya atas respon ketidakberdayaan dan, mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitannya selama menderita penyakit DM
- Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan logoterapi yaitu lama kegiatan 45 menit yang akan diikuti oleh klien dari awal sampai akhir.

2. Fase kerja
 - a. Diskusikan bersama klien bagaimana reaksi dan respon yang dirasakan selama menderita penyakit DM
 - b. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan pendapatnya terhadap masalah selama menderita penyakit DM meliputi respon emosional, perilaku, partisipasi dalam kegiatan sehari-hari dan tanggung jawab klien dalam keterlibatan perawatannya selama menderita penyakit DM
 - c. Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan cara mengatasi masalah yang dirasakannya selama menderita penyakit DM
 - d. Berikan pujian pada klien atas partisipasinya selama mengikuti proses logoterapi
 - e. Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas
3. Fase terminasi
 - a. Evaluasi
 - Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti logoterapi
 - Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
 - b. Rencana Tindak Lanjut
 - Motivasi klien untuk mengidentifikasi reaksi dan respon lain yang ditimbulkan selama menderita penyakit DM

- Motivasi klien untuk mengidentifikasi cara-cara untuk mengatasi masalah akibat menderita penyakit DM
- c. Kontrak yang akan datang
- Menyepakati kontrak yang akan datang yaitu mendiskusikan teknik *medical ministry* yaitu klien diminta untuk merenungkan penderitaan dengan : mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaannya waktu itu, bagaimana cara mengatasinya, bagaimana perasaan sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran dan hikmah apa yang diperoleh dibalik penderitaan ini.

5.3 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi kedua adalah kemampuan pencapaian tujuan selama terapi berlangsung adalah klien mampu: mengungkapkan reaksi/respon ketidakberdayaan melalui respon verbal, respon emosional, partisipasi klien dalam aktifitas sehari-hari dan tanggung jawab serta keterlibatan klien dalam perawatannya, mengungkapkan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan, mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM.

Klien tidak dapat melanjutkan ke sesi tiga apabila dianggap tidak mampu mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan melalui respon verbal, respon emosional, partisipasi klien dalam aktifitas sehari-hari dan tanggung jawab serta keterlibatan klien dalam perawatannya, mengungkapkan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan, mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM.

Format Evaluasi

Sesi 2 Logoterapi Individu :

Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien			
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM				
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM				
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan				

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
	selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien, apabila klien dinilai mampu mengikuti logoterapi sesi kedua maka catatan terapis adalah kemampuan klien mampu mengungkapkan reaksi respon yang dirasakan akibat menderita penyakit DM,

Format Dokumentasi

Sesi 2 Logoterapi Individu :

Mengidentifikasi Reaksi dan Respon klien Terhadap Masalah

Nama Klien :

Tanggal :

No	Mengungkapkan reaksi/ respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan perasaan / penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM
1				
2				
3				
4				

Catatan :

SESI III : Teknik *Medical Ministry*

1. Tujuan

- a. Klien mampu menjelaskan cara-cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang terkait dengan penderitaannya selama menderita penyakit DM
- b. Klien mampu mengatasi masalah yang belum teratasi dengan mendalami nilai-nilai bersikap (*the attitude values*) melalui teknik *medical ministry*

2. Setting

- a. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
- b. Suasana ruangan tenang
- c. Terapis dan klien duduk berhadapan

3. Alat

- a. Alat tulis
- b. Buku kerja klien
- c. Format evaluasi dan dokumentasi perawat

4. Metode

- a. Diskusi dan tanya jawab
- b. Curah pendapat

5. Langkah Kegiatan

5.1 Persiapan

- a. Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

5.2 Pelaksanaan

1. Fase orientasi
 - a. Salam terapeutik

- Salam dari terapis kepada klien
 - Terapis (pakai papan nama)
 - b. Evaluasi/validasi
 - Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
 - Menanyakan kembali tentang masalah yang dihadapi terkait dengan pengalaman selama menderita penyakit DM
 - c. Kontrak
 - Menjelaskan tujuan pertemuan ketiga yaitu mengatasi masalah yang dirasakan sebagai penderitaan bagi klien selama menderita penyakit DM dengan mendalami nilai-nilai bersikap (*the attitude values*) melalui teknik *medical ministry*.
 - Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan logoterapi yaitu lama kegiatan 45 menit yang diikuti oleh klien dari awal sampai akhir.
2. Fase kerja
- a. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan/penderitaannya yang pernah dialami dan belum teratasi selama menderita penyakit DM
 - b. Diskusikan bersama klien untuk mengatasi masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* dengan cara pertama yaitu merenungkan penderitaan yang pernah dialami oleh klien DM dengan :
mengingat kembali suatu penderitaan yang pernah dialami pada waktu lalu, bagaimanakah perasaan waktu lalu, bagaimanakah cara mengatasinya, bagaimanakah

perasaan kita sekarang atas pengalaman tersebut, pelajaran apa yang kita peroleh dan hikmah apa yang ada dibalik penderitaan ini.

- c. Diskusikan bersama klien nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* dengan cara kedua yaitu :
menghubungi kenalan yang pernah mengalami penderitaan yang sama dan telah berhasil mengatasinya, menanyakan pelajaran dan hikmah apa yang diperolehnya dari peristiwa itu selanjutnya membandingkan dengan keadaan sekarang.
 - d. Beri motivasi klien untuk mempraktekkan kemampuan teknik *medical ministry* dalam mengatasi masalahnya yang lain
 - e. Berikan kesempatan pada klien untuk memberikan tanggapan tentang cara yang telah diajarkan oleh terapis.
 - f. Berikan pujian pada klien atas partisipasinya
3. Fase terminasi
- a. Evaluasi
 - Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti logoterapi
 - Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
 - b. Rencana Tindak Lanjut
 - Mengajukan klien untuk mengidentifikasi masalah yang belum teratasi
 - Motivasi klien untuk mencoba cara yang telah diajarkan terapis terhadap masalah lain dengan teknik *medical ministry*

- c. Kontrak yang akan datang
- Menyetujui kontrak yang akan datang yaitu mengevaluasi hasil pelaksanaan teknik *medical ministry* serta menemukan makna yang klien dapatkan.
 - Menyetujui waktu dan pertemuan berikutnya

5.3 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi ketiga adalah kemampuan mengatasi masalah dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry*.

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu :

Teknik *Medical ministry* Terhadap Ketidakberdayaan

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengidentifikasi masalah yang belum teratasi selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik <i>medical ministry</i> cara pertama.					

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
3.	Mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik <i>medical ministry</i> cara kedua					
4.	Memberikan tanggapan cara yang telah diajarkan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 2 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien. Apabila klien dinilai mampu mengikuti logoterapi sesi ketiga maka catatan terapis adalah apakah klien mampu mengidentifikasi masalah yang belum teratasi selama menderita penyakit DM, mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* cara pertama, mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* cara kedua memberikan tanggapan cara yang telah diajarkan.

Klien tidak dapat melanjutkan pada sesi ke empat apabila dianggap tidak mampu mengidentifikasi masalah yang belum

teratasi selama menderita penyakit DM, mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* cara pertama, mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik *medical ministry* cara kedua, memberikan tanggapan cara yang telah diajarkan.

Format Dokumentasi
Sesi 3 Logoterapi Individu :
Teknik *Medical ministry* Terhadap Ketidakberdayaan

Nama Klien :

Tanggal :

No	Mengidentifikasi masalah yang belum teratasi selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik <i>MM</i> cara pertama	Mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik <i>MM</i> cara kedua	Memberikan tanggapan cara yang telah diajarkan
1				
2				
3				

Catatan

SESI IV : Evaluasi

1. Tujuan

- a. Klien mampu mencoba teknik *medical ministry* dalam mengatasi masalah akibat menderita penyakit DM
- b. Klien mampu mengidentifikasi makna hidup setelah menggunakan teknik *medical ministry*
- c. Klien mampu menerima perpisahan setelah kegiatan logoterapi selesai diberikan

2. Setting

- a. Pertemuan dilakukan di ruangan yang telah disiapkan
- b. Suasana ruangan tenang
- c. Terapis dan klien duduk berhadapan

3. Alat

- a. Alat tulis
- b. Buku kerja klien
- c. Format evaluasi dan dokumentasi perawat

4. Metode

- a. Diskusi dan tanya jawab
- b. Curah pendapat

5. Langkah Kegiatan

5.1 Persiapan

- a. Mengingatkan kontrak waktu dan tempat dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

5.2 Pelaksanaan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

- Salam dari terapis kepada klien
- Terapis (pakai papan nama)

b. Evaluasi/validasi

- Menanyakan bagaimana perasaan saat ini
- Menanyakan kembali cara yang telah diajarkan oleh terapis yakni teknik *medical ministry* dalam mengatasi masalah/respon ketidakberdayaan klien DM

c. Kontrak

- Menjelaskan tujuan pertemuan keempat yaitu mengevaluasi hasil pelaksanaan logoterapi melalui teknik *medical ministry* sehingga mampu menemukan makna hidup dan mampu menerima perpisahan
- Menjelaskan aturan main dalam pelaksanaan logoterapi yaitu lama kegiatan 45 menit yang diikuti oleh klien dari awal sampai akhir.

2. Fase kerja

- a. Diskusikan bersama klien mengenai hasil dari teknik *medical ministry* dalam mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM.
- b. Beri kesempatan pada klien untuk menjelaskan masalah yang sudah dan belum teratasi.

- c. Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan cara mengatasi masalah yang dirasakan.
 - d. Berikan pujian pada klien atas partisipasinya.
 - e. Berikan kesimpulan tentang topik yang telah dibahas
3. Fase terminasi
- a. Evaluasi
 - Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti logoterapi
 - Terapis memberikan reinforcement positif kepada klien
 - b. Rencana Tindak Lanjut
 - Menganjurkan klien mempraktekkan teknik *medical ministry* cara pertama dan kedua untuk mengatasi masalah yang dihadapi.
 - Bekerjasama dengan perawat diruangan untuk mempertahankan logoterapi individu
 - c. Kontrak yang akan datang
 - Mengakhiri pertemuan logoterapi dan melaporkan pelaksanaan kepada perawat/petugas di ruangan

5.3 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama proses fase kerja berlangsung. Aspek atau hal yang dievaluasi pada sesi keempat adalah hasil pelaksanaan logoterapi melalui teknik *medical*

ministry , menemukan makna hidup yang klien dapatkan dan mampu menerima perpisahan.

Format Evaluasi

Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

1) Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien dan apabila klien dinilai mampu Menjelaskan hasil dari teknik *medical ministry* dalam mengatasi masalah, Mengungkapkan masalah yang sudah

dan belum teratasi, Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik *medical ministry* dan Menerima perpisahan

Format Dokumentasi
Sesi 3 Logoterapi Individu : Evaluasi

Nama Klien :

Tanggal :

No	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>	Menerima perpisahan
1				
2				
3				

Catatan



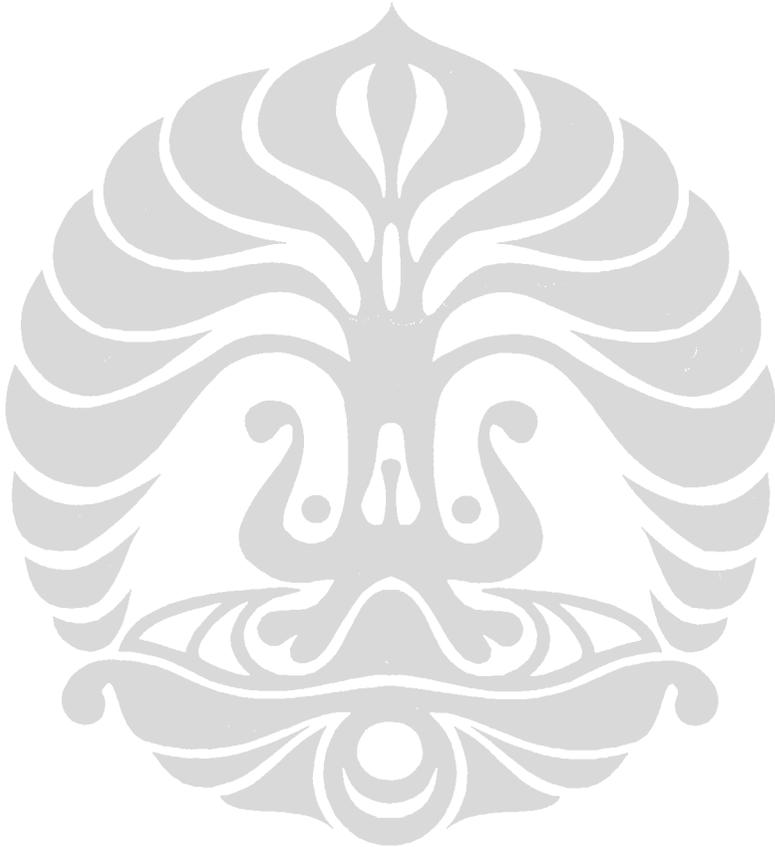
UNIVERSITAS INDONESIA

**MODUL
LOGOTERAPI INDIVIDU PADA KLIEN DM
DENGAN RESPON KETIDAKBERDAYAAN**

Oleh :

**Ns. Esrom Kanine., S.Kep
Novy Helena, C.D., SKp.,MSc**

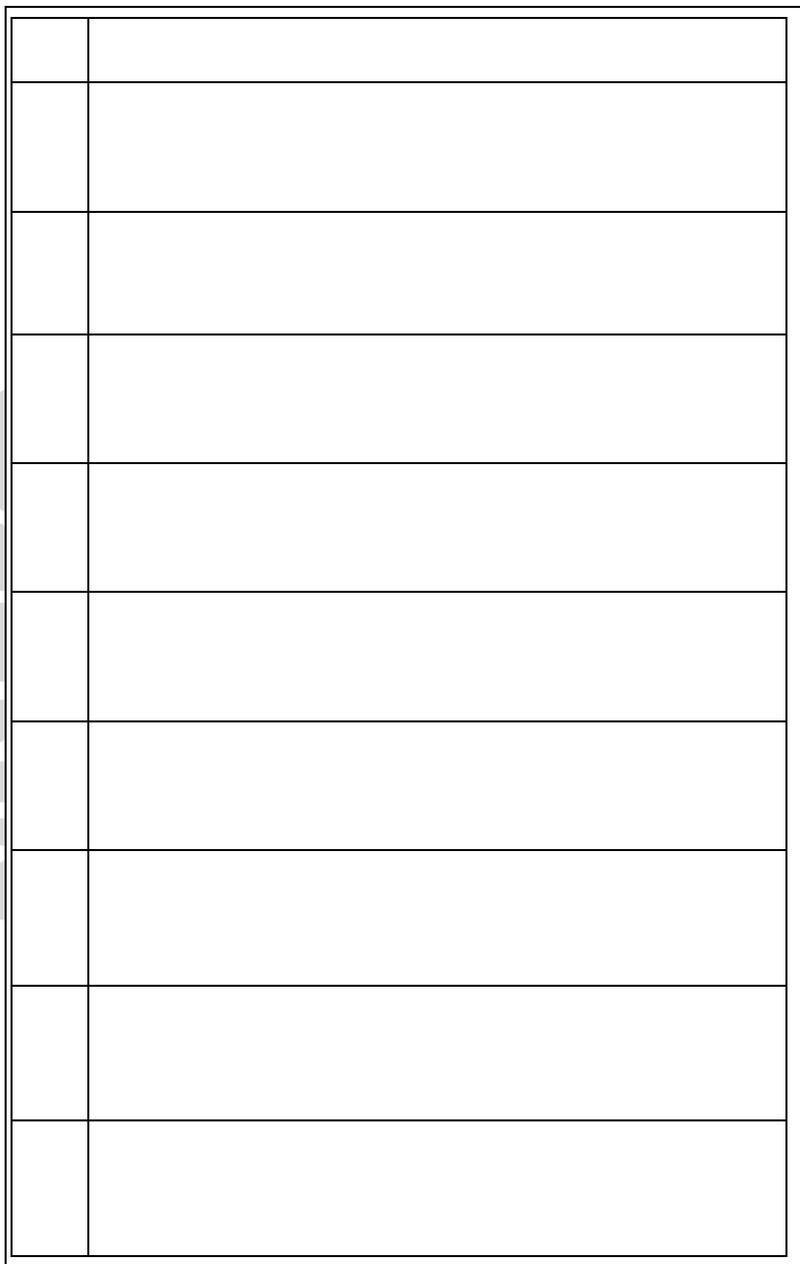
**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
2011**



SESI 1
MENGENAL MASALAH KESEHATAN YANG
DIRASAKAN AKIBAT PENYAKIT DIABETES

NO	Masalah Kesehatan : WAKTU YANG LALU, SAAT INI (akibat penyakit Diabetes) Tulislah pada KOLOM berikut ini
A.	Pada SAAT PERTAMA KALI Menderita DM :

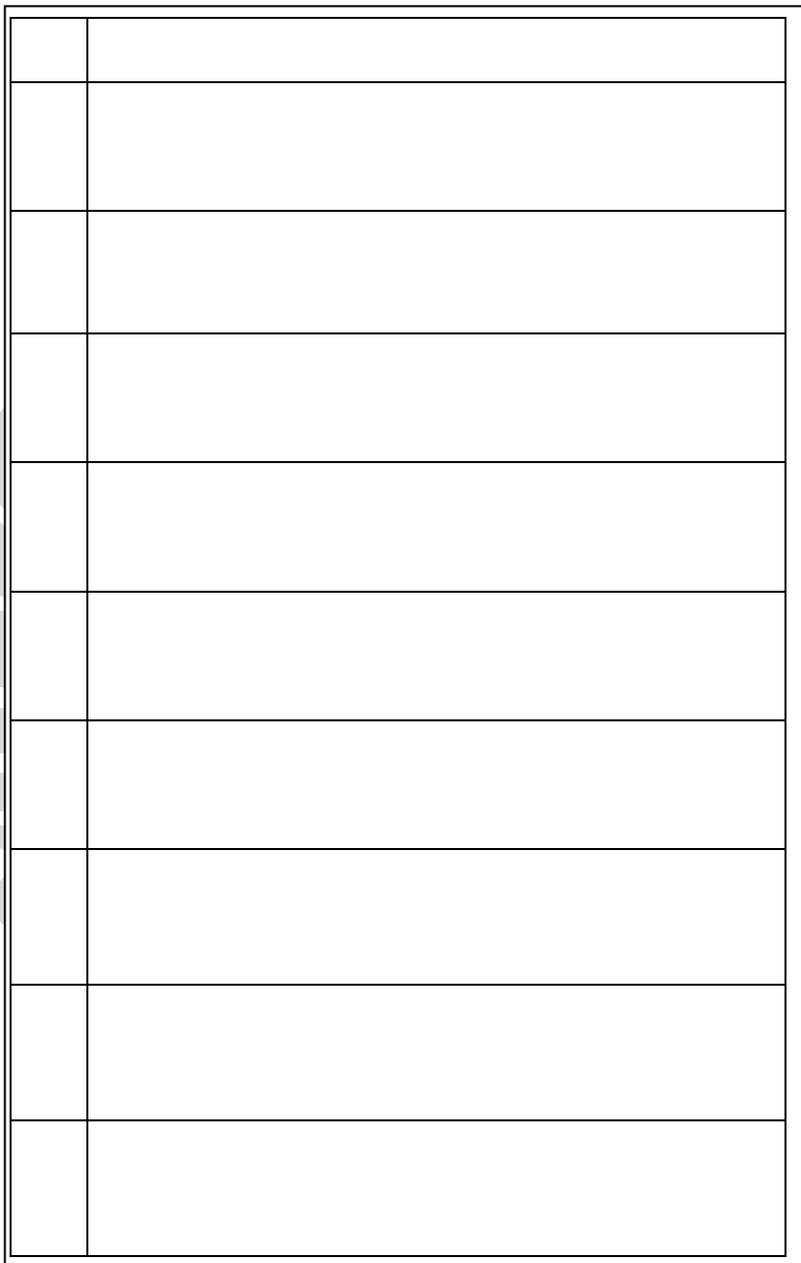
B	Masalah Kesehatan Akibat Penyakit Diabetes Pada SAAT INI :



SESI 2
MENGENAL REAKSI AKIBAT MASALAH
KESEHATAN YANG DIRASAKAN KARENA
PENYAKIT DIABETES

(Tulislah di KOLOM ini)	
A.	PENDERITAAN yang pernah dirasakan dan berlanjut hingga saat ini :

B.	(Tulislah di KOLOM ini) CARA MENGATASI PENDERITAAN yang pernah dilakukan dan dipertahankan hingga saat ini



SESI 3**MENGATASI MASALAH DENGAN
LOGOTERAPI : MEDICAL MINISTRY**

A.	Cara PERTAMA :
1.	Merenungkan setiap penderitaan yang pernah di alami pada waktu lalu. Tanggapan :

2.	Merenungkan bagaimanakah PERASAAN pada waktu lalu. Tanggapan :

3.	Merenungkan bagaimanakah PERASAAN SAAT INI atas pengalaman di waktu lalu. Tanggapan :

4.	Merenungkan PELAJARAN atau HIKMAH di balik penderitaan yang pernah dialami waktu lalu Tanggapan :

SESI 4**EVALUASI LOGOTERAPI : MEDICAL MINISTRY**

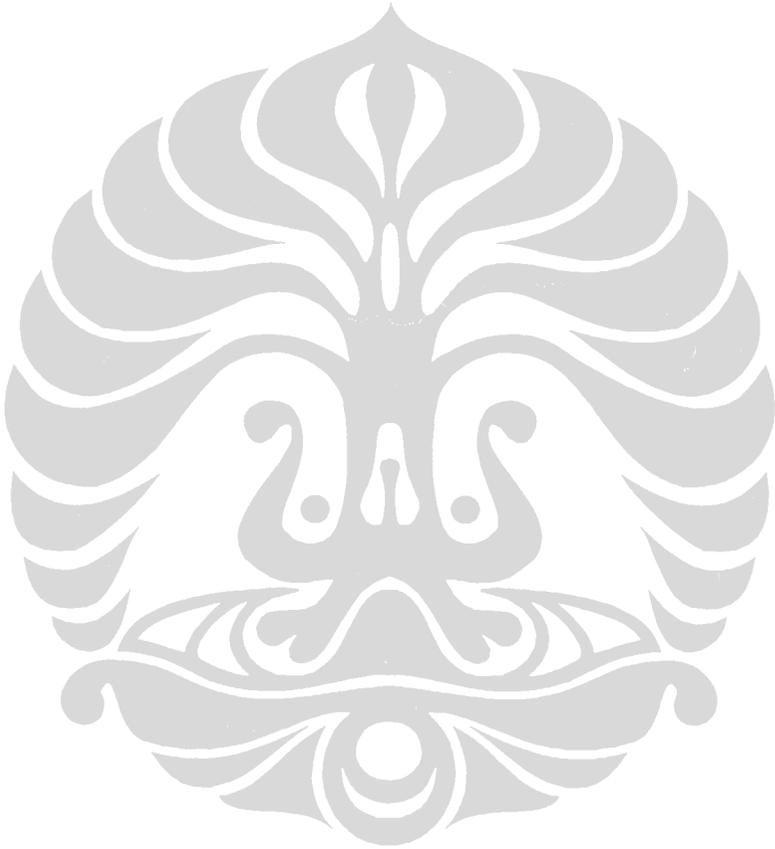
A.	MASALAH yang BELUM TERATASI saat ini :

	MAKNA HIDUP yang dipetik dari setiap peristiwa akibat penyakit Diabetes

**“ KEBAHAGIAAN adalah TUJUAN &
MOTIVASI UTAMA manusia “**

&

**“ MAKNA HIDUP HANYA
DITEMUKAN OLEH DIRI KITA
SENDIRI ”**



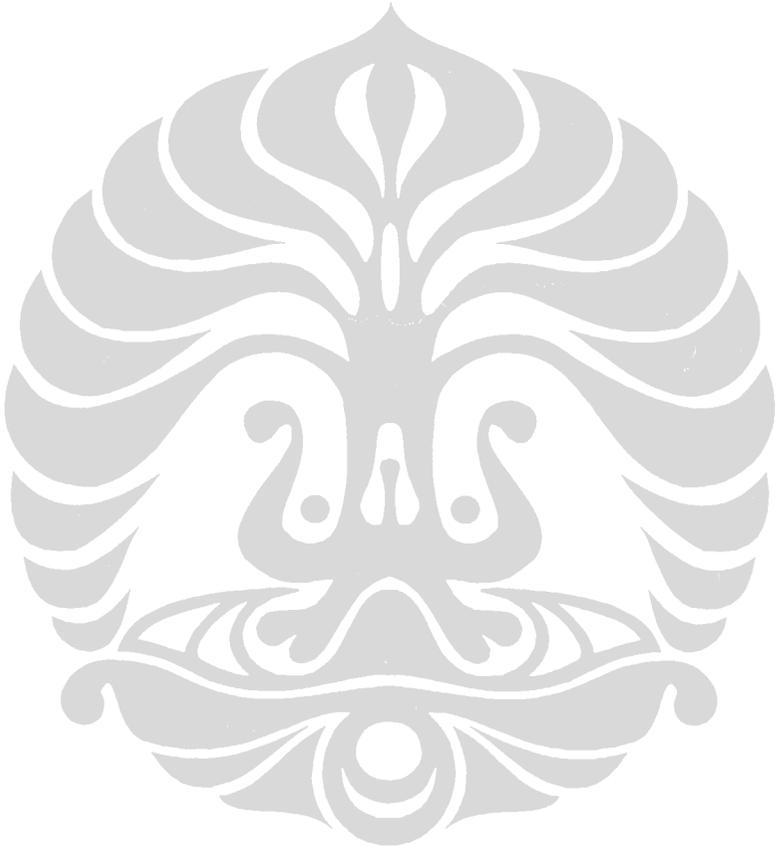
BUKU KERJA PASIEN

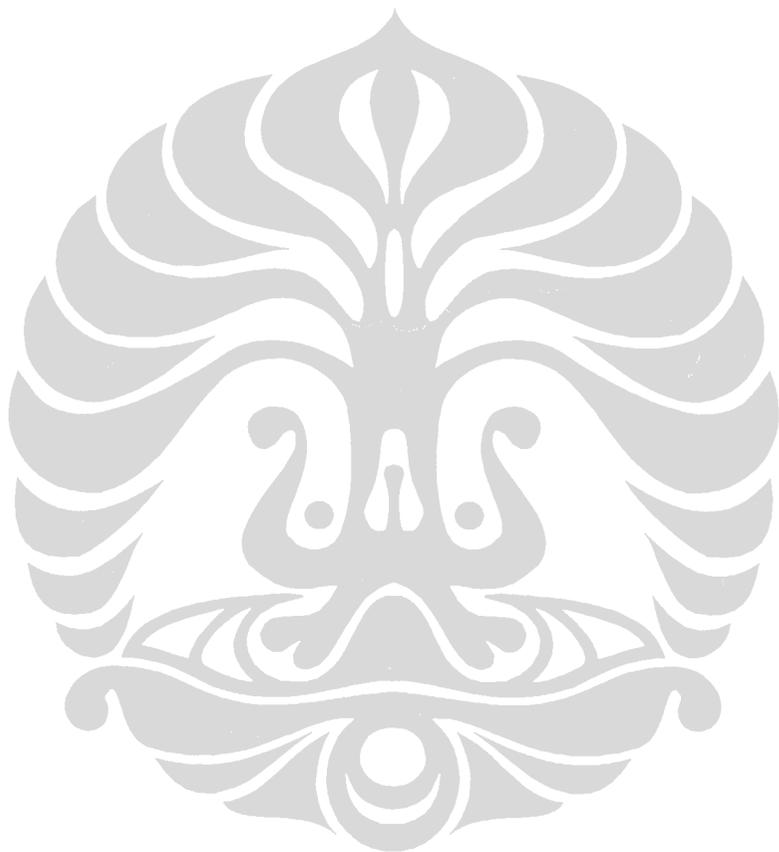
LOGOTERAPI INDIVIDU PADA KLIEN DIABETES MELLITUS

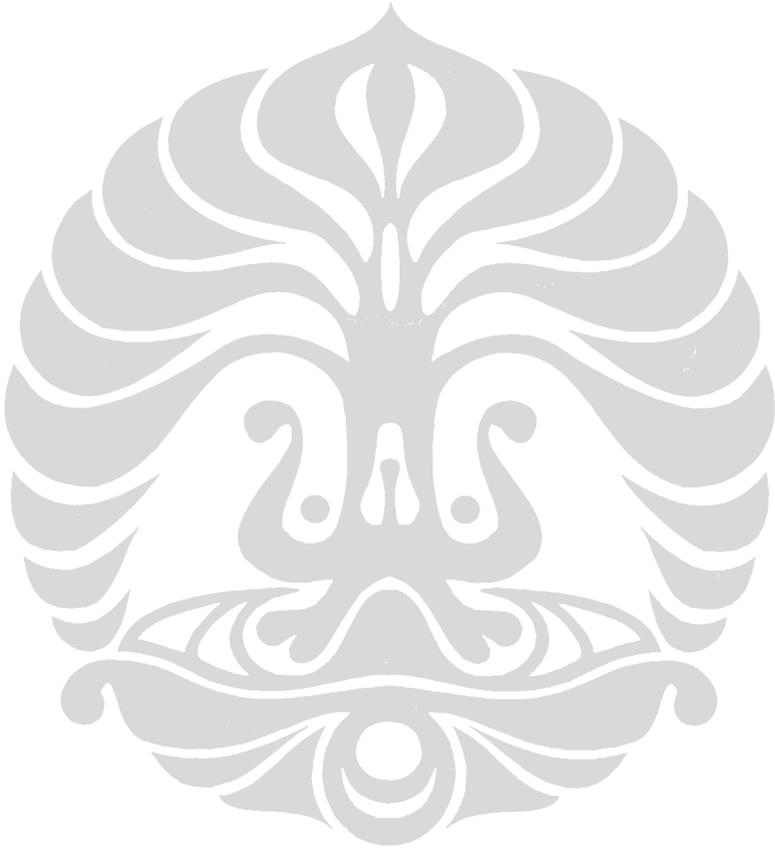
NAMA KLIEN :

RUANGAN :

**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
2011**







11,Format Evaluasi

**Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman**

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien					
1.	Memperkenalkan diri						
2.	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
	Jumlah						

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukanb
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi
Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien					
1.	Memperkenalkan diri						
2.	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
	Jumlah						

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi
Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien					
1.	Memperkenalkan diri						
2.	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
	Jumlah						

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi
Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien					
1.	Memperkenalkan diri						
2.	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
	Jumlah						

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi
Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien					
1.	Memperkenalkan diri						
2.	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
	Jumlah						

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi
Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien					
1.	Memperkenalkan diri						
2.	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
	Jumlah						

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi
Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien					
1.	Memperkenalkan diri						
2.	Mengidentifikasi masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
3.	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon ketidakberdayaan selama menderita DM						
	Jumlah						

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
-

Format Dokumentasi

**Sesi 1 Logoterapi Individu :
Membina Hubungan Baik dan Nyaman**

Ruangan :

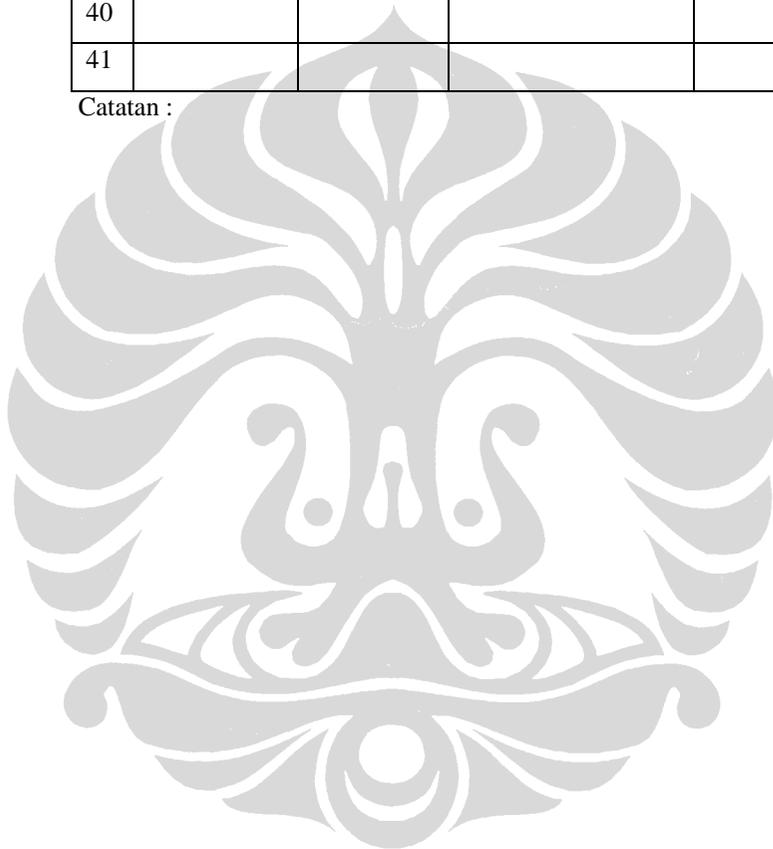
Tanggal :

No	Nama Klien	Memperkenalkan diri	Mengidentifikasi masalah / respon kerdakberdayaan selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon kerdakberdayaan selama menderita penyakit DM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

No	Nama Klien	Memperkenalkan diri	Mengidentifikasi masalah / respon keddakberdayaan selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon keddakberdayaan selama menderita penyakit DM
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				

No	Nama Klien	Memperkenalkan diri	Mengidentifikasi masalah / respon kerdakberdayaan selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan pendapat terhadap masalah / respon kerdakberdayaan selama menderita penyakit DM
40				
41				

Catatan :



Format Evaluasi

Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

**Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

**Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

**Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

**Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

**Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

**Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

**Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

**Sesi 2 Logoterapi Individu :
Mengidentifikasi Reaksi dan Respon Klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Mengungkapkan reaksi atau respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
2.	Mengungkapkan perasaan atau penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM					
3.	Mengungkapkan cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM					
4.	Mengungkapkan hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Dokumentasi

Sesi 2 Logoterapi Individu :**Mengidentifikasi Reaksi dan Respon klien Terhadap Masalah**

Ruangan :

Tanggal :

No	Nama Klien	Mengungkapkan				Jumlah
		reaksi/ respon ketidakberdayaa n yang dirasakan selama menderita penyakit DM	perasaan / penderitaannya atas respon ketidakberdayaa n selama menderita penyakit DM	cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM	hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

No	Nama Klien	Mengungkapkan				Jumlah
		reaksi/ respon ketidakberdayaa n yang dirasakan selama menderita penyakit DM	perasaan / penderitaannya atas respon ketidakberdayaa n selama menderita penyakit DM	cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM	hikmah/pelajara n yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM	
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						

No	Nama Klien	Mengungkapkan				Jumlah
		reaksi/ respon ketidakberdayaan yang dirasakan selama menderita penyakit DM	perasaan / penderitaannya atas respon ketidakberdayaan selama menderita penyakit DM	cara untuk mengatasi masalah yang dirasakan selama menderita penyakit DM	hikmah/pelajaran yang diperoleh atas penderitaannya selama menderita penyakit DM	
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

Catatan :

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Medical Ministry

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Dokumentasi

Sesi 3 Logoterapi Individu : Teknik Medical ministry

Ruangan :

Tanggal :

No	Nama Klien	Mengidentifikasi masalah yang belum teratasi selama menderita penyakit DM	Mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik <i>MM</i> cara pertama	Mengungkapkan masalahnya dengan mendalami nilai-nilai bersikap melalui teknik <i>MM</i> cara kedua	Memberikan tanggapan cara yang telah diajarkan	Jumlah
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						

Catatan

Format Evaluasi

Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Format Evaluasi

Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi
Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi

Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Evaluasi
Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3.	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

rmat Evaluasi
Sesi 4 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

Hari/Tanggal :

No	Aspek yang di nilai	Nama klien				
1.	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah					
2.	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi					
3	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>					
4.	Menerima perpisahan					
	Jumlah					

Petunjuk :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai ≥ 2 jika klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Nilai ≤ 1 klien tidak dapat melanjutkan ke sesi berikutnya

Format Dokumentasi
Sesi 3 Logoterapi Individu : Evaluasi

Ruangan :

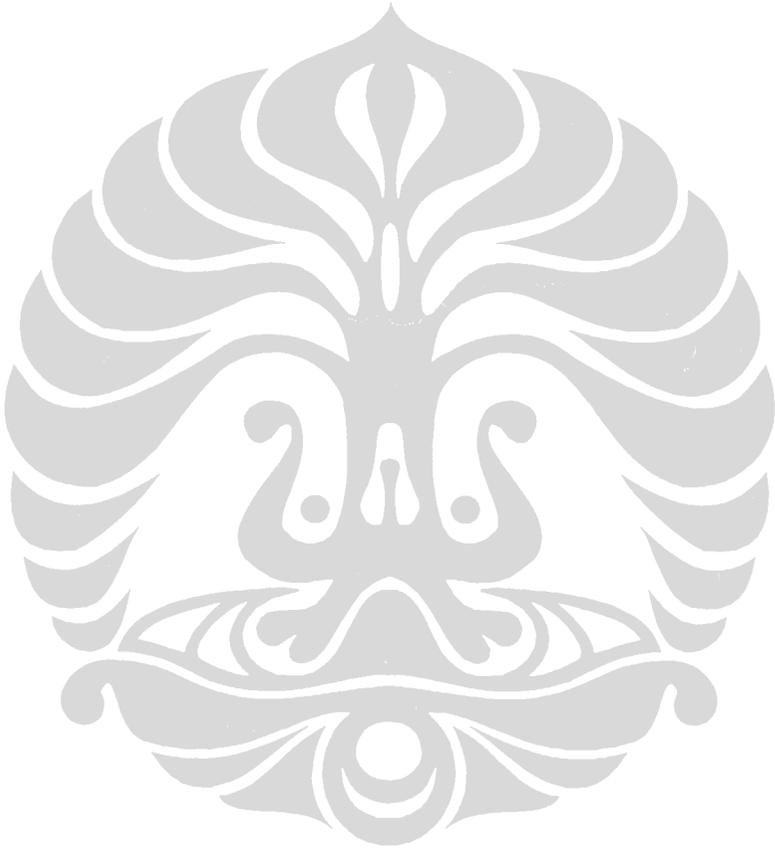
Tanggal :

No	Nama Klien	Menjelaskan hasil dari teknik <i>medical ministry</i> dalam mengatasi masalah	Mengungkapkakan masalah yang sudah dan belum teratasi	Mengungkapkakan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>	Menerima perpisahan	jumlah
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

No	Nama Klien	Menjelaskan hasil dari teknik medical ministry dalam mengatasi masalah	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>	Menerima perpisahan	jumlah
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						

No	Nama Klien	Menjelaskan hasil dari teknik medical ministry dalam mengatasi masalah	Mengungkapkan masalah yang sudah dan belum teratasi	Mengungkapkan makna hidup setelah menggunakan teknik <i>medical ministry</i>	Menerima perpisahan	jumlah
35						
36						
37						
38						
39						
40						

Catatan

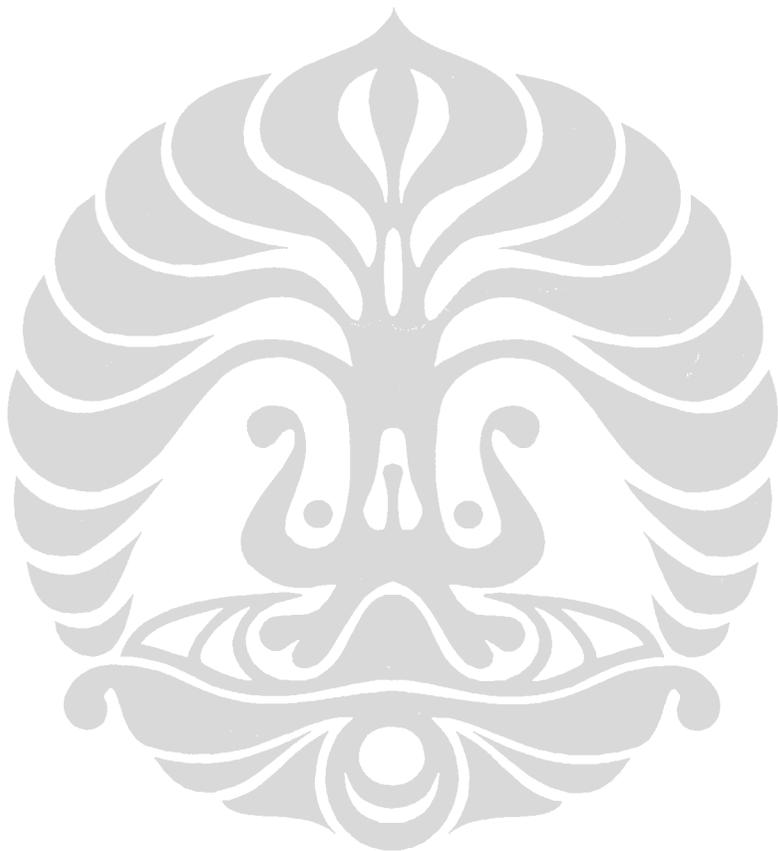


BUKU KERJA PERAWAT

**LOGOTERAPI INDIVIDU PADA KLIEN
DM DENGAN RESPON KETIDAKBERDAYAAN**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
2011**



Respon **ADL** :

- Tidak berpartisipasi personal hygiene sehari-hari
- Tidak tertarik dengan pengobatan
- Menolak mengambil makanan atau minuman
- Ketidakmampuan menetapkan tujuan
- Kurang mengambil keputusan saat diberi kesempatan
- Ketergantungan pada orang lain dalam kegiatan sehari-hari

Respon **TANGGUNG JAWAB MELIBATKAN DIRI DALAM PERAWATAN:**

- Kurangnya bertanya tentang penyakit kronis
- Rendahnya tingkat pengetahuan tentang penyakit kronis setelah diberikan informasi
- Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan pengobatan
- Kurangnya motivasi diri untuk belajar

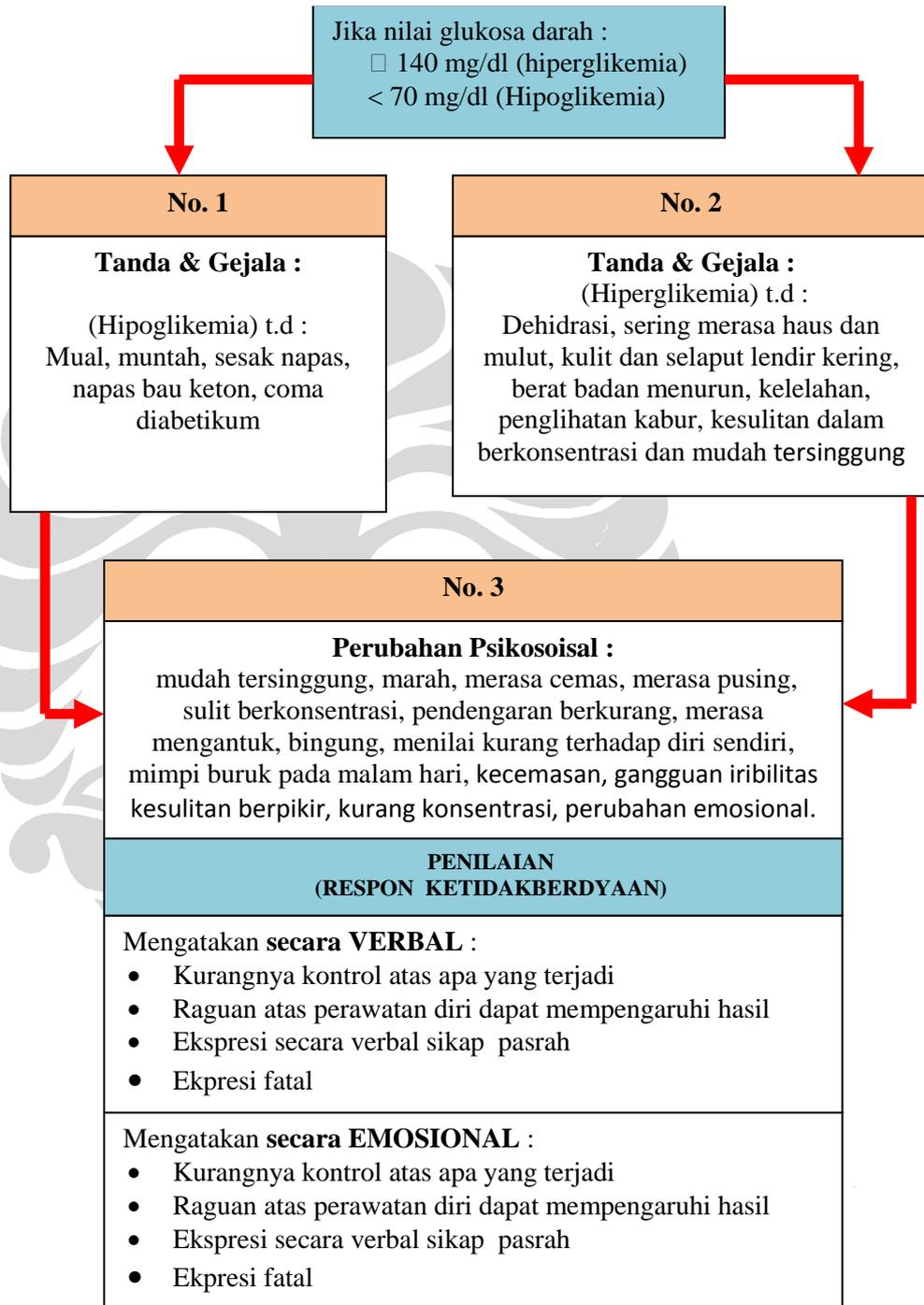
No. 4

PRINSIP TINDAKAN KEP. GENERALIS

1. Identifikasi faktor pendukung ketidakberdayaan
2. Motivasi membagi pengalaman
3. Bantu tetapkan tujuan yang dicapai
4. Gali pengalaman perilaku klien
5. Motivasi lakukan ADL
6. Beri pujian yang realistis

Lampiran 8 :

ALGORITMA TINDAKAN KEPERAWATAN





**BILA TERDAPAT TANDA &
GEJALA SERTA PERUBAHAN
PSIKOSOIAL**

**ARTINYA, KITA SEDANG
MENGALAMI
KETIDAKBERDAYAAN
AKIBAT SAKIT DM**

**TANDA-TANDA TIDAK
BERDAYA AKIBAT
SAKIT DM**



- Sering MENGATAKAN : “**So...PASRAH**” dengan sakit gula
- Tidak melakukan “**cek up GULA DARAH**”
- Tidak memperhatikan Kebersihan diri
- Tidak mau berobat
- Tidak mampu mengambil keputusan
- Sangat tergantung pada anggota keluarga
- Tidak termotivasi mencari tahu penyakit DM

**“ SAATNYA
SEKARANG.....
KITA MENGATASI
PERASAAN TIDAK
BERDAYA
DENGAN
MEMBERDAYAKAN
DIRI SENDIRI
KARENA KITA
MASIH BERGUNA
BAGI ORANG
LAIN “**



DIABETES MELITUS

Penyakit Diabetes Melitus atau DM ?

Kekurangan atau kelebihan GLUKOSA atau KADAR GULA dalam darah

NILAI KADAR GLUKOSA:

- 70 - 110 mg/dl (Normal)
- \geq 110 (Hiperglikemi)
- < 70 (Hipoglikemi)

TANDA & GEJALA ?

KEKURANGAN GLUKOSA (Hipoglikemia)

mual, muntah, sesak napas, sakit kepala, merasa pusing

KELEBIHAN GLUKOSA (Hiperglikemia)

sering merasa haus, mulut, kulit dan selaput lendir terasa kering, berat badan menurun, kelelahan, penglihatan kabur, kesulitan dalam berkonsentrasi dan mudah tersinggung, banyak makan, banyak kencing

PERUBAHAN PSIKOSOSIAL

- Mudah tersinggung
- Marah
- Merasa cemas
- Merasa pusing
- Sulit berkonsentrasi
- Bingung
- Menilai kurang terhadap diri sendiri
- Mimpi buruk pada malam hari
- Gangguan iribilitas
- Kesulitan berpikir

Lampiran 15

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. DATA UMUM

Nama : Esrom Kanine
Tempat dan tanggal lahir : Sangihe & Talaud, 15 Maret 1970
Agama : Kristen
Pendidikan terakhir : Sarjana Keperawatan, Profesi Ners
Status Pernikahan : Menikah
Pekerjaan : Staf Pengajar Politeknik Kesehatan Manado
Jurusan Keperawatan
Jabatan fungsional : Asisten Ahli
Alamat rumah : Kel.Kamasi Satu, Lingkungan I, Kota Tomohon
Alamat institusi : Jl. Raya Manado-Tanahwangko, Manado
Identitas Ayah/Ibu :
Ayah : Nelman Kanine
Ibu : Fornika Opi (Almarhum)

2. LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

1977 – 1983 : SD YPK Tampungan Siau
1983 – 1985 : SMP Ulu Siau
1985 – 1988 : SMA Ulu Siau
1988 – 1991 : Akademi Keperawatan Depkes Manado
1999 – 2001 : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas
Hasanuddin Makassar
2001 – 2002 : Program Profesi Ners Universitas Hasanuddin
Makassar
2009 : Program Magister Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia