

UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI PENERIMAAN DAN KOMITMEN
(*ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY/ACT*)
TERHADAP RESPON KETIDAKBERDAYAAN
KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RSUP FATMAWATI**

TESIS

ENDANG WIDURI

NPM : 1006800831

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN KEKHUSUSAN
KEPERAWATAN JIWA PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI PENERIMAAN DAN KOMITMEN
(ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY/ACT)
TERHADAP RESPON KETIDAKBERDAYAAN
KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RSUP FATMAWATI**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

ENDANG WIDURI

NPM : 1006800831

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN KEKHUSUSAN
KEPERAWATAN JIWA PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2012**

PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Endang Widuri

NPM : 1006800831

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juli 2012

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN

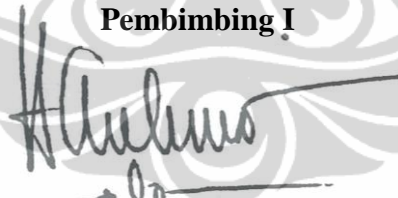
Tesis dengan judul :

**PENGARUH TERAPI PENERIMAAN DAN KOMITMENT (ACCEPTANCE
AND COMMITMENT THERAPY/ACT) TERHADAP RESPON
KETIDAKBERDAYAAN KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RSUP
FATMAWATI JAKARTA**

Telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Sidang Tesis
pada Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas
Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia


Depok, 13 Juli 2012

Pembimbing I



Novy Helena C.D., S.Kp., MSc.

Pembimbing II



Mustikasari, S.Kp., MARS

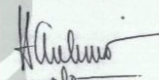
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Endang Widuri
NPM : 1006800831
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh terapi penerimaan dan komitmen
(Acceptance and Commitment Therapy/ACT)
terhadap respon ketidakberdayaan klien gagal
ginjal kronik di RSUP Fatmawati Jakarta


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

DEWAN PENGUJI

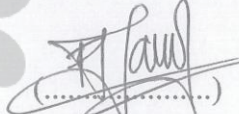
Pembimbing : Novy Helena CD, S.Kp. MSc.

()

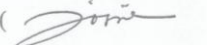
Pembimbing : Mustikasari, S.Kp., MARS.

()

Penguji : Ns. Fauziah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.

()

Penguji : Yossie Susanti Eka Putri, S.Kp., MN.

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

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

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

Nama : Endang Widuri
NPM : 1006800831
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi 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 Penerimaan dan Komitmen (*Acceptance and Commitment Therapy/ACT*) terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Gagal Ginjal Kronik Di RSUP Fatmawati Jakarta

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir 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 : 13 Juli 2012
Yang menyatakan,



(Endang Widuri)

ABSTRAK

Nama : Endang Widuri
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Pengaruh *Acceptance and Commitment Therapy* Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Fatmawati Jakarta

Penderita gagal ginjal kronik di dunia mengalami peningkatan sebesar 20%-25% setiap tahunnya. Masalah psikososial yang sering menyertai penyakit kronik salah satunya adalah ketidakberdayaan yang dapat mengakibatkan perburukan kondisi gagal ginjal kronik. Terapi spesialis untuk mengatasi ketidakberdayaan adalah *Acceptance and Commitment Therapy*. *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) adalah terapi yang menggunakan pendekatan proses penerimaan, komitmen, dan perubahan perilaku untuk menghasilkan perubahan psikologis yang lebih fleksibel. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh ACT terhadap respon ketidakberdayaan klien gagal ginjal kronik yang dirawat di RSUP Fatmawati Jakarta. Desain penelitian menggunakan *quasi eksperiment* dengan jumlah sampel sebanyak 56 orang. Hasil penelitian menunjukkan penurunan respon ketidakberdayaan secara bermakna pada kelompok yang mendapat terapi ACT dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapat terapi ACT ($p \text{ value} < 0,05$). Saran dari penelitian ini adalah terapi ACT dapat secara efektif digunakan untuk mengatasi respon ketidakberdayaan sedang pada klien gagal ginjal kronik.

Kata Kunci: Respon ketidakberdayaan, *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), gagal ginjal kronik

Daftar pustaka 47 (1984-2012)

ABSTRACT

Researcher's name : Endang Widuri
Study program : Postgraduate Program Faculty of Nursing University of Indonesia
Research title : The affect of Acceptance and Commitment Therapy to the helplessness response of chronic kidney disease client in Fatmawati Hospital Jakarta

Number of Chronic Kidney Disease in the world increasing up to 20%-25% in every year. Common psychosocial problems that often occurs within this disease is helplessness that could caused bad prognosis of the disease. One of specialist nursing therapy to solve this is Acceptance and Commitment Therapy. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a therapy using an acceptance, commitment and behavior change approach to make a flexible psychological change. This research aimed to found the affect of ACT to helplessness response of chronic kidney disease in Fatmawati Hospital Jakarta. This research used a quasy experiment study design with 56 client as sample. This research shows a significant decrease of helplessness for the group received ACT more than control group (p value < 0,05). This research suggest the use of this therapy for moderate helplessness of chronic kidney disease.

Keyword : Helplessness response, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), chronic kidney disease.

References 47 (1984-2012)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga laporan hasil penelitian yang berjudul **“Pengaruh Terapi Penerimaan dan Komitmen/Acceptance and Commitment Therapy Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta”** ini dapat diselesaikan.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga penyusunan tesis ini dapat diselesaikan. Penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya atas bantuan, bimbingan, dukungan serta motivasi yang diberikan selama penyelesaian tesis ini kepada:

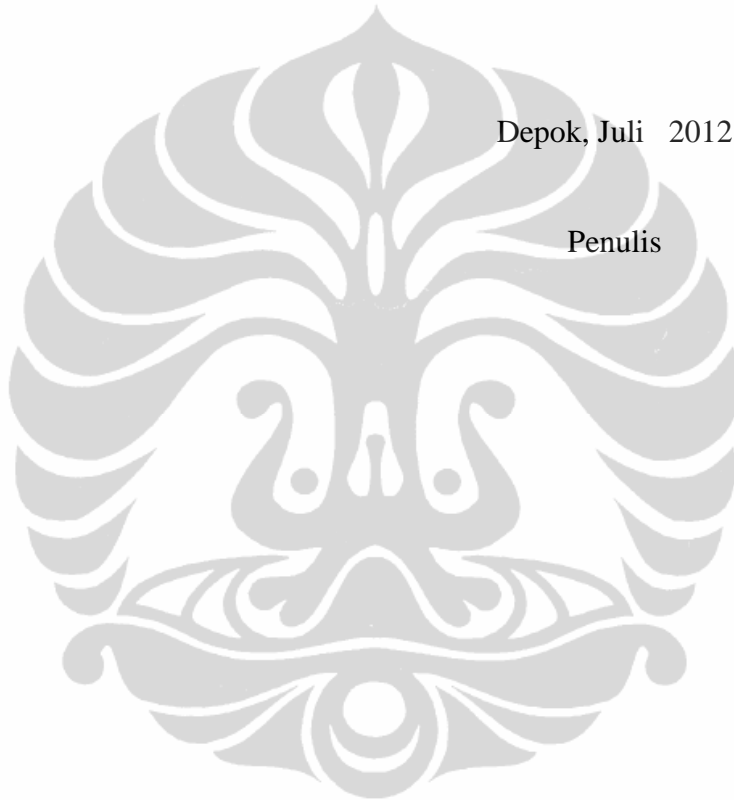
1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dr. Andi Wahyuningsih M Attas, SpAn, selaku Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta.
3. Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN. Selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Novy Helena CD, SKp MSc, selaku pembimbing I tesis, yang telah membimbing penulis dengan penuh sabar dan sudah memberikan masukan serta motivasi kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini.
5. Ibu Mustikasari, SKp, MARS, selaku pembimbing II tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu dan sangat cermat memberikan masukan-masukan untuk perbaikan tesis ini.
6. Ibu Ns. Fauziah, S.Kep, Sp.KepJ, selaku penguji yang telah memberikan masukan demi perbaikan tesis ini.
7. Ibu Yossie Susanti Eka Putri, S.Kp. MN, selaku penguji yang telah memberikan masukan demi perbaikan tesis ini.
8. Keluarga yang telah memberikan dukungan materil dan moril selama menyelesaikan tesis ini.

9. Teman-teman keperawatan jiwa semester ganjil angkatan 2010, kakak kelasku: Pa Esrom, Mas Wahid, dan Made dian dan teman-teman Residensi Endokrin (2012) yang juga telah memberikan support luar biasa.
10. Teman-teman perawat RSUP Fatmawati khususnya lantai V Selatan dan V utara yang telah bekerjasama dan memberikan support dalam penelitian ini.

Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi peneliti dan pihak yang terkait. Maju terus keperawatan jiwa Indonesia.

Depok, Juli 2012

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORIGINALITAS	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1 Manfaat Aplikatif.....	9
1.4.2 Manfaat Keilmuan	9
1.4.3 Manfaat Metodologi	9
BAB II TINJAUAN TEORI	10
2.1 Gagal Ginjal Kronik	10
2.1.1 Pengertian	10
2.1.2 Penyebab	10
2.1.3 Patofisiologi	11
2.1.4 Klasifikasi	12
2.1.5 Manifestasi klini	12
2.1.6 Penatalaksanaan	13
2.2 Ketidakberdayaan	13
2.2.1 Pengertian	13
2.2.2 Karakteristik	14
2.2.3 Faktor predisposisi.....	15
2.2.4 Faktor presipitasi	15
2.2.5 Penilaian terhadap stresor	17
2.2.6 Sumber koping	17
2.2.7 Mekanisme koping	18
2.2.8 Terapi keperawatan	18
2.3 <i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	19
2.3.1 Pengertian ACT	19
2.3.2 Tujuan ACT	20
2.3.3 Indikasi ACT	20
2.3.4 Prinsip Dasar ACT.....	20
2.3.5 Pedoman ACT	21

BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	24
3.1 Kerangka Teori Penelitian	24
3.2 Kerangka Konsep Penelitian	27
3.2.1 Variabel Bebas	27
3.2.2 Variabel Terikat	27
3.2.3 Variabel Perancu.....	28
3.3 Hipotesis Penelitian	28
3.4 Definisi Qperasional	29
BAB IV METODE PENELITIAN.....	32
4.1 Desain Penelitian	33
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	33
4.2.1 Populasi.....	33
4.2.2 Sampel	34
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian	36
4.4 Etika Penelitian.....	36
4.5 Alat Pengumpulan Data.....	39
4.5.1 Instrumen Data Demografi	39
4.5.2 Pengujian Instrumen	39
4.6 Prosedur Pelaksanaan Penelitian	42
4.6.1 Perseiapan Penelitian	42
4.6.2 Tahap Pelaksanaan	42
4.7 Pengolahan Data	46
4.7.1 Editing.....	46
4.7.2 Coding.....	46
4.7.3 Processing	46
4.7.4 Cleaning	47
4.8 Analisis Data	47
4.8.1 Analisis Univariat	47
4.8.2 Analisis Bivariat	47
4.8.3 Analisis Multivariat	49

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

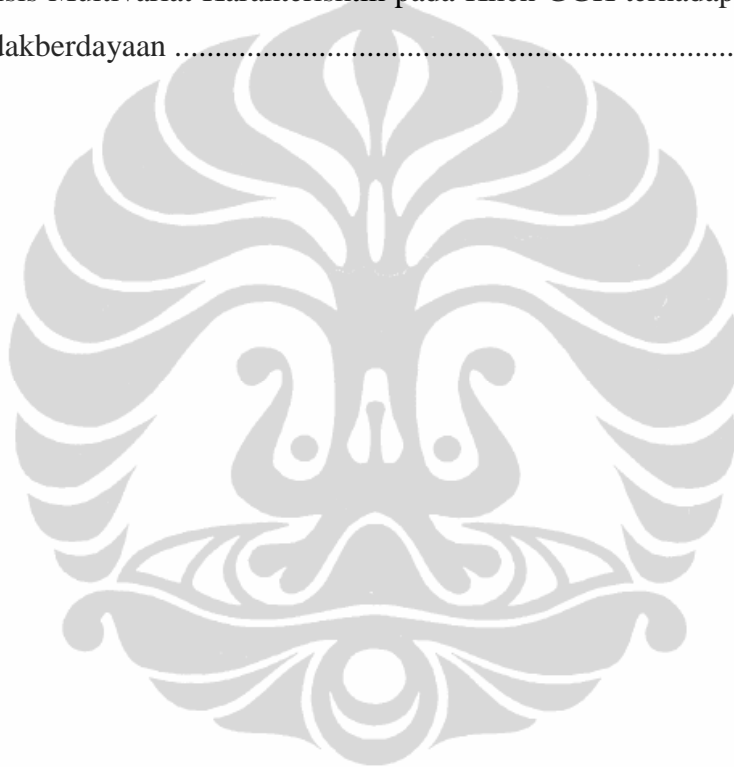
DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian Pengaruh Terapi ACT Terhadap Respon Ketidakberdayaan	25
Skema 3.2 Kerangka Konsep Peneltian	27
Skema 4.2 Kerangka Kerja Penelitian	44



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Defenisi Operasional.....	29
Tabel 3.2	Daftar Responden Penelitian.....	35
Tabel 4.2	Tabel Instrumen Data Responden Instrumen Ketidakberdayaan.....	38
Tabel 4.3	Analisis Kesetaraan dan Pengaruh Variabel Penelitian Terhadap Klien GGK dengan Respon Ketidakberdayaan	46
Tabel 4.4	Analisis Multivariat Karakteristik pada Klien GGK terhadap Respon Ketidakberdayaan	48



DAFTAR BAGAN

Bagan 4.1 Desain Penelitian	31
-----------------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Rencana Jadwal penelitian
- Lampiran 2. Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3. Lembar Persetujuan
- Lampiran 4. Kuisisioner A (Data Demografi)
- Lampiran 5. Kuisisioner B (Respon Ketidakberdayaan)
- Lampiran 6. Lembar Observasi Respon Ketidakberdayaan
- Lampiran 7. Kisi-kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 8. Modul Pelaksanaan ACT
- Lampiran 9. Buku Kerja Terapi ACT
- Lampiran 10. Bukti Bimbingan Penyusunan Proposal Tesis

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit ginjal kronik merupakan penyimpangan progresif fungsi ginjal yang tidak dapat pulih, dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan metabolik, cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia (Brunner & Suddarth, 2001). Ginjal menjalankan fungsi yang vital sebagai pengatur volume dan komposisi kimia darah dan lingkungan dalam tubuh dan mengekskresikan zat terlarut dan air secara selektif. Kelebihan zat dan air diekresikan keluar tubuh melalui urin. Penyakit ginjal kronik merupakan salah satu penyakit kronik dan bukan merupakan penyakit menular, namun gejala yang ditimbulkan pada stadium awal sering tidak dirasakan oleh penderita sehingga pada akhirnya jatuh pada stadium lanjut yang irreversible sehingga penderita akan mengalami penyakit ginjal tahap akhir yang dikenal dengan istilah gagal ginjal kronik (GGK).

Saat ini penderita penyakit ginjal kronik dunia mengalami peningkatan sebesar 20%-25% setiap tahunnya (USRDS, 2008 dalam Harwood. Lori, et al, 2009). Menurut data pernefri tahun 2004 terdapat penderita penyakit ginjal di Indonesia diperkirakan mencapai 70.000, namun yang terdeteksi menderita gagal ginjal kronis dan menjalani cuci darah/*haemodialysis* hanya sekitar 4000 sampai dengan 5000 saja. Angka mortalitas pasien gagal ginjal kronis semakin meningkat seiring dengan meningkatnya angka kejadian penyakit diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit jantung sebagai penyebabnya dan komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut. Menurut data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2006, GGK menempati urutan ke 6 penyebab kematian pasien yang dirawat di rumah sakit di Indonesia.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUP Fatmawati, Menurut data Instalasi Rekam Medik RSUP Fatmawati Jakarta, jumlah penderita penyakit ginjal kronik pada tahun 2011 sebanyak 1629 orang.

Penanganan pasien gagal ginjal kronik melibatkan tim kesehatan dari berbagai disiplin ilmu yang dapat memberikan pelayanan medis dan psikososial yang adekuat dengan harapan dapat mencegah atau memperlambat terjadinya perburukan (Levin et al, 2008 dalam Harwood et al, 2008). Perburukan dapat terjadi oleh karena komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit ini diantaranya perikarditis, anemia, hiperkalemia, hiperglikemia, hiperlipidemia, dan penyakit tulang. Selain komplikasi secara fisik pasien ini juga mengalami masalah psikologis : respon emosi seperti perasaan tidak berdaya, sedih, marah, takut, dan rasa bersalah yang disebabkan oleh rasa kehilangan dan perubahan yang terjadi karena penyakitnya. Saat pertama kali mereka dinyatakan menderita penyakit ini biasanya hanya mampu menangis dan merasa tidak dapat ataupun tidak tahu harus melakukan apa, bahkan sampai menarik diri dari lingkungannya (Mook et al, 2004 dalam Harwood et al, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Harwood et al (2005) menyatakan bahwa selain mengalami gejala fisik, masalah psikososial, finansial, dan masalah kurangnya informasi menjadi stressor bagi diri pasien itu sendiri, tetapi juga menimbulkan dampak terhadap anggota keluarga seperti perubahan fungsi peran, dan masalah finansial.

Stresor merupakan faktor biologis, psikologis, sosial, dan kimiawi yang dapat menyebabkan tekanan fisik ataupun emosi dan dapat menjadi faktor penyebab munculnya suatu penyakit tertentu (Towsend, 2009). Stressor merupakan faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stress. Stressor dapat berwujud atau berbentuk fisik (seperti polusi udara), dan dapat juga berkaitan dengan lingkungan sosial /interaksi sosial (Lazarus & Folkman, 1984). Berbagai penyakit fisik

terutama penyakit kronis atau cedera yang mengakibatkan invaliditas juga dapat menyebabkan stress pada diri seseorang (Hawari, 2001).

Stressor psikososial yang muncul pada pasien GGK menyebabkan perubahan dalam hidupnya sehingga menyebabkan dirinya mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya, namun tidak semua orang memiliki mekanisme koping positif dalam menanggulangi stressor tersebut. Depresi merupakan salah satu kondisi yang paling umum terjadi pada pasien dewasa dengan GGK, meliputi *dysphoric mood*, gelisah, sulit konsentrasi, hilangnya minat atau kesenangan, penurunan atau peningkatan nafsu makan, perubahan berat badan, gangguan tidur, agitasi, retardasi, kelelahan, perasaan nyeri, rasa bersalah, perasaan tidak berharga, keinginan untuk mati. Beberapa pasien ini selalu berfikir negative tentang dirinya dimasa lalu, saat ini ataupun yang akan datang.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di salah satu ruang perawatan pasien GGK melalui hasil wawancara terhadap klien dan keluarga didapatkan data beberapa pasien GGK mengalami rawat ulang terjadi karena kondisi perburukan yang diakibatkan oleh ketidakmampuan klien dalam mengikuti anjuran manajemen terapi yang telah disarankan oleh petugas kesehatan meliputi: pembatasan cairan, pola diet, dan gaya hidup karena menganggap hal tersebut akan teratasi jika mereka melakukan dialysis. Beberapa kondisi lain yang dialami oleh pasien GGK diruang rawat adalah penolakan terhadap tindakan dialysis hingga mengalami kondisi perburukan hingga pada akhirnya klien menerima dan mau dilakukan dialysis. Fenomena lain yang ditemukan adalah terdapat beberapa pasien memperlihatkan ekspresi penolakan dan menangis karena merasa tindakan dialysis membuatnya pusing, dan menghabiskan waktunya hanya dengan berbaring. Kondisi perburukan yang dialami oleh klien GGK tentunya akan memperpanjang hari rawat dan menambah meningkatnya biaya perawatan, terlebih untuk pasien-pasien tidak mampu yang akan menjadi tanggungan pemerintah. Beberapa kondisisi yang

tergambar diatas merupakan beberapa gejala dari salah satu masalah psikososial yang terjadi pada klien dengan penyakit fisik kronik. Kondisi depresi yang terjadi terkait dengan ketidakberdayaan, sebuah fenomena dimana pasien mempercayai bahwa apa yang dilakukannya tidak akan mencapai hasil yang diinginkan (misalnya, dengan menjadi sehat atau dengan tranplantasi) tidak akan membuat kesehatannya membaik (Theofilou, 2011).

Ketidakberdayaan adalah kondisi dimana seseorang merasakan kehilangan kekuatan, kehilangan otoritas untuk melakukan sesuatu, merasa tidak memiliki kekuatan fisik, tidak memiliki energy, tidak mempunyai harapan, tidak memiliki motivasi, tidak memiliki pengetahuan, tidak memiliki harga diri, tidak mempunyai kekuatan psikologis, dan tidak memiliki sistim pendukung sosial. (Miller, 2000 dalam Stuart 2009). Ketidakberdayaan dapat dirasakan akibat program terkait pengobatan penyakit GJK yang memerlukan penanganan yang dianggap sulit, dan kompleks yang akan dijalani dalam jangka panjang bahkan seumur hidup pada penyakit terminal. (Wilkinson, 2007).

Intervensi keperawatan pada respon ketidakberdayaan pada pasien ini ditujukan untuk meningkatkan kepercayaan terhadap kesehatannya dan menunjukkan partisipasi dalam pengambilan keputusan untuk perawatan kesehatannya. Kegiatan mandiri perawat generalis yang dapat dilakukan adalah bantu pasien untuk meningkatkan penilaian pribadi terhadap harga dirinya dan fasilitasi tanggung jawab diri dengan mendorong pasien untuk menerima tanggung jawab yang lebih terhadap perilakunya sendiri. Intervensi yang bersifat kolaborasi diantaranya adalah farmakoterapi, latihan fisik, dan dukungan sosial.

Intervensi keperawatan spesialis yang telah dilakukan dalam penanganan masalah ketidakberdayaan diantaranya adalah terapi kognitif perilaku (CBT) yang dilakukan pada pasien dialysis telah menunjukkan adanya

gejala depresi pada pasien yang dilakukan dialysis (Cukor, 2007 dalam Theofilou, 2011). Terapi spesialis lain dalam penanganan respon ketidakberdayaan adalah Logoterapi oleh Kanine (2011), hasil penelitiannya menunjukkan bahwa logoterapi terbukti menurunkan respon ketidakberdayaan sebesar 14,80% pada klien DM dan direkomendasikan untuk diterapkan sebagai terapi keperawatan dalam merawat pasien DM dengan respon ketidakberdayaan. Terapi kognitif yang dilakukan oleh Kristyaningsih (2009) pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis mampu meningkatkan nilai harga diri sebesar 18,9% dan menurunkan angka depresi sebesar 31,2%. Penelitian lain oleh Setyaningsih (2011), tentang terapi perilaku terhadap peningkatan harga diri pasien GGK, didapatkan hasil terdapat perubahan yang signifikan terhadap harga diri baik dari segi kognitif maupun perilaku. Terapi lain yang telah dikembangkan oleh Zettle & Hayes (1986) adalah terapi penerimaan dan komitmen (Acceptance and commitment therapy/ACT) dalam pengaruhnya terhadap depresi. Beberapa peneliti juga telah melakukan penelitian ACT terhadap ansietas dan depresi, dan ACT terhadap pasien DM tipe 2 terhadap manajemen diri dalam peningkatan perilaku pasien dalam pengontrolan gula darah (Foreman, 2007 dan Gregg et al, 2007 dalam Hayes, 2010).

Terapi penerimaan dan komitmen (ACT) merupakan salah satu terapi yang populer saat ini dan dianggap lebih fleksibel dan lebih efektif dalam menangani berbagai kasus (Montgomery, Kim, & Franklin, 2011). Terapi ini mengajarkan pasien untuk menerima pikiran yang mengganggu dan dianggap tidak menyenangkan dengan menempatkan diri sesuai dengan nilai yang dianut sehingga ia akan menerima kondisi yang ada (Hayes, 2006). Penerimaan (*acceptance*) dan berkomitmen memiliki dampak yang sangat besar dalam perkembangan kondisi klien dengan ansietas menjadi lebih baik.

Penerimaan/*acceptance* memiliki arti menerima, sehingga disini ditekankan bahwa seseorang harus terlebih dahulu mengerti mengenai keadaannya, setelah itu barulah ia bisa menerima dengan kondisinya (Varcarolis, 2006). Komitmen mempunyai arti perjanjian (keterikatan) untuk melakukan sesuatu. Perawat memiliki peran untuk membantu pasien agar berkomitmen terhadap keputusan dan tujuan yang ingin dicapainya melalui proses komunikasi yang terapeutik dan klien harus bisa bertahan dengan apa yang dipilih karena sudah melakukan komitmen (Stuart, 2009). ACT dikatakan sangat efektif dalam menciptakan penerimaan, perhatian dan lebih terbuka dalam mengembangkan kemampuan yang dimiliki pada klien depresi, ansietas, penyalahgunaan narkoba, nyeri kronik, PTSD, anoreksia dan skizofrenia dan sangat efektif sebagai model pelatihan diri (Hayes, 2005). Dengan penerapan terapi ACT diharapkan pasien akan menerima kondisinya dan dapat menentukan apa yang terbaik untuk dirinya dan berkomitmen untuk melakukan apa yang sudah dipilihnya (Hayes, 2005). Terapi ACT dalam keperawatan jiwa di Indonesia telah diterapkan oleh Sulistiowaty (2012) terhadap gejala dan perilaku kekerasan dan halusinasi dengan hasil didapatkan kemampuan ACT menurunkan kejadian perilaku kekerasan dan halusinasi.

ACT dan CBT sama-sama berfokus pada kognitif, emosi, dan perilaku. Perbedaannya dengan CBT adalah bahwa pada ACT klien diajak untuk menerima pikiran/perasaan yang mengganggu atau tidak menyenangkan yang dialaminya sedangkan CBT berusaha untuk mengubah pikiran/perasaan yang mengganggu/tidak menyenangkan tersebut (Hayes dan Pierson, 2004).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas maka peneliti menyusun serangkaian rumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu berdasarkan hasil studi pendahuluan ditemukan adanya peningkatan jumlah penderita GGK sebesar 59,3% dari tahun sebelumnya yang dirawat di RSUP

Fatmawati yang diasumsikan mengalami masalah psikososial dan belum mendapatkan sentuhan pelayanan keperawatan yang optimal secara holistic sehingga berdampak pada lamanya hari rawat. Namun upaya yang sudah dilakukan adalah dengan memberikan terapi generalis dan edukasi tentang masalah psikososial yang dialami sedangkan untuk pelaksanaan terapi spesialis belum dapat dilakukan secara optimal karena keterbatasan SDM yang kompeten memberikan terapi tersebut. Hal tersebut mendorong peneliti untuk mengembangkan ACT sebagai salah satu jenis terapi modalitas yang dilakukan oleh perawat spesialis keperawatan jiwa terutama dalam menangani pasien yang mengalami respon ketidakberdayaan.

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka peneliti ingin mengetahui bagaimana pengaruh pemberian ACT terhadap respon ketidakberdayaan pada pasien GGK yang dirawat di RSUP Fatmawati. Adapun pertanyaan penelitian yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini adalah : “Apakah ACT berpengaruh terhadap respon ketidakberdayaan pada pasien GGK yang dirawat di RSUP Fatmawati?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh ACT terhadap respon ketidakberdayaan pada pasien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah:

1.3.2.1 Diketuinya karakteristik umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pada klien GGK yang dirawat di RSUP Fatmawati Jakarta.

1.3.2.2 Diketuinya respon ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan edukasi di RSUP Fatmawati Jakarta.

1.3.2.3 Diketuainya respon ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan ACT di RSUP Fatmawati Jakarta.

1.3.2.4 Diketuainya perbedaan respon ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan ACT di RSUP Fatmawati Jakarta.

1.3.2.5 Diketuainya hubungan karakteristik yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan klien GGK dengan terhadap respon ketidakberdayaan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

1.4.1.1 Meningkatkan kemampuan peneliti dalam melakukan terapi ACT sebagai suatu bentuk terapi individu yang terhadap klien GGK yang memiliki masalah ketidakberdayaan.

1.4.1.2 Menambah pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan terapi ACT terhadap klien yang memiliki masalah psikososial : ketidakberdayaan.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

1.4.2.1 Mengembangkan terapi ACT sebagai salah satu terapi individu spesialis keperawatan jiwa pada masalah psikososial khususnya ketidakberdayaan.

1.4.2.2 Penelitian ini sebagai dasar dalam mengembangkan pelaksanaan konsep ACT bagi klien dengan diagnosa keperawatan ketidakberdayaan.

1.4.3 Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Dapat menerapkan teori dan metode terapi yang terbaik dalam meningkatkan kemampuan klien dengan diagnose keperawatan psikososial ketidakberdayaan.

1.4.3.2 Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk mengatasi masalah psikososial khususnya ketidakberdayaan.



BAB 2

TINJAUAN TEORI

Bab ini memaparkan konsep dan teori tentang terjadinya proses ketidakberdayaan pada klien penderita Gagal Ginjal Kronik (GGK), dan Terapi penerimaan dan komitmen (*Acceptance and Commitment Therapy /ACT*) yang dapat digunakan sebagai salah satu terapi dalam menangani masalah psikososial tersebut.

2.1 Gagal Ginjal Kronik

Gagal Ginjal Kronik (GGK) berawal dari suatu proses patofisiologis yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel dan berakhir dengan gagal ginjal yang dalam penanganannya memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap.

2.1.1 Pengertian

GGK merupakan gangguan fungsi renal yang *progresif* dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Brunner & Suddarth, 2001). Definisi lain menurut Hartono (2005), GGK adalah kerusakan ginjal yang *irreversibel* karena suatu penyakit. Pengertian lain dari GGK adalah suatu kondisi akibat proses patologis yang menyebabkan kerusakan ginjal yang irreversible (Tindal, 2002). Berdasarkan beberapa pengertian GGK diatas, maka dapat disimpulkan bahwa GGK merupakan salah satu penyakit kronik yang menyerang ginjal dan bersifat *irreversibel* menyebabkan terganggunya fungsi ginjal yang berdampak pada ketidakmampuan tubuh dalam membuang zat-zat yang berbahaya bagi tubuh.

2.1.2 Penyebab

Menurut Brunner dan Suddarth (2012) menyatakan bahwa penyebab GGK antara lain : (1) kelainan genetik, (2) penyakit auto imun, (3)

peradangan (glomerulonefritis), (4) toksin, (5) dan penyakit yang menyerang tubulus dan interstitium ginjal. Menurut Snively (2004) penyebab GJK adalah (1) diabetes melitus, (2) hipertensi, (3) iskemia, (4) infeksi, (5) obstruksi, (6) toxin, dan (7) penyakit autoimun. Menurut American Diabetes Association (2003) dalam Soegondo (2005) penyebab GJK adalah penyakit ginjal polikistik sebanyak 10%, hipertensi sebanyak 20%, dan diabetes melitus sebanyak 23% (Rusli, 2008). Berdasarkan data diatas maka dapat disimpulkan bahwa penyebab utama dari gagal ginjal kronik adalah penyakit infeksi ginjal, obstruksi, nefrotoksik, dan penyakit sistemik seperti diabetes dan hipertensi.

2.1.3 Patofisiologi

Menurut Bruner dan Sudarth (2012) proses terjadinya gagal ginjal kronik diakibatkan oleh kondisi hipertropi dan hiperfiltrasi nefron akibat beberapa faktor penyebab yang menjadi maladaptif dan meningkatkan tekanan dan perfusi yang akan menyebabkan terjadinya aktivasi renin-angiotensin yang memperburuk siklus hipertensi dan perubahan pada struktur glomerulus diantaranya terjadinya sklerosis dan penurunan fungsi neuron. Pada kondisi klien dengan riwayat diabetes melitus kerusakan ginjal diakibatkan oleh *nefropathy diabetic*, sedangkan pada kondisi hipertensi peningkatan tekanan darah secara menetap dapat merusak pembuluh darah ginjal terutama pembuluh darah arteri ginjal yang terkecil. Kejadian ini akan menyebabkan gangguan pada aliran darah ginjal yang akan melepaskan renin yang akan memperburuk siklus hipertensi. Pada penyakit ginjal polikistik dimana pada kedua ginjal ditemukan banyak kista, ginjal menjadi lebih besar tetapi fungsi ginjal semakin menurun oleh karena adanya penekanan pada jaringan ginjal yang normal dan terbentuknya glomerulosclerosis.

Dapat disimpulkan gagal ginjal kronik terjadi setelah berbagai penyakit yang dapat menjadi penyebab pada awalnya menyerang ginjal dan glomerulus sehingga menyebabkan terhambatnya perfusi pada parenkim ginjal (nefrosklerosis), dan pada akhirnya nefron akan hancur dan digantikan dengan jaringan parut dan bersifat *ireversibel*. Dengan semakin lanjutnya kerusakan nefron maka beban kerja ginjal akan semakin tinggi sehingga mengakibatkan uremia dan terganggunya keseimbangan cairan oleh karena terjadinya diuresis osmotik.

2.1.4 Klasifikasi

Gagal ginjal kronis terbagi menjadi 5 tahap, yaitu: (tahap 1) kerusakan ginjal dengan nilai *Gross Filtration Rate*/GFR masih dalam rentang normal ataupun dengan sedikit peningkatan sebesar >90 mL/min/1.73 m², (tahap 2) kerusakan ginjal sedang dengan nilai GFR 60 – 89 mL/min/1,73m², (tahap 3) kerusakan ginjal berat dengan nilai GFR 30-59 mL/min/1,73 m², (tahap 4) kerusakan ginjal sngat berat dengan nilai GFR 15 – 29 mL/min/1,73 m², (tahap 5) kerusakan ginjal tahap akhir dengan nilai GFR < 15 mL/min/1,73 m² (Brunner dan Sudarth (2012), SIGN (2008), Sudoyo (2010)).

2.1.5 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik GJK menurut Brunner dan Sudarth (2012) adalah adanya peningkatan serum kreatinin, anemia, metabolik asidosis, abnormalitas nilai calsium, pospor, dan nilai elektrolit, retensi cairan, gagal jantung, dan hipertensi yang sulit terkontrol. Namun menurut Zulkhair (2004), gejala awal gagal ginjal kronik tidak jelas dan sering diabaikan. Gejala umum berupa letargi, malaise, dan kelemahan sering tertutup dan dianggap sebagai gejala penyakit primer. Pada tahap lebih lanjut penderita merasa gatal, mual, muntah dan gangguan pencernaan lainnya. Makin lanjut progresif gagal ginjal kronik makin menonjol keluhan dan gejala uremik organ non ginjal lain.

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan GJK dapat dilakukan secara konservatif (dengan mencegah memburuknya fungsi ginjal secara progresif meliputi pengaturan diet, kebutuhan cairan dan elektrolit), terapi Simtomatik (meringankan/menurunkan gejala yang ditimbulkan seperti : penanganan kejadian asidosis metabolik, anemia, hipertensi, kelainan kulit, gangguan gastrointestinal, gangguan neuromuscular, dll), terapi pengganti ginjal (dialysis dan transplantasi ginjal), terapi peningkatan kualitas hidup (latihan fisik, edukasi, manajemen psikososial, dan terapi okupasi (SIGN, 2008).

2.2 Ketidakberdayaan

Menurut Stuart (2009) ketidakberdayaan merupakan salah satu perilaku yang berhubungan dengan kejadian depresi. Ketidakberdayaan sering ditemukan pada klien dengan penyakit kronik. Pemahaman tentang konsep ketidakberdayaan penting diketahui agar memudahkan dalam memberikan intervensi yang tepat.

2.2.1 Pengertian

Ketidakberdayaan adalah pengalaman tentang kurangnya kontrol seseorang terhadap situasi termasuk persepsi bahwa suatu perilaku tidak akan secara bermakna mampu mempengaruhi terhadap hasil yang ingin dicapai (NANDA, 2012). Miller (2000) menyatakan bahwa ketidakberdayaan adalah suatu persepsi tidak adanya kewenangan dan kemampuan dalam melakukan sesuatu yang dapat memberikan pengaruh terhadap hasil. Carpenito (2008) menyatakan bahwa ketidakberdayaan merupakan kondisi seseorang atau kelompok yang merasa kurang kontrol atas pribadi atau kejadian atau situasi yang memberi dampak pada pandangan, tujuan, dan gaya hidup. Berdasarkan beberapa definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ketidakberdayaan merupakan respon seseorang yang tidak mampu

mengontrol situasi yang dihadapinya dan menganggap tidak ada sesuatupun yang dapat mengatasi situasi yang dihadapinya.

2.2.2 Karakteristik Ketidakberdayaan

Karakteristik mayor meliputi marah, apatis, ekspresi ketidakpuasan atas ketidakmampuan mengontrol situasi (misalnya: pekerjaan, penyakit, prognosis, perawatan, tingkat penyembuhan) yang mengganggu pandangan, tujuan dan gaya hidup. Karakteristik minor meliputi kurangnya perilaku mencari informasi seperti apatis, ansietas, marah, perilaku kekerasan, depresi, kebergantungan yang tidak memuaskan pada orang lain, perilaku buruk, kegelisahan, perilaku menarik diri dan pasif. (Carpenito, 2008).

Karakteristik ketidakberdayaan menurut Nanda (2009) adalah: (1) Karakteristik ringan secara subyektif menyatakan pengungkapan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energy, sedangkan secara obyektif menunjukkan kepasifan, (2) Karakteristik menengah secara subyektif marah, mengungkapkan ketidakpuasan dan frustasi terhadap ketidakmampuan untuk melakukan tugas dan aktivitas sebelumnya, mengungkapkan keragu-raguan terhadap penampilan peran, takut terhadap pengasingan oleh pemberi perawatan, rasa berlesah, enggan untuk mengungkapkan perasaan sebenarnya. Secara obyektif klien meenunjukkan ketergantungan kepada orang lain yang dapat mengakibatkan iritabilitas, ketidaksukaan, marah, dan rasa bersalah, tidak ada pertahanan pada praktik perawatan diri ketika ditantang, tidak memperlihatkan kemajuan, ketidakmampuan mencari informasi tentang perawatan, tidak berpartisipasi dalam perawatan, atau pengambilan keputusan pada saat diberikan kesempatan, kepasifan, dan marah, (3) karakteristik berat secara subyektif mengungkapkan dengan kata-kata bahwa tidak mempunyai kendali atau pengaruh terhadap situasi, perawatan diri, atau hasil. Secara obyektif terlihat apatis, depresi terhadap penurunan fisik yang terjadi dengan mengabaikan kepatuhan

pasien terhadap program perawatan. Karakteristik respon ketidakberdayaan dapat dikelompokkan dalam beberapa aspek diantaranya aspek kognitif, afektif, fisik, sosial dan perilaku.

2.2.3 Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2009), faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi tipe dan jumlah seseorang dalam mengatasi stres yang dihadapinya, meliputi faktor: (1) biologis, latar belakang genetic, meliputi riwayat keturunan, riwayat kembar, riwayat orang tua mengalami gangguan jiwa, kelainan kromosom 6,4,8,5,22, malnutrisi, obesitas, nafsu makan berlebihan atau bahkan kurang. Kondisi kesehatan umum, meliputi riwayat kesehatan fisik dan mental, gaya dan pola hidup, terpapar racun, penggunaan obat dan zat terlarang; (2) psikologis, meliputi kecerdasan (IQ), kemampuan dan keterampilan verbal, perkembangan moral, kepribadian, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologi, kemampuan kontrol diri, dan kemampuan mengungkapkan perasaannya; (3) sosial budaya, meliputi, usia, gender, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status social, nilai budaya, agama/keyakinan, partisipasi politik, pengalaman sosial, dan peran sosial.

2.2.4 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dihadapi individu (Stuart, 2009). Upaya pencegahan terjadinya krisis (penyakit kronik) dan penanganan saat krisis itu terjadi. Manajemen penatalaksanaan medis yang harus dijalankan oleh klien pun menjadi salah satu faktor yang dapat menimbulkan respon ketidakberdayaan dikarenakan beberapa efek yang ditimbulkan seperti terbatasnya aktivitas dan munculnya gejala tambahan. Respon ketidakberdayaan akan dirasakan apabila klien tidak memahami, dan menyadari fungsi dari penatalaksanaan tersebut terhadap penyakitnya.

Faktor presipitasi terdiri dari (1) faktor psikologis, yaitu persepsi individu terhadap penyakit kronik bagi sebagian individu dirasakan sebagai suatu kehilangan masa muda, pekerjaan, penghasilan, perubahan peran terlebih menjadi lebih dekat dengan kematian. Perasaan tersebut akan berpengaruh buruk terhadap kepercayaan dirinya untuk mengatasi masalah terkait kesehatannya. (2) Faktor Sosial Budaya, selain masalah keuangan, masalah sistem pemberi layanan kesehatan juga dianggap berpengaruh terhadap respon ketidakberdayaan. Terkadang pihak pemberi layanan kesehatan tidak mampu memenuhi kebutuhan pasien ataupun keluarganya oleh karena keterbatasan di sistemnya sehingga menimbulkan frustrasi dan ketidakpuasan terhadap layanan yang diberikan. Sehingga klien merasa kurang diperhatikan dan dianggap pasien yang sulit ditangani (Clarke & James, 2003; Dunn, 1998; Walker, Holloway & Sofaer, 1999 dalam Onega, 2006). Ketidakpastian dalam penanganan penyakitnya juga dapat menimbulkan keragu-raguan klien dan cenderung menghindari dari aktivitasnya sehari-hari. Stigma masyarakat terhadap penyakit kronik juga berpengaruh, isu yang beredar saat ini adalah bahwa penderita penyakit kronik merupakan individu dengan segala keterbatasan, berbeda dengan orang normal, mereka akan merasa kehilangan dukungan social dari keluarga ataupun teman.

Ketika seseorang merasa bahwa dirinya tidak mampu memperkirakan dan mengontrol kejadian dalam hidupnya maka akan muncul perasaan frustrasi dan ketidakberdayaan. Respon emosi yang negatif akan menimbulkan dampak yang negatif. Demikian pula jika ia tidak mempersiapkan sumber daya yang memadai secara efektif untuk kembali ke masyarakat, maka mereka akan merasa tidak berdaya. Ketidakberdayaan merupakan salah satu masalah psikososial yang muncul karena adanya situasi yang dianggap sebagai suatu stresor. Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang. Hal ini

membawa seseorang kedalam situasi apakah dirinya mampu beradaptasi dengan memberikan respon yang adaptif atau bahkan tidak mampu untuk beradaptasi dan memberikan respon yang maladaptif.

2.2.5 Penilaian Terhadap Stresor

Menurut Stuart (2009) Penilaian terhadap stressor melibatkan pemahaman individu terhadap stress dan dampaknya yang secara psikofisiologis dapat memunculkan berbagai respon terhadap kognitif (persepsi terhadap stresor), afektif (reaksi emosi terhadap stresor) , fisiologis (respon fisik terhadap stressor), perilaku (respon perilaku terhadap stressor), dan sosial (upaya dalam mengatasi stressor yang terjadi).

2.2.6 Sumber Koping

Sumber koping adalah strategi yang membantu menentukan apa yang bisa dilakukan untuk mengatasi stressor meliputi kemampuan personal (kemampuan individu dalam mengatasi stressor), dukungan social (keluarga, teman, dan kelompok), asset material (keuangan, jasa pelayanan yang dibutuhkan), dan keyakinan terhadap stressor yang dihadapinya (Stuart, 2009).

2.2.7 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah upaya yang ditunjukkan dalam mengelola stressor dan dapat bersifat konstruktif atau destruktif. Dikatakan konstruktif apabila seseorang menerima stressor tersebut sebagai suatu tantangan untuk dapat menyelesaikannya. Dikatakan destruktif apabila upaya yang dilakukan tidak untuk menyelesaikan masalah bahkan menghidar (Stuart, 2009).

2.2.8 Terapi Keperawatan

Terapi keperawatan dalam mengatasi masalah ketidakberdayaan terdiri dari terapi keperawatan generalis dan terapi keperawatan. Terapi

keperawatan generalis yang dapat diberikan kepada klien dengan respon ketidakberdayaan adalah dengan memberikan pengetahuan (edukasi), memberikan kesempatan individu untuk mengontrol keputusannya, mengkaji respon individu terhadap masalah yang dihadapi, membantu klien untuk mampu mengenal kontrol dan memberi tempat untuk kontrol internal dan memberi informasi yang dibutuhkan untuk mengubah perilakunya, dorong untuk melakukan partisipasi, kenalkan kepada sumber-sumber lain.

Terapi spesialis dapat diberikan pada klien dengan ketidakberdayaan yaitu dengan memberikan psikoterapi. Psikoterapi merupakan bentuk perawatan (perlakuan, *treatment*) terhadap masalah yang timbul, yang asalnya dari faktor emosi pada mana seseorang yang terlatih dengan terencana mengadakan hubungan profesional dengan pasien dengan tujuan memindahkan, mengubah sesuatu simptom dan mencegah agar symptom tidak muncul pada seseorang yang terganggu pola perilakunya untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan pribadi secara lebih positif (Wolberg, 1954, dalam Gunarsa, 2007).

Salah satu jenis psikoterapi yang telah diterapkan oleh perawat spesialis keperawatan jiwa terhadap klien dengan ketidakberdayaan adalah Logoterapi yang dilakukan oleh Esrom Kanine (2011) didapatkan hasil bahwa Logoterapi terbukti menurunkan respon ketidakberdayaan pada klien Diabetes Melitus dan direkomendasikan untuk diterapkan sebagai terapi perawatan dalam merawat klien DM dengan respon ketidakberdayaan. Jenis psikoterapi yang saat ini sedang populer untuk diterapkan kepada pasien dengan penyakit kronik adalah Terapi Penerimaan dan Komitmen yang pada awalnya dikembangkan oleh Steven Heyes sejak tahun 1966.

2.3 Terapi penerimaan dan komitmen (ACT)

Terapi ACT merupakan suatu terapi yang berlandaskan filosofi analisis fungsi hubungan perilaku dan lingkungan termasuk bahasa didalamnya (Hayes, 1986). Terapi ACT merupakan generasi baru dari terapi CBT yang memanfaatkan strategi penerimaan dan kesadaran dalam menghadapi suatu perubahan (Freeman, 2004). ACT menggunakan pendekatan proses penerimaan, komitmen, dan perubahan perilaku untuk menghasilkan perubahan psikologis yang lebih fleksibel. Terapi ACT penting untuk diketahui sebagai landasan dalam pemberian intervensi mengatasi masalah ketidakberdayaan.

2.3.1 Pengertian

ACT adalah suatu terapi yang bertujuan untuk meningkatkan aspek psikologi yang lebih fleksibel atau kemampuan untuk menjalani perubahan yang terjadi saat ini dengan lebih baik. (Hayes, 2007). Dalam ACT klien diajak untuk tidak menghindari tujuan hidupnya, meskipun dalam upaya untuk mencapainya akan ditemukan pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan. Dapat disimpulkan bahwa terapi ACT adalah suatu terapi yang menggunakan konsep penerimaan, kesadaran, dan penggunaan nilai-nilai pribadi untuk menghadapi stresor internal jangka panjang, yang dapat menolong seseorang untuk dapat mengidentifikasi pikiran dan perasaannya, kemudian menerima kondisi untuk melakukan perubahan yang terjadi tersebut, kemudian berkomitmen terhadap diri sendiri meskipun dalam perjuangannya harus menemui pengalaman yang tidak menyenangkan.

2.3.2 Tujuan ACT

Menurut Strosahl (2002) tujuan ACT adalah: (1) membantu klien untuk dapat menggunakan pengalaman langsung untuk mendapatkan respon yang lebih efektif untuk dapat tetap bertahan dalam hidup, (2) mampu mengontrol penderitaan yang dialaminya, (3) menyadari bahwa

penerimaan dan kesadaran merupakan upaya alternatif untuk tetap bertahan dalam kondisi yang dihadapinya, (4) menyadari bahwa penerimaan akan terbentuk oleh karena adanya pikiran dan apa yang diucapkan, (5) menyadari bahwa diri sendiri sebagai tempat penerimaan dan berkomitmen melakukan tindakan yang akan dihadapi, (6) memahami bahwa tujuan dari suatu perjalanan hidup adalah memilih nilai dalam mencapai hidup yang lebih berharga.

2.3.3 Indikasi ACT

Terapi ACT dapat digunakan dalam menangani masalah: (1) kecemasan (Forman, et al, 2007 dalam Hayes, 2010) dan beberapa peneliti lainnya, (2) menangani masalah penyakit kronik (McCracken, MacKichan, dan Eccleston, 2007, dalam Hayes, 2010) dan beberapa peneliti lainnya, (3) depresi (Lappalainent, 2007, dalam Hayes 2010) dan beberapa peneliti lainnya, (4) gangguan pola kebiasaan (Wood, Waterneck, dan Flessner, 2006, dalam Hayes, 2010) dan beberapa peneliti lainnya, (5) masalah psikotik (Gaudiano dan Herbert, 2006, dalam Hayes 2010) dan beberapa peneliti lainnya.

2.3.4 Prinsip ACT

Pelaksanaan ACT terdiri dari enam sesi sesuai dengan prinsip ACT yang telah dijelaskan sebelumnya. Namun berdasarkan penelitian Sulistiawaty (2012), terhadap gejala halusinasi dan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia, teknik pelaksanaan ACT dapat dilakukan dalam 4 sesi yang terdiri dari: Enam prinsip ACT antara lain terdiri dari *Acceptance, cognitif defusion, being present, self as a contex, values, and committed action. Choose direction, dan Take Action* (Heyes, et al, 2006).

2.3.4.1 *Acceptance* (penerimaan)

Menerima pikiran dan perasaan meskipun terdapat hal yang tidak diinginkan/ tidak menyenangkan seperti rasa bersalah, rasa malu, rasa cemas dan lainnya. Klien berusaha menerima apa

yang mereka punya dan miliki dengan maksud untuk mengakhiri penderitaan jangka panjang yang dialami tanpa merubah atau membuang pikiran yang tidak diinginkan, tetapi dengan melakukan berbagai cara latihan untuk mencapai kesadaran, klien belajar untuk dapat hidup dengan menjadikan stresor sebagai bagian dari hidupnya.

2.3.4.2 *Cognitive defusion*

Merupakan teknik untuk mengurangi penolakan terhadap pikiran atau pengalaman yang tidak menyenangkan.

2.3.4.3 *Being present*

Klien dibantu untuk mendapatkan pengalaman yang lebih terarah sehingga perilaku yang ditunjukkan menjadi lebih fleksibel dan kegiatan yang dilakukan menjadi lebih konsisten sesuai dengan nilai yang dianutnya. Klien dibantu untuk memilih arah hidup mereka dengan cara mengidentifikasi dan fokus pada apa yang mereka inginkan dan nilai apa yang akan mereka pilih untuk hidup mereka sehingga dapat mencapai tujuan hidup yang lebih berharga.

2.3.4.4 *Self as a context*

Klien melihat dirinya sebagai pribadi tanpa harus menghakimi dengan nilai benar atau salah. Klien dibantu untuk lebih fokus pada dirinya dengan cara latihan pikiran dan pengalaman.

2.3.4.5 *Values*

Klien dibantu untuk menetapkan nilai-nilai dan mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang sesuai dengan tujuan hidupnya.

2.3.4.6 *Committed Action*

Klien berkomitmen secara verbal dan tindakan terhadap kegiatan yang akan dipilih termasuk langkah yang diambil untuk mencapai tujuan hidup yang lebih berharga.

2.3.5 Pedoman pelaksanaan

Terdapat 6 sesi pelaksanaan ACT (Hayes, 2005) namun pada pelaksanaannya yang telah dikembangkan oleh Sulistiawaty (2012) telah memodifikasi menjadi 4 sesi dengan menggabungkan 2 prinsip dasar ACT yaitu *acceptance* dan *cognitive defusion* pada sesi 1, *present moment* dan *value* pada sesi 2, *committed action* tentang tindakan yang dilakukan pada pada sesi 3 dan komitmen untuk melakukan tindakan menjadi sesi 4. Berikut ini penjabaran dari masing-masing sesi:

Sesi 1: Mengidentifikasi kejadian, pikiran, dan perasaan yang muncul serta dampak perilaku akibat pikiran dan perasaan yang muncul tersebut.

Tujuan sesi 1: (1) klien mampu membina hubungan saling percaya dengan terapis, (2) klien dapat mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyenangkan yang dialami sampai saat ini, (3) klien mampu mengidentifikasi pikiran yang muncul dari kejadian tersebut, (4) klien mampu mengidentifikasi respon yang timbul dari kejadian tersebut, (5) klien mampu mengidentifikasi upaya/perilaku yang muncul dari pikiran dan perasaan yang ada terkait kejadian.

Sesi 2: Mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman klien.

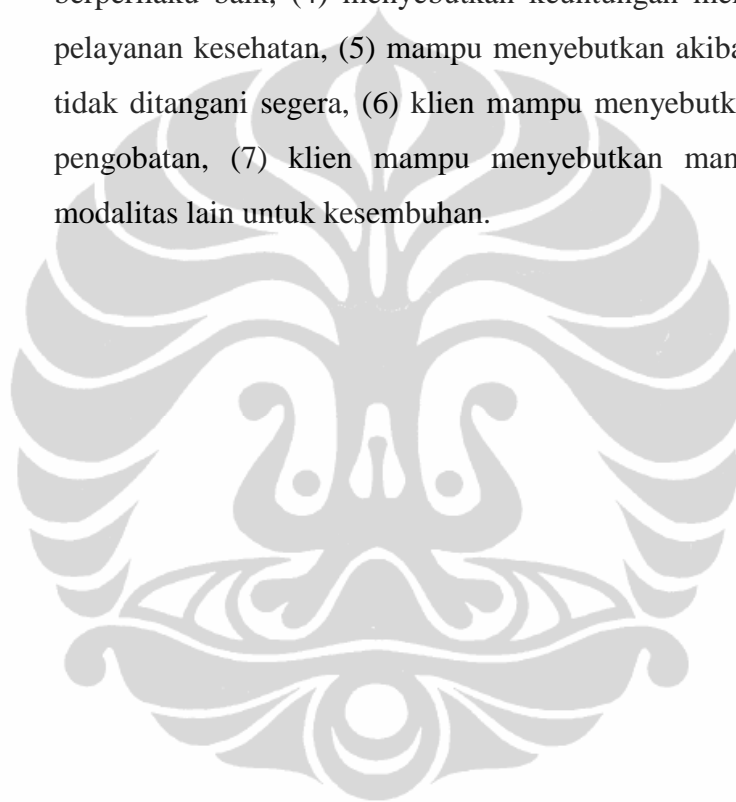
Tujuan sesi 2 : (1) klien mampu mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyenangkan yang terjadi, (2) klien mampu menceritakan tentang upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian tersebut berdasarkan pengalaman klien baik yang konstruktif maupun destruktif.

Sesi 3: Berlatih menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilihnya.

Tujuan sesi 3: (1) klien mampu memilih salah satu perilaku yang dilakukan akibat dari pikiran dan perasaan yang timbul terkait kejadian yang tidak menyenangkan, (2) berlatih untuk mengatasi perilaku yang kurang baik yang sudah dipilih, (3) memasukan latihan kedalam jadwal kegiatan harian klien.

Sesi 4: Berkomitmen untuk mencegah kekambuhan

Tujuan sesi 4: (1) klien mampu mendiskusikan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya perilaku buruk yang terjadi, (2) klien mampu mengidentifikasi rencana yang akan dilakukan klien untuk mempertahankan perilaku yang baik, (3) klien mampu mengidentifikasi apa yang akan dilakukan oleh klien untuk meningkatkan kemampuan berperilaku baik, (4) menyebutkan keuntungan memanfaatkan pelayanan kesehatan, (5) mampu menyebutkan akibat bila stres tidak ditangani segera, (6) klien mampu menyebutkan manfaat pengobatan, (7) klien mampu menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan.



BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

3.1 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori merupakan landasan dari suatu penelitian dan merupakan ciri bahwa penelitian itu merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data (Soegiyono, 2011). Kerangka teori ini menggambarkan tentang uraian teori yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya. Kerangka teori pada bab ini menguraikan tentang respon ketidakberdayaan pada klien GGK dengan menggunakan model stres adaptasi Stuart yang tersebut meliputi faktor predisposisi (biologis, psikologis, sosial budaya), faktor presipitasi (stressor biologis, psikologis, dan sosial budaya), penilaian terhadap stressor (kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan social), sumber koping (internal dan eksternal) dan mekanisme koping yang menyebabkan terjadinya respon ketidakberdayaan (Stuart, 2009). Salah satu intervensi keperawatan spesialis yang diharapkan memberi pengaruh terhadap respon ketidakberdayaan adalah terapi penerimaan dan komitmen/ACT.

Gagal ginjal kronik merupakan penyakit jangka panjang karena adanya kerusakan ginjal yang *irreversible* dan dapat menimbulkan memburuknya kondisi kesehatan (SIGN, 2008). Penyakit ini terjadi tidak hanya disebabkan oleh satu satu penyebab saja melainkan oleh beberapa hal seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, dan penyakit ginjal polikistik. Penanganan medis

untuk mengatasi masalah ini adalah dengan dilakukan terapi pengganti ginjal (dialisis)seumur hidup ataupun transplantasi ginjal (Harwood, 2009).

Menjalani hidup dengan kondisi penyakit gagal ginjal kronik memiliki dampak serius terhadap penurunan kualitas hidup penderita (NCCCKHA, 2008), dan tidak jarang penderita mengalami masalah psikososial yang salah satunya adalah ketidakberdayaan terhadap kurangnya control tentang kondisi dan pengobatan yang dihadapinya. Dalam kondisi ketidakberdayaan klien mempercayai bahwa tidak ada suatu prilaku apapun yang akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan (Seligman, 1980) dalam Theofilou, 2011).

Intervensi keperawatan generalis menurut Carpenito (2008) dalam menangani masalah ketidakberdayaan bertujuan agar: (1) klien mampu mengidentifikasi factor-faktor yang dapat dikontrol, (2) klien mampu membuat keputusan mengenai perawatannya, pengobatannya, dan masa yang akan datang, (3) klien menyatakan kemampuan untuk mengontrol/mempengaruhi situasi dan hasil yang diharapkan. Intervensi generalis lainnya yang telah diujicobakan adalah edukasi (Gilbar, Or-han, dan Plivazky, 2005). Intervensi keperawatan spesialis terkait respon ketidakberdayaan diantaranya adalah : (1) logo terapi oleh Kanine (2011) dan Lewis (2011), (2) terapi perilaku oleh Seligman (1980) dalam Theofilou (2011). Pada penelitian ini akan dikembangkan terapi ACT yang telah dikenalkan oleh Heyes sejak tahun 1986.

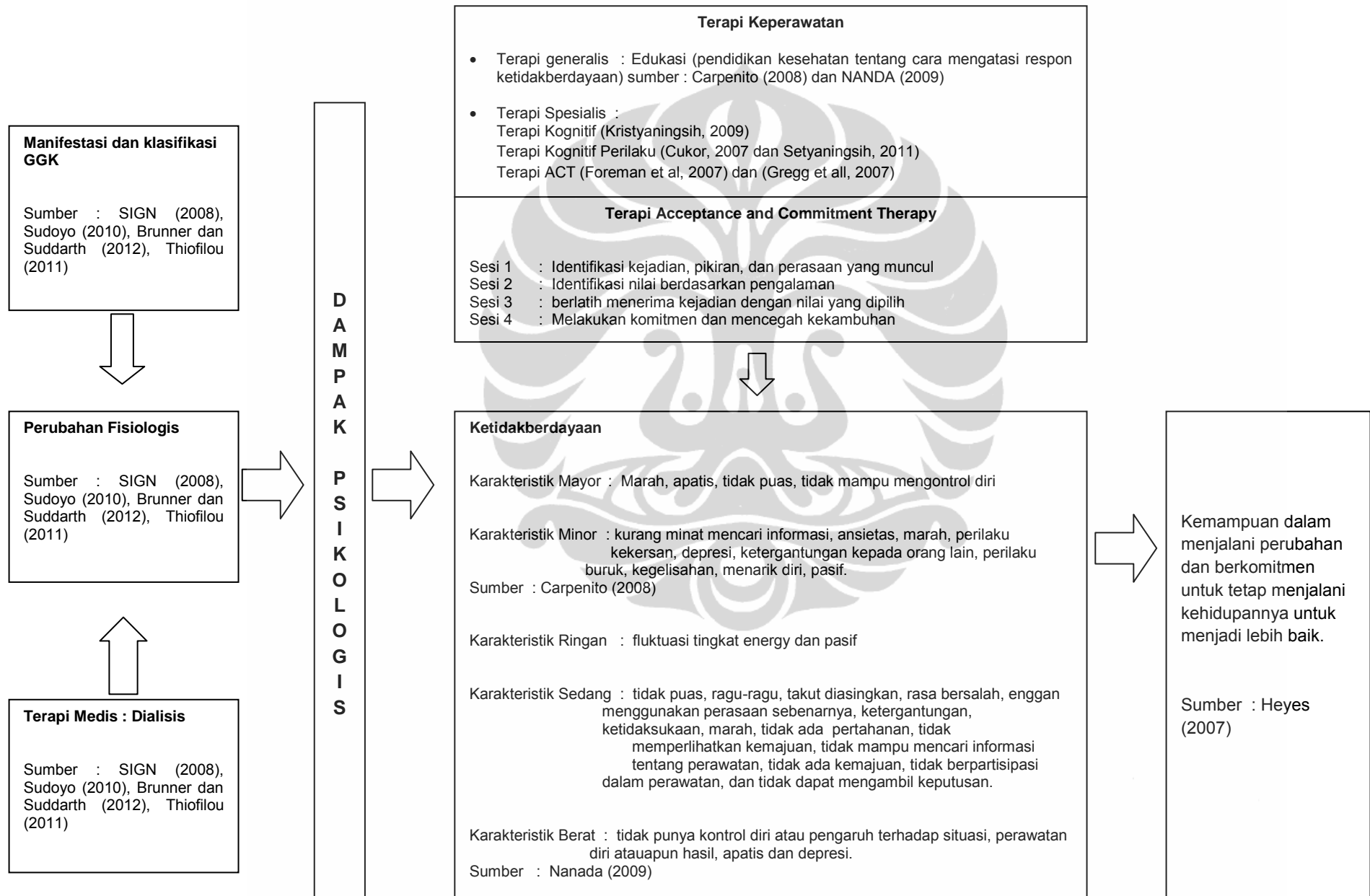
Terapi ACT telah diterapkan dalam mengatasi masalah psikososial terkait penyakit kronik dalam mengatasi masalah depresi dan ansietas oleh McCracken, MacKichan, dan Eccleston (2007), Vowles, Mcneick, et al, (2007), dan Dahl dan Lundgren (2005 dan 2006). Beberapa tujuan yang ingin dicapai melalui terapi ACT adalah membantu klien mencapai dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna dengan mengajarkan penerimaan dengan kemampuan mengonrtol pikiran dan perasaan yang tidak diinginkan dan

melatih klien untuk berkomitmen dalam menjalani situasi yang dihadapinya dengan nilai yang telah dipilihnya.

Kerangka teori penelitian ini akan diuraikan pada skema 3.1.



Bagan 3.1 Kerangka Teori Penelitian Pengaruh ACT Terhadap Respon Ketidak berdayaan klien GGK



3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah penjelasan tentang konsep-konsep yang terkandung didalam asumsi teoritis yang digunakan untuk mengabstraksikan unsur-unsur yang terkandung dalam fenomena yang akan diteliti dan menggambarkan bagaimana hubungan diantara konsep-konsep tersebut. Secara operasional kerangka konsep dalam penelitian didefinisikan sebagai penjelasan tentang variabel-variabel apa saja yang akan diteliti yang diturunkan dari konsep-konsep terpilih serta bagaimana hubungan antar variable-variabel tersebut dan hal-hal yang merupakan indikator untuk mengukur variabel-variabel tersebut (Kusuma Dharma, 2011). Variabel yang akan diuraikan adalah variabel bebas, variabel terkait, dan variabel perancu.

3.2.1 Variabel bebas

Variabel bebas merupakan variabel yang dapat mempengaruhi atau yang menyebabkan timbulnya perubahan pada variabel terikat (Soegiyono, 2011). Menurut Sastoasmoro dan Ismael (2010) variabel bebas adalah variabel yang bila mengalami perubahan akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain. Dalam penelitian ini yang berperan sebagai variabel bebas adalah terapi ACT yang akan dilaksanakan empat sesi, terdiri dari (sesi 1) mengidentifikasi kejadian serta dampak terhadap perilaku, (sesi 2) mengidentifikasi nilai klien berdasarkan pengalaman klien, (sesi3) berlatih menerima kejadian dengan nilai yang dipilih, (Sesi 4) melakukan komitmen dan mencegah kekambuhan.

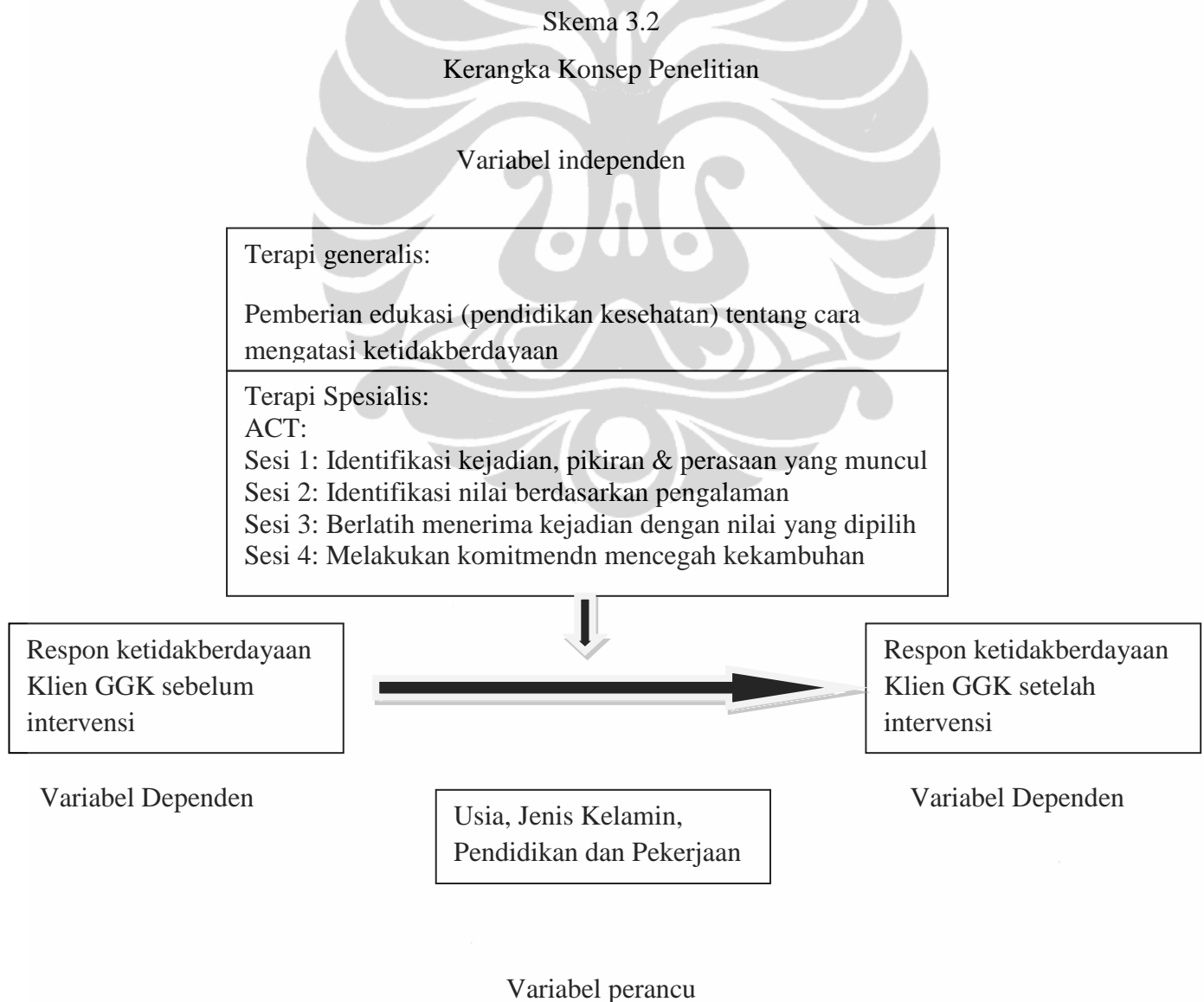
3.2.2 Variabel terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Soegiyono, 2011). Menurut dharma (2011) variabel terikat adalah variabel yang akan mengalami perubahan oleh karena adanya perubahan pada variabel bebas. Pada penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah respon

ketidakberdayaan, dengan sub variabelnya adalah respon kognitif, fisik, emosi, sosial dan perilaku.

3.2.2 Variabel Perancu

Variabel perancu merupakan variabel yang berhubungan dengan variabel bebas maupun variabel terikat (Sastroasmoro dan Ismael, 2010). Variabel perancu dapat mempengaruhi hasil penelitian sehingga harus diidentifikasi sebelum penelitian (Dharma, 2011). Pada penelitian ini diantaranya adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan (Kanine, 2011). Kerangka konsep dapat digambarkan pada skema 3.2 berikut ini:



3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesisi merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Dikatakan sementara karena jawabannya yang diberikan baru berdasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Soegiyono, 2011).

3.3.1 Hipotesis Mayor

Ada pengaruh ACT terhadap penurunan respon ketidakberdayaan klien GGK yang dirawat di RSUP Fatmawati.

3.3.2 Hipotesis Minor

3.3.2.1 Ada perbedaan respon ketidakberdayaan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan edukasi.

3.3.2.2 Ada perbedaan yang lebih bermakna terhadap respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol sesudah diberikan terapi ACT.

3.3.2.3 Ada perbedaan respon ketidakberdayaan pada kelompok kontrol dan intervensi setelah dilakukan terapi ACT.

3.3.2.4 Ada hubungan antara karakteristik klien GGK dengan respon ketidakberdayaan.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel atau sesuatu yang diamati secara operasional berdasarkan karakteristik yang dimiliki sehingga peneliti dengan mudah melakukan pengamatan dan pengukuran terhadap suatu objek atau fenomena (Nursalam, 2008). Dalam menjelaskan suatu variabel, peneliti menjelaskan apa yang harus diukur, bagaimana mengukurnya, apa saja kriteria pengukurannya, instrument yang digunakan untuk mengukurnya, dan skala pengukurannya.

Table 3.1
Definisi Operasional

Variabel Bebas	Defenisi Operasional	Alat & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</i>	Kegiatan terapi yang digunakan untuk menerima pikiran yang tidak menyenangkan dan diharapkan dapat membantu pasien menerima kondisinya dan dapat menentukan apa yang terbaik untuk dirinya dan berkomitmen untuk melakukan apa yang sudah dipilihnya.	Pelaksanaan ACT 4 sesi dengan pengisian buku rapot	1. Responden yang diberikan terapi ACT	Nominal
			2. Responden yang tidak diberikan terapi ACT	
Variabel Terikat				
Respon ketidakberdayaan	Perasaan tidak berdaya yang dialami responden sejak menderita penyakit GGK dan harus menjalani HD .	Mengisi tanda ceklist pada kuesioner B yang telah dikembangkan oleh Kanine (2011) dan dikembangkan oleh peneliti, terdiri dari 19 item pernyataan meliputi aspek kognitif, emosi, prilaku, dan sosial dengan menggunakan skala likert (1-4)	Dinyatakan dalam bentuk total skor dengan rentang terendah 19 , skor menengah 58 dan skor tertinggi 76	Interval
Variabel Perancu				
Usia	Lama hidup seseorang berdasarkan waktu kelahiran	Satu item pertanyaan dalam kuisisioner A tentang usia responden	Dinyatakan rentang umur dalam tahun	Rasio

Jenis Kelamin	Ciri responden yang dimiliki sejak lahir	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Pendidikan	Jenjang Pendidikan yang dicapai berdasarkan yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT	Ordinal
Pekerjaan	Kegiatan klien yang dapat menghasilkan uang (pendapatan)	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal

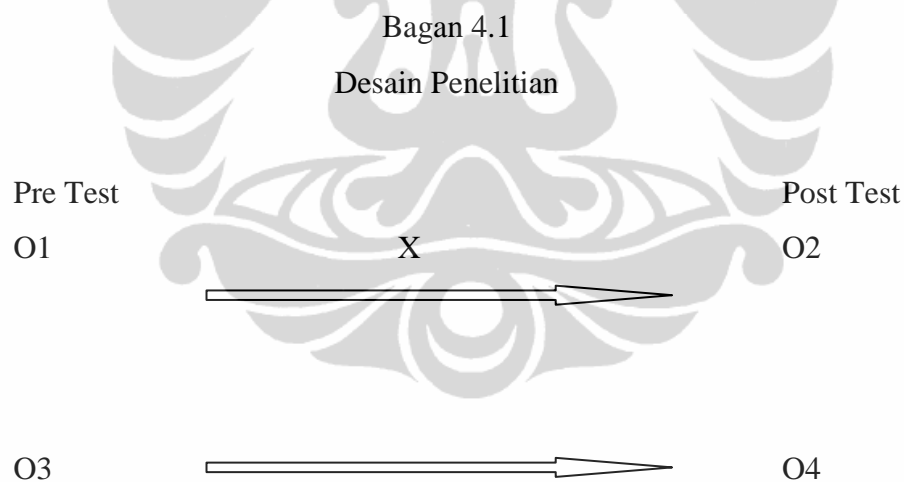
BAB IV

METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, teknik pengambilan sampel, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *Quasi Eksperiment Pre-Post Test With Control Group*. Yaitu penelitian yang mengujicoba suatu intervensi pada sekelompok subyek dengan kelompok pembanding. Intervensi yang diujicobakan adalah pemberian ACT. Secara skematis desain penelitian ini tergambar pada skema dibawah ini:



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi), Terapi ACT.
- O₁ : Klien GGK pada kelompok intervensi yang mengalami respon ketidakberdayaan sebelum diberikan ACT.
- O₂ : Klien GGK dengan respon ketidakberdayaan yang telah mendapatkan ACT.

- O₃ : Klien GGK dengan respon ketidakberdayaan pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi generalis.
- O₄ : Klien GGK dengan respon ketidakberdayaan pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan ACT pada saat post tes.
- O₂ - O₁ : Perbedaan respon ketidakberdayaan pada klien GGK kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi ACT.
- O₁ - O₃ : Perbedaan respon ketidakberdayaan pada klien GGK kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum intervensi.
- O₃ - O₄ : Perbedaan respon ketidakberdayaan pada klien GGK pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi generalis saat pre dan post test.
- O₂ - O₄ : Perbandingan dari perubahan respon ketidakberdayaan pada klien GGK antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada post test

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah klien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta Serlatan, yaitu keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2010) dan keseluruhan obyek yang diteliti (Notoatmojo, 2010).

4.2.2. Sampel

Sampel yang digunakan sudah sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti pada awal penelitian yaitu:

1. Klien rawat inap yang terdiagnosis GGK yang harus menjalani hemodialisa
2. Usia diatas 17 tahun
3. Mengalami masalah ketidakberdayaan dengan skor menengah (38-58)

4. Tidak dalam keadaan sesak
5. Tingkat kesadaran kompos mentis
6. Dapat membaca dan menulis
7. Bersedia menjadi responden dan mengikuti terapi yang diberikan.

4.2.2.1 Besar Sampel

Besar sampel yang digunakan adalah 56 responden yang terdiri dari 28 responden kelompok intervensi dan 28 responden kelompok kontrol. Penentuan besaran sampel adalah dengan menggunakan rumus dasar menurut Sastroasmoro dan Ismael (2010) dengan perhitungan uji beda rerata 2 populasi *independent*, dengan mengacu pada penelitian terdahulu oleh Kristyaningsih (2009), dengan standar deviasi sebesar 4, dan selisih nilai mean sebesar 2,5. Berikut ini adalah uraian penghitungan besar sampel:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) \cdot f}{d^2}$$

Keterangan:

n : Besar sampel minimum

Z_{α} : Nilai kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95% ($\alpha = 0,05$), maka $Z_{\alpha} = 1,96$

Z_{β} : Bila $\alpha = 0,05$ dan power = 0,80 maka $Z_{\beta} = 0,842$

F : Kesalahan tipe 2 yang setara dengan 20% (0,2)

D : Beda proporsi yang klinis penting (*clinical judgement*) = 25% atau 0,25

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka didapatkan:

$$n = \frac{(1,96 + 0,842)^2 \cdot 0,2}{(0,25)^2}$$

$$n = 25,123 \text{ dibulatkan menjadi } 25$$

ditambah dengan jumlah responden yang berkemungkinan dropout dengan rumus berikut:

$$n' = n \frac{1}{[1 - f]}$$

Keterangan :

n' : Besar sampel setelah dilakukan revisi

n : Besar sampel yg akan dihitung

$1 - f$: Perkiraan proporsi subjek yang drop out, perkiraan 10 %
($f=0,1$)

$$\text{maka : } n = \frac{25}{1-0,1}$$

$$n = 27,78 \text{ dibulatkan menjadi } 28$$

Berdasarkan penghitungan tersebut maka total sampel adalah 28 pasien pada kelompok intervensi dan 28 pasien pada kelompok kontrol, sehingga total jumlah sampel adalah 56 pasien.

4.2.2.2 Teknik Pengambilan Sampel (*Sampling*)

Sampel/responden berasal dari 2 ruang perawatan yaitu kelompok intervensi berasal dari ruang perawatan lantai V Selatan dan kelompok kontrol berasal dari ruang perawatan lantai V Utara RSUP Fatmawati. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *purposive sampling*, yaitu teknik

penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Soegiyono, 2011), pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu bahwa sample sudah sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Pada kelompok kontrol dan intervensi sample dipilih setiap minggunya adalah 6 sampai 7 orang. Sehingga total sample dapat tercapai selama hampir 5 minggu.

Tabel 4.1
Daftar Klien Sebagai Responden Penelitian
Di RSUP Fatmawati

No.	Ruangan	Jumlah Klien	Kelompok		Prosentase
			Kontrol	Intervensi	
1.	Lt. 5 utara teratai	40	28		50%
2.	Lt. 5 selatan teratai	40		28	50%
	Total	80	28	28	100%

4.3. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei s.d Juni 2012, dengan jadwal kegiatan terlampir. Penelitian dilaksanakan di ruang perawatan dewasa yang merawat pasien GGK, diantaranya lantai V selatan dan lantai V utara RSUP Fatmawati. Alasan menggunakan RSUP Fatmawati oleh karena RSUP Fatmawati sebagai pusat rujukan area Jakarta Selatan-Bogor-Depok-Tangerang dengan BOR 80%-90% dan merupakan RS pendidikan bagi tenaga kesehatan dan belum adanya penerapan ACT di RS tersebut.

4.4. Etika Penelitian

Penelitian ini telah memenuhi prinsip etik dan setiap responden diberikan hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti dengan tidak mencantumkan nama dan alamat responden.

4.4.1 Aplikasi Penerapan Prinsip Etik

Penelitian dimulai Setelah pelaksanaan uji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan uji kompetensi oleh pakar keperawatan jiwa FIK UI. Penelitian ini dilakukan dengan memegang prinsip etik menurut Polite & Hungler (1999) berikut ini:

4.5.1.1 *Autonomy*

Peneliti memberikan kebebasan kepada responden dalam menentukan apakah bersedia atau tidak untuk terlibat dalam penelitian ini tanpa paksaan, responden diberikan kebebasan untuk tetap ikut ataupun menghentikan proses penelitian.

4.5.1.2 *Confidentiality*

Dalam kuesioner penelitian tidak mencantumkan nama responden (*anonymity*) tetapi menggunakan kode responden serta tidak mencantumkan alamat responden untuk menjaga kerahasiaan data (*confidentiality*) yang diperoleh. Kemudian data yang diperoleh disimpan oleh peneliti di file pribadi sebagai arsip dan hanya bisa diakses oleh peneliti sendiri. Setelah data yang didapatkan selesai dipergunakan maka data tersebut dimusnahkan setelah lima tahun dengan cara dibakar..

4.5.1.3 *Nonmaleficence*

Penelitian telah diupayakan bebas dari rasa tidak nyaman (kelelahan dan menyita waktu) dengan memberikan penjelasan

secara lisan maupun tertulis tentang maksud dan tujuan penelitian dan melaksanakan penelitian sesuai kontrak yang telah disepakati. Beberapa responden yang membutuhkan terapi yang lebih mendalam diberikan konseling khusus yang dapat dilakukan oleh peneliti sendiri (seperti latihan asertif dalam mengatasi perilaku marah) ataupun konseling yang melibatkan tim kesehatan lain.

4.5.1.4 *Beneficence*

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat positif terhadap responden dalam menghadapi respon ketidakberdayaan yang dihadapinya, dan manfaat bagi perkembangan dunia keperawatan dalam memberikan intervensi terhadap respon ketidakberdayaan yang dihadapi klien GGK.

4.5.1.5 *Justice*

Prinsip keterbukaan (*veracity*) serta keadilan (*justice*) dilakukan oleh peneliti dengan cara menjelaskan tentang prosedur penelitian dan peneliti juga memperhatikan nilai kejujuran (*honesty*) dan ketelitian. Penelitian ini memberikan terapi ACT pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol diberikan jenis terapi generalis: edukasi tentang cara mengatasi ketidakberdayaan pada klien GGK. Edukasi merupakan salah satu tindakan yang terbukti dapat meningkatkan mood dan menurunkan tingkat kecemasan (Klang et al, 1998 dalam Harwood, 2009). Edukasi pada kelompok kontrol akan diberikan oleh asisten peneliti yang telah dilatih oleh peneliti dengan menggunakan media leaflet (contoh leaflet terlampir). Dengan memberikan terapi generalis berupa edukasi tentang cara mengatasi ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok kontrol dan pemberian terapi ACT pada kelompok intervensi

diharapkan penelitian ini telah menerapkan prinsip *justice* oleh karena keduanya sama-sama mendapatkan terapi.

4.4.2 *Informed Consent*

Sebelum mengikuti proses penelitian, responden terlebih dahulu telah diberikan penjelasan mengenai proses penelitian dan mengisi serta menandatangani *Informed Consent* (surat pernyataan persetujuan) tanpa ada paksaan.

4.5. Alat Pengumpulan Data

4.5.1 Instrumen Data Demografi

Peneliti menggunakan kuesioner A untuk mengidentifikasi data demografi responden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Jenis pertanyaan pada kuesioner A menggunakan pertanyaan terbuka untuk karakteristik umur, dan pertanyaan tertutup untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

4.5.2 Instrumen data respon ketidakberdayaan

4.5.2.1 Kuesioner B

Merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur respon ketidakberdayaan klien GGK. Instrumen yang digunakan adalah instrumen yang dikembangkan oleh Kanine (2011) yang telah melalui tahap uji (reliabilitas dan validitas) terhadap klien penderita Diabetes Melitus yang mengalami respon ketidakberdayaan yang dirawat di RS Bitung dan RS Sam Ratulangi Minahasa. Peneliti telah memodifikasi kuesioner B dengan menyesuaikan karakteristik klien GGK sesuai dengan tujuan penelitian.

Kuesioner B terdiri dari 19 item pernyataan yang sesuai dengan konsep ketidakberdayaan terdiri dari respon verbal, emosional, parti sipasi dalam aktifitas sehari-hari dan tanggung jawab klien dalam keterlibatan selama proses perawatan, yang terbagi menjadi 9 pernyataan positif dan 10 pernyataan negatif dengan menggunakan skala *likert*. Pernyataan terkait respon verbal sebanyak 4 item terdiri dari pernyataan positif (no 1 dan 2), dan pernyataan negatif (no 3 dan 4). Pernyataan respon emosional sebanyak 5 pernyataan terdiri dari pernyataan positif (no 7 dan 8), dan pernyataan negatif (no 5,6, dan 9). Pernyataan respon partisipasi dalam aktivitas sehari-hari sebanyak 6 pernyataan terdiri dari pernyataan positif (no 10, 11, 12, dan 13), dan pernyataan negatif (no 14 dan 15). Respon tanggung jawab melibatkan diri dalam kegiatan perawatan sebanyak 4 pernyataan terdiri dari pernyataan positif (no 16 dan 18) dan pernyataan negatif (no 17 dan 19).

Seluruh pernyataan dalam kuesioner B menggunakan skala likert. Pada pernyataan positif jika responden menjawab "selalu" akan diberi nilai 4, untuk jawaban "sering" akan diberi nilai 3, sedangkan untuk jawaban "kadang-kadang" diberi nilai 2 dan jawaban "tidak pernah" diberi nilai 1. Pada pernyataan negatif jika responden menjawab "selalu" akan diberi nilai 1, untuk jawaban "sering" akan diberi nilai 2, untuk jawaban "kadang-kadang" akan diberi nilai 3 dan jawaban "tidak pernah" akan diberi nilai 4.

Skor penilaian pada kuesioner ini memiliki nilai skor terendah 19 dan skor tertinggi 76 dengan pembagian rentang skor rendah adalah 19 – 38, skor menengah 39 – 58, dan skor tertinggi 59 –

76. Semakin nilai skor mencapai 76 maka responden semakin berkurang respon ketidakberdayaannya (semakin berdaya).

4.5.2 Pengujian instrumen

Instrumen yang digunakan merupakan instrumen yang telah dikembangkan oleh Kanine (2011) yang telah lolos uji validitas dan reliabilitas, namun dikarenakan instrumen ini telah mendapat modifikasi sesuai karakteristik klien GGK oleh peneliti maka pengujian instrumen kembali dilakukan di tempat penelitian yaitu RSUP Fatmawati terhadap klien yang tidak akan dijadikan responden penelitian.

4.5.2.1 Uji Validitas

Uji validitas dilakukan dengan hasil 0,493-0,943. Pada penelitian ini uji validitas dilakukan dengan menggunakan teknik *Pearson Product Moment* dengan nilai $>0,30$ (Soegiyono, 2011). Dengan hasil tersebut maka instrument yang digunakan dinyatakan valid. Uji validitas dilakukan untuk menentukan apakah instrumen yang digunakan dapat mengukur apa yang ingin diukur (Notoatmojo, 2010), sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa uji validitas adalah suatu cara yang dilakukan oleh peneliti untuk membuktikan apakah instrumen yang digunakan mampu mengukur apa yang ingin diukur.

4.5.2.2 Uji Reliabilitas

Instrumen telah dinyatakan valid berdasarkan uji validitas selanjutnya dilakukan uji reliabilitas. Alat ukur dinyatakan reliabel apabila mendapatkan hasil yang ketika diujicobakan kepada subjek yang berbeda (Hastono, 2007). Pengujian dengan membandingkan nilai Alpha Cronbach dengan nilai r tabel. Jika

nilai Alpha Cronbach lebih besar dari 0,6 (Anastasi dan Urbina, 1997, dalam Dharma, 2011). Dalam penelitian ini didapatkan nilai r tabel 0,943 dan instrument dinyatakan reliable.

Table 4.3

Analisis Hasil Pengujian Instrumen Respon Ketidakberdayaan Klien GGK

Variabel	Jumlah Pertanyaan		Validitas	Reliabilitas
	Sebelum	Sesudah		
	Uji Coba	Uji Coba		
Respon Ketidakberdayaan	19	19	0,493-0,929	0,943

4.6. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

4.6.1 Persiapan Penelitian

Pada tahap ini, peneliti telah mempersiapkan instrumen yang digunakan. Langkah selanjutnya adalah melakukan proses perijinan kepada RSUP Fatmawati sebagai tempat dilakukannya penelitian dengan menyampaikan surat permohonan ijin melakukan penelitian yang disampaikan kepada direktur utama RSUP Fatmawati dan melakukan presentasi proposal penelitian yang dihadiri oleh bidang diklat, bidang pelayanan keperawatan, bagian etik, bagian rekam medis, dan IRNA tempat penelitian akan dilakukan.

4.6.2 Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan ini, peneliti telah melakukan pengumpulan data melalui langkah-langkah sebagai berikut:

4.6.2.1 Tahap *Pre Test*

Pre-test pada hari pertama setelah responden menandatangani *informed consent*. *Pre-test* dilakukan untuk mengetahui kondisi awal respon ketidakberdayaan pada pasien GGK sebelum

dilakukan ACT. Pengisian lembar kuesioner B pada kelompok kontrol dilakukan oleh kolektor data. Kolektor data adalah perawat ruangan tempat responden kelompok kontrol dirawat yang telah diberikan penjelasan terlebih dahulu tentang tujuan dan proses penelitian yang akan dilakukan serta perannya dalam proses penelitian ini. Kolektor data yang dipilih adalah perawat dengan latar belakang pendidikan S 1 keperawatan. Setiap responden diberikan waktu yang cukup untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dalam kuesioner. Pengumpulan data pada kelompok intervensi dilakukan oleh peneliti sendiri. Pelaksanaan pre test pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan bersama-sama pada hari pertama.

4.6.2.2 Tahap Intervensi

a. Intervensi Generalis Pada Kelompok Kontrol

Intervensi generalis yang diberikan adalah pemberian edukasi tentang cara mengatasi masalah ketidakberdayaan pada klien GGK. Edukasi diberikan pada kelompok kontrol dilakukan oleh asisten peneliti yang dilakukan pada hari ke 2 setelah pengumpulan data. Media yang digunakan dalam pemberian edukasi adalah leaflet (terlampir).

b. Intervensi ACT pada kelompok intervensi

Pada tahap ini, peneliti memberikan intervensi kepada klien pada kelompok intervensi berupa terapi ACT sebanyak 4 sesi yang diberikan selama 4 hari. Intervensi sesi 1 dilakukan pada hari ke 2 setelah pengumpulan. Pada sesi 1 terapis (peneliti) dan responden mendiskusikan tentang kejadian buruk/tidak menyenangkan yang dialami responden serta menyampaikan pikiran dan perasaannya terkait kejadian buruk/tidak menyenangkan yang dialaminya tersebut serta dampak terhadap perilakunya. Semua yang diungkapkan responden

ditulis oleh responden dalam buku kerja. Diakhir sesi 1 responden diberikan penjelasan untuk mengisi lembar catatan harian secara mandiri sebagai latihan untuk mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyenangkan seperti yang telah didiskusikan sebelumnya. Sesi 2 diberikan pada hari ke 3, peneliti dan responden mendiskusikan tentang apa yang dilakukan klien, keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan dan spiritual) atas pengalaman/kejadian yang tidak menyenangkan yang dialami responden yang diungkapkan di sesi 1. Diakhir sesi 2 responden juga diberikan tugas mandiri untuk dapat mengisi kembali kegiatan sesi 2 secara mandiri. Sesi 3 diberikan pada hari ke 4, peneliti dan responden mendiskusikan serta melakukan latihan mengatasi salah satu perilaku yang ingin dilatih/diperbaiki yang diungkapkan klien di sesi 1 dan memasukan latihan tersebut kedalam jadwal kegiatan sehari-hari. Intervensi ACT sesi 4 diberikan pada hari ke 5, peneliti dan responden mendiskusikan tentang apa yang dilakukan klien untuk menghindari berulangnya perilaku buruk yang terjadi dan cara untuk mempertahankan perilaku yang baik. Pada sesi 4 juga peneliti dan responden mendiskusikan tentang manfaat pelayanan kesehatan, akibat apabila perilaku buruk yang tidak ditangani segera, manfaat pengobatan, dan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan responden.

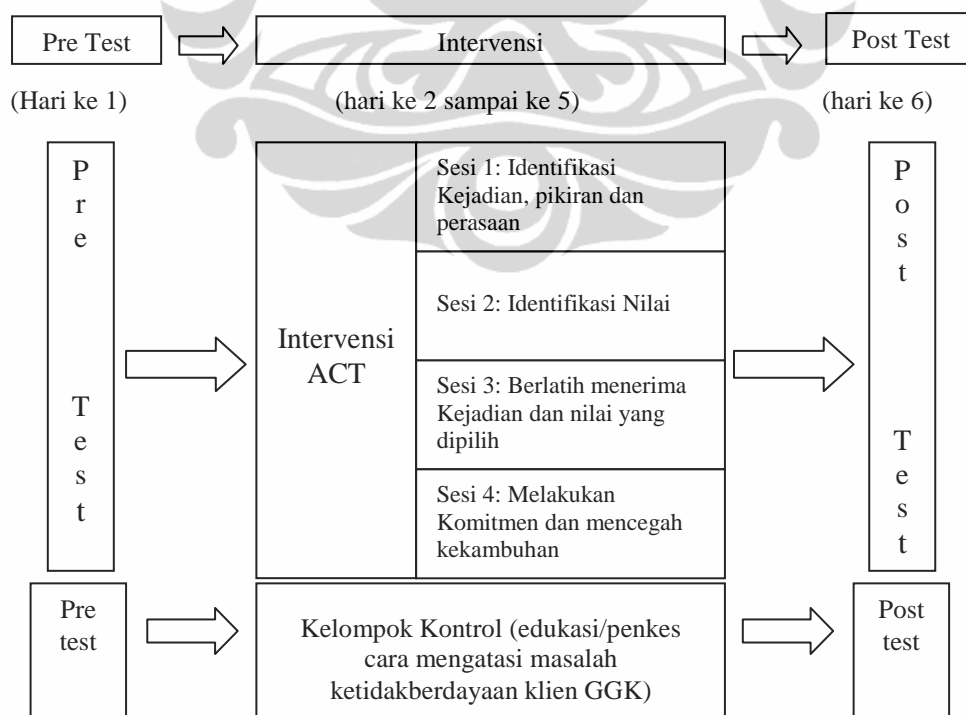
Penilaian terhadap keberhasilan mengikuti ACT akan dinilai melalui lembar observasi yang telah disusun dalam modul ACT. Pelaksanaan pemberian Terapi ACT menggunakan panduan modul yang telah disusun oleh Sulistyawati (2012) yang telah dimodifikasi oleh peneliti karena disesuaikan dengan kondisi masalah psikososial: Ketidakberdayaan

(Modifikasi pada BAB I dan strategi pelaksanaan dalam modul).

4.6.2.3 Tahap *Post-test*

Post-test pada kelompok kontrol dilakukan pada hari ke 2 pasca pemberian edukasi atau apabila pasien akan pulang dilakukan menjelang pasien pulang. *Post-test* pada kelompok intervensi dilakukan pada hari ke 6 setelah pemberian sesi 4 ACT. *Post test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan alat ukur yang sama (kuesioner B). Pelaksanaan post test pada kelompok kontrol dilakukan oleh kolektor data sedangkan pada kelompok intervensi *post test* dilakukan peneliti. Skema kerangka kerja pelaksanaan penelitian akan diuraikan pada halaman berikutnya.

Skema 4.2
Kerangka Kerja Pelaksanaan Proses Penelitian



4.7 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan setelah pengumpulan data dimana data diolah sedemikian rupa sehingga dapat menjadi informasi yang dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian (Hastono, 2007). Proses pengolahan data yang dilakukan terdiri dari:

4.7.1 Editing

Peneliti melakukan kegiatan pengecekan ulang terhadap kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner oleh responden apakah sudah lengkap dijawab, jelas, relevan dan konsisten.

4.7.2 Coding

Coding merupakan kegiatan pemberian kode terhadap jawaban kuesioner. Kelompok kontrol akan diberikan kode "K" dan kelompok Intervensi akan diberi kode "I". Sedangkan untuk data demografi item jenis kelamin perempuan, pendidikan rendah (SD/SMP/SMA), dan tidak bekerja diberi kode 1. Untuk item jenis kelamin laki-laki, pendidikan tinggi (Diploma-Sarjana), dan bekerja, diberi kode 2. Kegiatan ini bertujuan untuk mempermudah dalam pengolahan dan analisis data.

4.7.3 Processing

Proses *entry* data dilakukan setelah semua kuesioner terisi lengkap dan sudah dilakukan pengkodean. Pengolahan dan analisis data menggunakan program SPSS.

4.7.4 Cleaning

Proses pembersihan dilakukan sebelum data dianalisis sehingga tidak terdapat kesalahan pembacaan kode.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini dilakukan untuk mendeskripsikan semua variabel yang diteliti. Adapun variabel yang dianalisis dengan univariat adalah variabel terikat terkait dengan karakteristik klien GGK terdiri dari jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan dianalisis menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Usia sebagai data numerik dianalisis menggunakan nilai mean, modus, standar deviasi, nilai maksimal, nilai minimal, serta *confident interval* (CI 95%).

4.8.2 Analisis Bivariat

Peneliti juga melakukan analisis bivariat untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu dengan melihat perbedaan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah intervensi. Untuk mengetahui homogenitas variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol maka dilakukan uji kesetaraan.

Tabel 4.2

Analisis Kesetaraan dan Pengaruh Terapi ACT Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien GGK di RSUP Fatmawati

A. Analisa Kesetaraan Karakteristik Responden			
No.	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisa
1	Umur (data numerik)	Umur (data numerik)	<i>Independen t test</i>
2	Jenis kelamin (data kategorik)	Jenis kelamin (data kategorik)	<i>Chi-square</i>
3	Pendidikan (data katagorik)	Pendidikan (data kategorik)	<i>Chi-square</i>
4	Pekerjaan (data kategorik)	Pekerjaan (data kategorik)	<i>Chi-square</i>
5	Respon ketidakberdayaan (data numerik)	Respon ketidakberdayaan (data numerik)	<i>Independen t test</i>

B. Analisis Bivariat

No.	Variabel Respon Ketidakberdayaan	Variabel Respon Ketidakberdayaan	Cara Analisis
1	Respon Ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok kontrol sebelum intervensi (data numerik)	Respon ketidakberdayaan klien GGK kelompok kontrol setelah intervensi (data numerik)	<i>Paired t test</i>
2	Respon Ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok intervensi sebelum intervensi (data numerik)	Respon ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok setelah penelitian (data numerik)	<i>Paired t test</i>
3	Respon Ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok kontrol setelah intervensi (data numerik)	Respon ketidakberdayaan klien GGK pada kelompok intervensi setelah intervensi (data numeric)	<i>Independent t test</i>

4.8.3 Analisis Multivariat

Pada penelitian ini, proses analisis multivariate dilakukan untuk membuktikan adanya hubungan antara karakteristik klien GGK dengan respon ketidakberdayaan. Berikut ini uraian tentang uji yang akan dilakukan:

Tabel 4.3
Analisis Multivariat Hubungan Karakteristik Respon Ketidakberdayaan Klien GGK di RSUP FATmawati Jakarta

Karakteristik	Variabel Terikat	Cara Analisis
Umur (numerik)		<i>corelasi</i>
Jenis Kelamin (katagorik)	Respon Ketidakberdayaan (numerik)	<i>t independen</i>
Pendidikan (katagorik)		<i>t independen</i>
Pekerjaan (katagorik)		<i>t independen</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh *Acceptance and Commitment Therapy* terhadap respon ketidakberdayaan klien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta. Pada bab ini akan diuraikan tentang karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Proses penelitian dilaksanakan pada tanggal 10 Mei sampai dengan 9 Juni 2012. Penelitian ini melibatkan 56 klien GGK yang memiliki masalah keperawatan ketidakberdayaan yang memenuhi kriteria inklusi penelitian terbagi menjadi 2 kelompok yaitu 28 orang sebagai kelompok kontrol dan 28 orang sebagai kelompok intervensi.

5.1 Karakteristik Klien Gagal Ginjal Kronik

Karakteristik klien pada penelitian ini antara lain meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Pada data numerik (umur) dianalisa dengan menghitung *central tendency* sedangkan untuk data kategorik (jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan) dianalisa dengan menghitung pada distribusi frekuensinya. Karakteristik klien juga akan dilihat kesetaraannya untuk melihat homogenitas data antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan menggunakan uji *chi square* pada data kategorik dan *independent t-test* pada data numerik.

5.1.1 Karakteristik Klien GGK

5.1.1.1 Karakteristik Usia

Karakteristik klien menurut usia dilakukan analisa untuk mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal-maksimal serta *Confident interval* (CI 95%) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan table 5.1 diketahui bahwa rata-rata usia pasien GGK pada kedua kelompok berada pada tahapan usia

dewasa. Rata-rata usia kelompok intervensi adalah 46,64 tahun dan pada kelompok kontrol adalah 51,96 tahun. .

Tabel 5.1
Karakteristik Klien Gagal Ginjal Kronik Berdasarkan Usia
di RSUP Fatmawati Jakarta (n=56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min	Max	95%CI
Usia	Intervensi	28	46,64	48,00	11,41	24	69	42,22-51,07
	Kontrol	28	51,96	52,50	11,58	25	72	47,47-56,45

5.1.1.2 Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan

Karakteristik klien menurut jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan dianalisis untuk melihat distribusi frekuensinya.

Tabel 5.2
Distribusi Karakteristik Respon Ketidakberdayaan Klien GGK
Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan di RSUP
Fatmawati Jakarta (n=56)

Variabel	Katagori	Kelompok intervensi (n=28)		Kelompok kontrol (n=28)		Jumlah (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Jenis kelamin	Laki-laki	15	53,6	16	57,1	31	55,4
	Perempuan	13	46,4	12	42,9	25	44,6
Pendidikan	SD	7	25,0	8	28,6	15	26,8
	SMP	3	10,7	1	3,6	4	7,1
	SMA	15	53,6	17	60,7	32	57,1
Pekerjaan	PT	3	10,7	2	7,1	5	0,9
	Bekerja	13	46,4	18	64,3	31	55,4
	Tidak Bekerja	15	53,6	10	35,7	25	44,6

Berdasarkan pada tabel 5.2 didapatkan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol lebih banyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 31 pasien (55,4%). Berdasarkan pendidikan didapatkan angka tertinggi adalah responden berpendidikan SMA (57,1%). Karakteristik

berdasarkan pekerjaan terdapat 31 responden yang sudah tidak bekerja (55,4%).

5.1.2 Uji Kesetaraan

5.1.2.1 Uji Kesetaraan Karakteristik Usia

Uji kesetaraan karakteristik usia pada kelompok intervensi dan kelompok control diuji dengan menggunakan uji independent sample t test (Pooled t test). Hasil uji kesetaraan tersebut dapat dilihat pada table 5.3.

Tabel 5.3

Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dengan Respon Ketidakberdayaan Klien GGK pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Fatmawati tahun 2012 (n=56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	P value
Usia	Intervensi	28	46,64	11,41	2,157	0,089
	Kontrol	28	51,96	11,58	2,189	

Berdasarkan hasil uji kesetaraan pada table 5.3 diketahui bahwa tidak ada perbedaan usia pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan p value 0,089 ($p > \alpha 0,05$).

5.1.2.2 Uji Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan

Uji kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan dilakukan uji kesetaraan dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Hasil analisa ditampilkan pada tabel 5.4. Berdasarkan dari tabel 5.4, dapat dilihat bahwa berdasarkan uji kesetaraan yang telah dilakukan didapatkan bahwa variabel jenis kelamin pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki nilai p value 1,000 ($p \text{ value} > 0,05$). Sedangkan variable pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara dengan nilai p value 1,000 ($p \text{ value} > 0,05$), dan pada variable pekerjaan pada

kelompok intervensi dan kelompok control memiliki p value 0,282 (p value > 0,05).

Tabel 5.4
Analisis Kesetaraan Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Klien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta (n=56)

Variabel	Katagori	Kelompok Intervensi (n=28)		Kelompok Kontrol (n=28)		Jumlah (n=56)		P value
		N	%	N	%	N	%	
Jenis Kelamin	Laki-laki	15	53,6	16	57,1	31	55,4	1,000
	Perempuan	13	46,4	12	42,9	25	44,6	
Pendidikan	SD	7	25,0	8	28,6	15	26,8	0,707
	SMP	3	10,7	1	3,6	4	7,1	
	SMA	15	53,6	17	60,7	32	57,1	
	PT	3	10,7	2	7,1	5	0,9	
Pekerjaan	Tidak bekerja	13	46,4	18	64,3	31	55,4	0,282
	Bekerja	15	53,6	10	35,7	25	44,6	

Dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini tidak ada perbedaan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

5.1.1.2 Respon Ketidakberdayaan

Respon ketidakberdayaan pada klien GGK akan dianalisis guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Berikut ini adalah respon ketidakberdayaan kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada klien GGK sebelum dilakukan perlakuan.

Tabel 5.5
Respon Ketidakberdayaan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok
Kontrol Klien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta
Tahun 2012 (n=56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Min	Max	95% CI
Respon Ketidakberdayaan	Intervensi	28	46,96	2,659	43	53	45,93-48,00
	Kontrol	28	46,11	2,217	43	51	45,25-46,97

Skor respon ketidakberdayaan berdasarkan penilaian instrument berada pada rentang 19 sampai dengan 76. Berdasarkan hasil analisis diatas maka diketahui skor respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol didapatkan skor 43 samapai dengan 53 dengan nilai rata-rata pada kelompok intervensi 46,96 dan skor rata-rata kelompok kontrol sebesar 46,11. Hal ini menandakan kedua responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol berada pada skor level menengah pada skala respon ketidakberdayaan.

Kesetaran respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dan kelompok control sebelum dilakukan intervensi dianalisis dengan menggunakan uji independent sample t test. Hasil dari uji tersebut didapatkan *p value* 0,196 ($p > 0,05$) dan data dinyatakan setara. Uji kesetaraan tersebut diuraikan dalam table 5.6.

Tabel 5.6
Analisis Kesetaraan Respon Ketidakberdayaan Pada Kelompok Kontrol
dan Intervensi Sebelum Dilakukan Perlakuan di RSUP Fatmawati
Jakarta Tahun 2012 (n=56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Min	Max	P value
Respon Ketidakber dayaan	Intervensi	28	49,96	2,659	0,503	43	53	0,191
	Kontrol	28	46,11	2,217	0,419	43	51	

5.2 Pengaruh Terapi ACT Terhadap Respon Ketidakberdayaan

Bagian ini menjelaskan tentang kondisi respon ketidakberdayaan, dan kesetaraan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, serta perbedaan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan terapi ACT, dan memaparkan selisih perubahan respon ketidakberdayaan sebelum dan sesudah terapi ACT dan respon ketidakberdayaan kelompok intervensi dan control setelah terapi ACT.

5.2.1 Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi

Tabel 5.7
Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Sebelum dan Sesudah Pemberian ACT pada Kelompok Intervensi di RSUP Fatmawati Tahun 2012 (n=56)

Respon Ketidakberdayaan	Kategori	N	Mean	SD	SE	T	P Value
Intervensi	Sebelum	28	46,96	2,659	0,503	-13,007	0,000
	Sesudah	28	52,93	4,405	0,832		
	Selisih		5,964	2,246			
Kontrol	Sebelum	28	46,11	2,217	0,419	-0,537	0,595
	Sesudah	28	46,39	2,455	0,434		
	Selisih		0,286	2,813			

Berdasarkan pada hasil tabel 5.7 terdapat penurunan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi setelah mendapat terapi ACT dengan *p value* sebesar 0,000 ($p < 0,05$) dengan rata-rata peningkatan skor sebesar 5,964 dan pada kelompok kontrol memiliki nilai *p value* 0,595 ($p > 0,05$) dengan rata-rata peningkatan skor sebesar 0,643.

5.2.2 Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Sesudah Kelompok Intervensi diberikan Teerapi ACT.

Analisis Perbedaan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dan kelompok control setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi ACT di analisis menggunakan *independent t-test*, dimana hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8
Analisis Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Setelah Pelaksanaan ACT Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah diberikan Terapi ACT di RSUP Fatmawati Tahun 2012 (n=56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	P value
Respon Ketidakberdayaan	Intervensi	28	52,93	2,455	0,464	0,000
	Kontrol	28	46,39	4,405	0,832	

Pada tabel 5.9 dapat dilihat bahwa setelah pelaksanaan ACT, terdapat perbedaan bermakna respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dan kelompok control setelah kelompok intervensi diberikan terapi ACT dengan *p value* 0,000 ($P < 0,05$)

5.3 Hubungan Karakteristik Terhadap Respon Ketidakberdayaan

Pada bagian ini akan dijabarkan tentang kesetaraan faktor karakteristik responden, dengan respon ketidakberdayaan klien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta.

5.3.1 Hubungan Usia Terhadap Respon Ketidakberdayaan

Tabel 5.9
Analisis Hubungan Usia Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien
GGK DI RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2012

Karakteristik	Kelompok Responden	Respon Ketidakberdayaan	
		r	P value
Usia	Kelompok Intervensi	0,327	0,090
	Kelompok Kontrol	-0,173	0,379

Hasil analisis tabel 5.9 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan respon ketidakberdayaan sesudah diberikan terapi ACT pada kelompok intervensi dengan $p \text{ value} > 0,05$. Demikian pula pada kelompok kontrol dengan $p \text{ value} > 0,05$.

5.3.2 Hubungan Jenis Kelamin Terhadap Respon Ketidakberdayaan

Tabel 5.10
Analisis Hubungan Jenis Kelamin Terhadap Respon Ketidakberdayaan
Klien GGK DI RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2012

Variabel	Katagori	Kelompok Intervensi (n=28)		Kelompok Kontrol (n=28)		Jumlah (n=56)		P value
		N	%	N	%	N	%	
Jenis Kelamin	Laki-laki	15	53,6	16	57,1	31	55,4	0,680
	Perempuan	13	46,4	12	42,9	25	44,6	0,265

Hasil analisis pada tabel 5.10 menyatakan bahwa tidak ada beda antara jenis kelamin dengan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol dengan $p \text{ value} > 0,05$.

5.3.3 Hubungan Pendidikan Terhadap Respon Ketidakberdayaan

Tabel 5.11

Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien GGK DI RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2012

Variabel	Kategori	Mean	F	P Value
Tkt. Pendidikan (Kontrol)	SD	45,63	1,762	0,181
	SMP	47,00		
	SMA	47,60		
	PT	43,50		
Tkt. Pendidikan (Intervensi)	SD	54,00	0,886	0,462
	SMP	51,67		
	SMA	52,07		
	PT	56,00		

Hasil analisis tabel 5.11 didapatkan hasil bahwa tidak ada beda antara tingkat pendidikan dengan respon ketidakberdayaan setelah diberikan terapi ACT baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dengan $p\ value > 0,05$

5.3.4 Hubungan Pekerjaan Terhadap Respon Ketidakberdayaan

Tabel 5.12

Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien GGK DI RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2012

Variabel	Kategori	Mean	F	P Value
Pekerjaan	Tidak bekerja	45,63	1,762	0,181
	Bekerja	47,00		
Pekerjaan	Tidak bekerja	46,60	0,334	0,568
	Bekerja	46,28		

Hasil analisis tabel 5.12 menunjukkan bahwa tidak ada beda antara status bekerja dan tidak bekerja pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Dari semua hasil analisis karakteristik klien GGK terhadap respon ketidakberdayaan memiliki nilai *p value* > 0,05 sehingga tidak dapat dilanjutkan ke analisis multivariat (HASTONO, 2007).



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan tentang hasil penelitian yang telah diperoleh, keterbatasan penelitian serta implikasi hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap proses pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan, dan untuk penelitian berikutnya. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang karakteristik klien GGK dan pengaruh ACT terhadap respon ketidakberdayaan klien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta.

6.1 Karakteristik Klien GGK dan Hubungannya Dengan Respon Ketidakberdayaan

Karakteristik klien GGK dengan respon ketidakberdayaan dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan.

6.1.1 Usia Responden

Rata-rata usia responden pada penelitian ini adalah 49,3 tahun dan terdistribusi normal antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Coresh, et al (2008) bahwa penderita GGK mulai diderita oleh klien berumur 20 tahun. Arora (2012) menyatakan bahwa penderita GGK berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Israel mulai diderita oleh usia 22 tahun. Di Indonesia sendiri menurut Giatno (2010) berdasarkan Pusat Data dan Informasi RS Seluruh Indonesia (PDPERSI) penderita Gagal Ginjal Kronik 60 % nya adalah usia dewasa dan lanjut.

Pada penelitian ini rata-rata responden berada pada tingkat perkembangan usia dewasa yang memiliki tugas perkembangan integritas terkait keberhasilan penyesuaian diri terhadap keberhasilan dan kegagalan dalam hidup. Salah satu penyebab kegagalan dalam mencapai dalam meraih integritas hidupnya adalah kondisi kesehatan yang buruk. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping. Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa semua responden dengan usia yang berbeda mengalami respon ketidakberdayaan.

6.1.2 Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin klien GGK dalam penelitian ini lebih banyak didominasi oleh klien laki-laki. Namun pada penelitian ini oleh karena penyakit GGK lebih banyak dialami oleh klien laki-laki sesuai dengan Aorora (2012) yang menyatakan bahwa sebagian besar penderita GGK di Amerika Serikat adalah laki-laki. Berdasarkan penelitian oleh Silbinger dan Neugarten (2004) yang menyatakan bahwa penderita penyakit GGK lebih banyak dialami oleh laki-laki, hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormone estrogen yang berperan sebagai antioksidan yang dapat melindungi kegiatan hemodinamik glomerulus.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik jenis kelamin responden pada kelompok intervensi dan kontrol terdiri dari 55,4% laki-laki dan 44,6% perempuan. Hal ini diasumsikan terjadi karena jumlah responden laki-laki lebih banyak dari responden perempuan karena dalam pemilihan responden tidak dibatasi untuk masing-masing jenis kelamin.

Hubungannya dengan respon ketidakberdayaan menurut penelitian oleh Bagley, Weaver, dan Buchanan (2011) menyatakan bahwa perempuan lebih banyak memberikan respon negative terhadap stress yang dihadapi dari pada laki-laki. Namun pada penelitian ini masing-masing jenis kelamin pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sama-sama memiliki skor menengah dari rentang respon ketidakberdayaan yang menunjukkan bahwa responden mengalami respon ketidakberdayaan.

6.1.3 Pendidikan

Penelitian oleh Ross dan Mirowsky (2006) menyatakan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi kondisi ketidakberdayaan seseorang, karena pendidikan meningkatkan kreativitas dan sensibilitas seseorang dalam menyelesaikan masalahnya.

Karakteristik pendidikan pada penelitian ini lebih banyak didominasi oleh klien yang masih memiliki pendidikan SMA. Angka kejadian ini juga diasumsikan karena responden lebih banyak berpendidikan SMA. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa responden yang mengalami respon ketidakberdayaan tidak memiliki hubungan dengan tinggi rendahnya pendidikan. Hal ini dibuktikan dengan adanya responden yang berpendidikan tinggi maupun rendah juga mengalami respon ketidakberdayaan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada klien yang berpendidikan rendah dan berpendidikan tinggi juga mengalami respon ketidakberdayaan tetapi keduanya dapat mengikuti pelaksanaan terapi. Pada penelitian ini terbukti pula bahwa pasien yang berpendidikan rendahpun dapat mengikuti pelaksanaan terapi ACT. Namun pada prosesnya pada responden yang berpendidikan rendah memerlukan bantuan lebih dalam mencerna makna dari setiap sesi yang diikuti.

6.1.4 Pekerjaan

Pada penelitian ini didapatkan data bahwa 55,5% responden masih bekerja dan 44,6% sudah tidak bekerja atau tidak bekerja. Pekerjaan erat kaitannya dengan status social ekonomi seseorang. Pekerjaan merupakan sumber utama penghasilan seseorang sehingga dapat menentukan pula status ekonominya. Menurut penelitian Murata, et al, (2007) dalam penelitiannya menyatakan bahwa kondisi depresi seseorang secara signifikan berhubungan dengan status social ekonomi seseorang.

Hasil penelitian ini adalah responden yang masih bekerja maupun yang tidak bekerja sama-sama mengalami respon ketidakberdayaan. Menurut asumsi peneliti respon ketidakberdayaan yang dialami responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terjadi pada responden yang masih bekerja maupun yang sudah tidak bekerja erat kaitannya dengan status sosial ekonomi dimana responden mendapatkan biaya perawatan melalui bantuan pemerintah karena mereka dianggap pasien tidak mampu.

6.2 Pengaruh ACT Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien GGK

Kondisi tidak berdaya biasanya di perhatikan oleh klien penyakit kronik. Mook et al (2004) menyatakan bahwa reaksi emosi terhadap kondisi GGK diantaranya adalah respon ketidakberdayaan, sedih, marah, takut rasa bersalah, tidak tahu apa yang harus dilakukan dan bahkan mengisolasi diri.

6.2.1 Respon Ketidakberdayaan Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi ACT

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebelum diberikan terapi ACT rata-rata skor respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi memiliki nilai mean 46,96 yang berada pada level skor menengah dan setelah diberikan intervensi menjadi 52,93 yang juga masih berada di level skor menengah namun mengalami peningkatan

skor dengan selisih rata-rata 5,964. Hal ini memperlihatkan adanya peningkatan skor ketidakberdayaan yang menunjukkan berkurangnya respon ketidakberdayaan yang dialami responden. Diasumsikan bahwa masing-masing responden berada pada skor respon ketidakberdayaan level menengah, dimana skor terendah adalah 19 dan skor tertinggi adalah 76. Dari hasil penghitungan bahwa apabila responden mengalami peningkatan dari nilai sebelumnya maka respon ketidakberdayaannya akan semakin berkurang.

Menurut NANDA (2009), karakteristik respon ketidakberdayaan menengah adalah secara subyektif mengungkapkan marah, mengungkapkan ketidakpuasan, dan frustrasi terhadap ketidakmampuan untuk melakukan tugas dan aktivitas sebelumnya, mengungkapkan keragu-raguan terhadap perannya, takut terhadap . perasaan sebenarnya. Secara obyektif klien menunjukkan iritabilitas, ketergantungan kepada orang lain, ketidaksukaan, marah, rasa bersalah, tidak ada kemajuan, tidak mampu mencari informasi, pasif dan tidak mampu mengambil keputusan.

Sesuai dengan hasil penelitian Mc Cracken (2011) dalam penelitiannya terhadap klien penyakit kronik pada kelompok intervensi yang berjumlah 168 orang setelah diberikan ACT dengan tindak lanjut follow up selama 3 bulan menunjukkan menunjukkan penurunan level depresi, kecemasan, intensitas nyeri kronik yang dialami, peningkatan kemampuan fisik, dan menjadi lebih fleksibel secara psikologis dalam mennghadapi stresor yang berkaitan dengan kondisinya. Penelitian lain oleh Wicksell (2006) tentang ACT terhadap nyeri kronik menyatakan bahwa ACT sangat berguna dalam mengatasi masalah penyakit kronik karena berfokus pada membangun perilaku yang baru dari pada melawan rasa sakitnya agar dapat menjalani kehidupan yang lebih dihargai.

6.2.2 Respon Ketidakberdayaan Kelompok Kontrol Sebelum dan sesudah Diberikan Terapi ACT

Berdasarkan hasil analisis perbedaan respon ketidakberdayaan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi ACT terjadi perubahan skor dari 46,11 menjadi 46,39 dengan selisih sebesar 0,286. Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan skor dan menunjukkan adanya penurunan respon ketidakberdayaan tetapi dianggap tidak signifikan karena $p \text{ value} > 0,05$. Pada penelitian ini kelompok kontrol diberikan edukasi (pendidikan kesehatan) tentang cara mengatasi perasaan tidak berdaya pada klien GGK, dengan adanya peningkatan skor walaupun dianggap tidak signifikan membuktikan bahwa edukasi juga memberikan pengaruh dalam mengurangi respon ketidakberdayaan klien GGK.

Penelitian menurut Klang, Bjorvel, Berglund, Sundstedt, & Clyne, (1998) dalam Harwood, (2009) menyatakan bahwa pasien-pasien GGK yang mendapatkan pendidikan kesehatan memiliki mood yang lebih baik, lebih mampu melakukan aktivitas, dan memiliki tingkat kecemasan yang lebih ringan.

Pengaruh pemberian terapi ACT pada respon ketidakberdayaan klien GGK menunjukkan hasil secara bermakna walaupun perbedaan skornya hanya meningkat 5,964 poin dari skor sebelumnya. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang dialami peneliti dalam melakukan penelitian. Idealnya ACT diberikan dalam suasana ruangan yang kondusif dan dengan waktu pelaksanaan setiap sesinya memberikan kesempatan kepada klien untuk dapat menginternalisasi dan melaksanakan apa yang sudah diajarkan oleh terapis.

6.2.3 Perbedaan Respon Ketidakberdayaan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah dilakukan Terapi ACT

Pada penelitian ini didapatkan penurunan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi dengan menunjukkan adanya peningkatan skor dari 46,96 menjadi 52,93 dengan selisih 5,964 atau meningkat sebesar 7,85 % dan pada kelompok kontrol yang memiliki skor sebelumnya adalah 46,11 menjadi 46,39 dengan selisih 0,286 atau meningkat sebesar 0,37%. Berdasarkan hasil tersebut maka dapat dilihat bahwa penurunan respon ketidakberdayaan pada kelompok intervensi lebih baik daripada kelompok kontrol. Pada penelitian ini terbukti bahwa terapi ACT memberikan pengaruh terhadap penurunan respon ketidakberdayaan pada klien GGK.

Penelitian lain yang pernah dilakukan oleh Kristtyaningsih (2009) tentang pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan harga diri dan kondisi depresi pasien GGK di RSUP Fatmawati mendapatkan hasil adanya peningkatan yang bermakna dengan peningkatan harga diri dan menurunkan gejala depresi. Begitu pula pada penelitian Setyaningsih (2011) terhadap pengaruh harga diri klien GGK didapatkan hasil bahwa CBT dapat meningkatkan harga diri klien GGK.

terapi sejenis yang pernah diberikan kepada klien dengan penyakit DM memberikan hasil bahwa responden yang diberikan terapi ACT lebih mampu meningkatkan manajemen diri dan perilakunya dalam pengontrolan gula darah (Gregg et al, 2007 dalam Hayes, 2010). Terapi ACT yang diberikan merupakan terapi yang bertujuan membantu klien untuk dapat menerima keadaannya serta kejadian yang membuat dirinya berperilaku tidak baik sehingga klien dapat berkomitmen untuk merubah perilakunya dengan lebih baik dalam mencegah kekambuhan ataupun perburukan.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini terdapat beberapa hal yang menjadi kendala diantaranya adalah masalah ruangan dan lingkungan yang kurang

mendukung. Pelaksanaan penelitian dilakukan diruang perawatan kelas 3 dengan kapasitas tempat tidur dalam satu kamar adalah 6 orang tanpa adanya penyekat sehingga bagi beberapa responden yang tidak bisa mobilisasi pelaksanaan terapi dilakukan di area tempat tidur responden, hal ini tentu saja mengurangi fokus, perhatian, dan privacy responden selama pelaksanaan terapi. Hal ini kemungkinan mempengaruhi hasil skoring pada kelompok intervensi yang hanya mengalami peningkatan skor sebesar 7,85 %.

Selain lingkungan, yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah bahwa pelaksanaan post test pada kelompok kontrol tidak dapat dilakukan bersama-sama dengan kelompok intervensi dikarenakan menyesuaikan dengan jadwal dinas asisten peneliti yang mempunyai jadwal shif (pagi/sore/malam). Sehingga hal ini juga memberikan dampak terhadap hasil post test pada kelompok kontrol.

Pada penelitian peneliti juga tidak melakukan uji intereter terhadap asisten peneliti dikarenakan hanya ditunjuk 1 orang asisten peneliti yang sekaligus kolektor data, peneliti hanya melakukan pengarahannya sebelum penelitian dimulai.

6.4 Implikasi Hasil Penelitian

6.4.1 Pelayanan Keperawatan Jiwa

Terapi ACT dapat menjadi salah satu terapi modalitas keperawatan jiwa yang efektif untuk menurunkan respon ketidakberdayaan khususnya klien GGK untuk mempertahankan dan meningkatkan kondisi psikologis klien GGK dengan kemampuan yang lebih fleksibel dalam menjalani perubahan yang terjadi pada kondisi penyakitnya yang tentu saja dapat mempertahankan dan bahkan meningkatkan kualitas hidup klien GGK.

6.4.2 Kelompok Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Universitas Indonesia

Hasil penelitian ini menambah khazanah keilmuan salah satu efektifitas terapi khususnya dalam mengatasi masalah psikososial klien dengan penyakit kronik dan dapat menjadi masukan guna memperkaya bahan pembelajaran bagi program spesialis keperawatan jiwa. Disamping itu hasil penelitian ini dapat memperkuat penelitian sebelumnya pada masalah – masalah psikososial terutama pada klien dengan penyakit kronik guna membaantu meningkatkan kualitas hidupnya.

6.4.3 Penelitian Berikutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan dampak terhadap penelitian selanjutnya untuk dapat mengembangkan dan lebih mempertajam penelitian ini dengan metode yang berbeda sehingga didapatkan hasil yang lebih optimal dan dapat menjadi acuan dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan jiwa. Pada proses penelitian ini hanya sampai dengan penelitian analisis bivariat, sehingga pada penelitian berikutnya dapat mengembangkan penelitian sejenis sampai dengan analisis multivariat untuk mengetahui adanya hubungan dan faktor yang berkontribusi terhadap respon ketidakberdayaan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil pelaksanaan penelitian tentang pengaruh terapi ACT terhadap respon ketidakberdayaan klien GGK di RSUP Fatmawati maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

7.1 Simpulan

Diketahui karakteristik klien GGK terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Karakteristik usia responden didominasi oleh usia dewasa yang memiliki usia termuda adalah 20 tahun dan usia tertua 72 tahun. Karakteristik jenis kelamin pada penelitian ini lebih dari setengahnya didominasi oleh laki-laki, dengan pendidikan terbanyak adalah pendidikan menengah (SMA) dan mayoritas sudah tidak bekerja.

Terdapat perbedaan respon ketidakberdayaan pada klien GGK pada kelompok yang diberikan intervensi ACT dengan menunjukkan adanya peningkatan skor rentang respon ketidakberdayaan, hal ini dapat diartikan bahwa kelompok ini memiliki peningkatan kearah lebih berdaya yang berarti respon ketidakberdayaannya mengalami penurunan lebih besar. Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat terapi ACT mengalami peningkatan skor yang lebih rendah.

Terdapat perbedaan respon ketidakberdayaan pada klien GGK yang lebih bermakna pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol setelah dilakukan terapi ACT. Terapi ACT efektif diberikan kepada klien GGK yang memiliki skor ketidakberdayaan level menengah.

7.2 Saran

7.2.1 Aplikasi Keperawatan

- a. Rumah sakit umum sebagai pemberi layanan kesehatan yang

berfokus pada pelayanan kesehatan fisik hendaknya juga meningkatkan layanan kesehatan jiwa melalui pengembangan Pschiatric Consultation Liaison Nurse (PCLN) dengan memiliki profesional spesialis keperawatan jiwa yang berkompeten dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berfokus pada mengatasi masalah emosional, spiritual, dan peningkatan/perkembangan respon kognitif dan perilaku pada pasien-pasien yang mengalami masalah gangguan fisik baik yang masih resio ataupun sudah aktual (Mosby's Medical Dictionary, 2009).

- b. Pelaksanaan pemberian terapi ACT seharusnya dapat diberikan dengan lebih baik lagi pada setiap sesinya dengan memperhatikan berbagai faktor seperti faktor fisik (kondisi fisik klien), psikologis (kecerdasan, motivasi, minat, sikap, dan bakat), faktor sosial (lingkungan: sekitar dan keluarga, non sosial: suasana, lingkungan, media), dan metoda yang diberikan.

7.2.2 Pengembangan Keilmuan

- a. Terapi ACT dapat dikembangkan sebagai salah satu terapi modalitas yang diberikan secara individu yang menjadi salah satu kompetensi mahasiswa spesialis keperawatan jiwa.
- b. Hasil penelitian dapat menjadi evidence base dalam mengembangkan terapi ACT selanjutnya sehingga didapatkan hasil yang lebih baik, bermanfaat, dan lebih aplikatif dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa.

7.2.3 Penelitian Keperawatan

- a. Perlunya penelitian lebih lanjut yang akan menyempurnakan hasil penelitian ini untuk lebih memberikan dampak yang lebih memberikan pengaruh positif terhadap upaya penatalaksanaan dalam mengatasi masalah ketidakberdayaan pada klien GGK yang dapat dilakukan dengan metoda yang berbeda.

- b. Perlu dilakukannya penelitian lebih lanjut untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap efektifitas pemberian terapi ACT pada klien GGK dalam mengatasi masalah ketidakberdayaannya.



DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I . (1998). *Besar dan Metode Sampel Pada Penelitian Kesehatan*, Jakarta : FKM-UI (tidak di publikasikan).
- Brunner & Suddarth's (2004). *Texbook of Medical Surgical Nursing*, Lippincott William & Wilkins.
- Brunner & Suddarth's (2012). *Texbook of Medical Surgical Nursing*, Lippincott William & Wilkins.
- Carpenito, L.J., (2008)b *Handbook of Nursing Diagnosis*. (12th ed). Philadelphia. Lippincott Company.
- Dhal, Joane, Lundgren, Tobias. (2008). *Evaluation of Change in the Treatment of Epilepsy With ACT*. Spinger.
- Dharma, Kusuma. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*, Jakarta : Trans Info Media.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. <http://www.litban.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>. Februari22, 2011.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Profil Pembangunan Kesehatan Jiwa*, Pusat Data dan Informasi, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Fontaine Karen Lee (2009) *Mental Health Nursing Sixth edition*, New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Freeman, Arthur., Reinecke. Mark A., Kazantzis Nikolaos. (2010). *Cognitive and Behavioral Therapy in Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Gaudiano, Brandon A., James D Herbert. (2006). *Acute Treatment of In Patients with Psychotic Symptoms Using ACT: Pilot Result*. Journal of Behavior Research and Therapy, 44, 415-437.
- Harwood, Lory. Et all. (2009). *Stressors and Coping in Individuals With Chronic Kidney Disease*. Nephrology Nursing Journal.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic Data Analysis for Health Research Training Analisa Data Kesehatan*. FKM-UI.

- Hayes, Steven., Jason, B.L., Frank W.B., Akihiko. M., Jason, L. (2006). *ACT: Model, Processes and Outcomes*. Journal of Behaviour Research and Therapy, 44, 1-25
- Hayes, Steven., Kirk. DS., Kelly GW. (2002). *Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change*. New York : Guilford.
- Hayes, Steven., Loundgren, Tobias. Dahl, JoAnne (2008). *Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy*. Sweden: Springer Science+Business Media.
- Hayes, Steven, Pierson, Heateher. (2004). *Acceptance and Commitment Theraphy* Springer Science.
- Hayes, Steven., Waltz, Thomas., (2010). *Acceptance and Commitmant Therapy. In Cognitive Behavioral Therapy in Clinical Practice* New York: The Guilford Press.
- Herdman, T.H. (2009). *Nursing Diagnoses : Definition and classification 2009-2011*, by Nanda International, Alih bahasa : Sumarwati Made, Widiarti Dwi, Tiar Estu, Jakarta : EGC.
- Kanin, Esrom. (2011) . *Pengaruh terapi Generalis dan Logoterapi Individu Terhadap Respon Ketidakberdayaan Klien Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Utara*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Kristyaningsih, Thahyanti., (2009). *Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Perubahan Harga Diri dan kondisi Depresi Pasien gagal Ginjal Kronik di Ruang haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta*. Tesis-FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Lazarus, Richard., Folkman, Susan. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York. Springer Publishing Company.
- Montgomery, Katherine L. Kirn, Johny S, Franklin, Chintya. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: for Physiological and Psychological Illness*. National Association of Social Worker.
- NANDA. (2009). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2009-2011*. Philadelphia: NANDA International
- Nihart & Boyd. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*, Philadelphia: Lippincott

- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Onega, Lisa L. (2006). *Chronic Illness: impact and interventions*. London: jones and Bartlett Publishers.
- Polite, Denise F, Hungler, Bernadette P. (1999) *Nursing Research: Principles & Methodes*. Philadelphia : Lippincott.
- Sabri, L, & Hastono, S,P,. (2009). *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta : Rajawali Pers.
- Sastroasmoro, S, & Ismael, S,. (2008). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta : Sagung Seto.
- Scotish Intercollegiate Guidelines Network. (2008) *Diagnosis and Management of Chronic kidney Disease*. Edinburgh.
- Setyaningsih, Tri. (2011). *Pengaruh Cognitif Behavior Therapy Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien GGK di Unit Haemodialisa RS. Husada Jakarta*. Tesis-FIK Ui. Tidak dipublikasikan.
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia & Diagnosis Banding*. Balai Penerbit, Fakultas Kedokteran - Universitas Indonesia, Jakarta
- SIGN. (2008). *Diagnosis & Management of Chronic Kidney Disease: A National*
- Snively, Catherine. Guitierrez. Caecilia. (2004). *Chronic Kidney Disease: Prevention and Treatment of Common Complications*. Calofornia: La Jolla.
- Stroshal, Kirk. (2002). *Acceptance and Commitment Therapy*. Elseiver USA.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8th ed. Missouri: Mosby, Inc.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 9th ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Sulistiawaty, Ni Made Dian. (2012). *Pengaruh ACT dalam Pengaruh Mengontrol Gejala Halusinasi dan Perilaku Kekerasan Di ruang Rawat Inap RSMM Bagor*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sutanto. (2005). *Manajemen dan Analisa Data*. Jakarta: FKM UI

- Soegiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Jakarta: Alfabeta.
- Theofilou, Pareskevi. (2011). *Noncompliance with Medical Regimen in Haemodialysis Treatment: A Case Study*. Hindawi Publishing Corporation.
- Towsend, M.C., (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidence Based Practice*. Philadelphia: Davis Company.
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing a Clinical Approach*. Missouri : Saunders Elsevier
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Wilkinson, Judith, M., (2007). *Buku saku diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria hasil NOC*, Edisi 7, alihb bahasa Widyawati, et.al., Jakarta : EGC.

**JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN
PENGARUH ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY TERHADAP RESPON KETIDAKBERDAYAAN KLIEN GGK DI
RSUP FATMAWATI JAKARTA**

No.	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2012)																									
		Maret					April					Mei					Juni					Juli					
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
1.	Penyusunan dan Uji Proposal																										
2.	Perbaikan, Uji Etik dan Kompetensi																										
3.	Pengurusan izin administrasi Penelitian																										
4.	Pengumpulan data																										
5.	Analisis dan penafsiran data																										
6.	Penyusunan Laporan Akhir																										
7.	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																										
8.	Perbaikan hasil seminar penelitian																										
9.	Sidang Tesis																										
10.	Perbaikan hasil sidang tesis																										
11.	Pengumpulan Tesis																										

PENJELASAN PENELITIAN

“ Pengaruh *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* terhadap Respon Ketidakberdayaan klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) di RSUP Fatmawati Jakarta”

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, Nama : Endang Widuri (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) akan mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh *Acceptance and Commitment Therapy* terhadap respon ketidakberdayaan klien GGK di RSUP Fatmawati Jakarta.

Proses dalam pelaksanaan kegiatan penelitian ini akan dibagi menjadi tiga tahap yaitu tahap pre test, tahap intervensi dan tahap post test. Responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi akan mendapatkan Terapi Penerimaan dan Komitmen (ACT) dan kelompok kontrol yang tidak dilakukannya terapi ACT, tetap akan diberikan terapi generalis. Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji 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 terlibat atau berpartisipasi dalam penelitian ini. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan bapak/ibu/saudara/I untuk menjadi responden.

Terimakasih atas partisipasinya.

Jakarta, Mei 2012
Peneliti,

Endang Widuri
NPM : 1006800831

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, 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 ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati.

Dengan demikian saya menyatakan akan berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini.

Jakarta, Mei 2012
Responden,

.....
Nama jelas

KUESIONER A : IDENTITAS RESPONDEN	
Nomor kode : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Petunjuk Pengisian:	
1. Isi dengan lengkap	
2. Untuk data yang harus dipilih, beri tanda kali pada kotak yang tersedia dan atau isi sesuai jawaban	
Tanggal Dirawat : _____	Tanggal Pre-test: _____
Tanggal Pengkajian : _____	Tanggal Post-test : _____
A. DATA DEMOGRAFI KLIEN	
1. Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
2. Usia	: _____ tahun
3. Pendidikan terakhir (klien)	: <input type="checkbox"/> SD : <input type="checkbox"/> SLTP : <input type="checkbox"/> SMU : <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan terakhir	: <input type="checkbox"/> bekerja : <input type="checkbox"/> Tidak bekerja

KUESIONER B:

**INSTRUMEN EVALUASI RESPON KETIDAKBERDAYAAN SAYA SETELAH
MENDERITA PENYAKIT GAGAL GINJAL KRONIK**

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Berilah tanda (✓) pada **selalu** jika lebih dari 4 kali sehari
2. Berilah tanda (✓) pada **sering** jika 3-4 kali sehari
3. Berilah tanda (✓) pada **jarang** jika kurang dari 2-3 kali sehari
4. Berilah tanda (✓) pada **jarang** jika kurang dari 2 kali

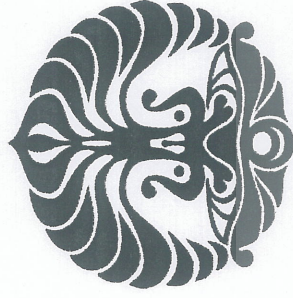
No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Kadang	Jarang
1	Saya merasa mampu menjaga kondisi kesehatan saya setiap hari				
2	Saya merasa pengobatan saat ini membantu penyembuhan penyakit saya				
3.	Saya merasa pasrah dengan penyakit gagal ginjal saya karena sudah takdir				
4.	Saya merasa penyakit gagal ginjal saya adalah takdir saya				
5.	Saya merasa emosi kalau penyakit gagal ginjal saya kambuh dan harus dirawat di RS				
6.	Saya merasa emosi karena penyakit gagal ginjal saya tidak bisa sembuh				
7.	Saya merasa mampu membedakan emosi karena penyakit gagal ginjal dan emosi karena sebab lain				
8.	Saya merasa mampu menahan emosi kalau ada orang lain melarang keinginan saya untuk makan /minum seandainya				
9.	Saya merasa emosi karena penyakit saya membatasi saya makan/minum				
10.	Saya merasa tidak berminat lagi merawat diri saya setelah menderita gagal ginjal				
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/minimum diluar porsi yang sebenarnya				
14	Saya merasa tidak mampu mengambil keputusan sendiri sejak sakit gagal ginjal, meskipun diberi kesempatan				
15.	Saya merasa sangat ketergantungan dengan orang lain setelah menderita gagal ginjal				
16.	Saya merasa perlu tahu banyak informasi tentang penyakit gagal ginjal				
17.	Saya merasa belum tahu semua informasi gagal ginjal walaupun sudah dijelaskan oleh petugas kesehatan				
18.	Saya merasa ingin tahu semua cara pengobatan/perawatan gagal ginjal				
19.	Saya merasa enggan memiliki keinginan untuk lebih banyak tahu tentang penyakit gagal ginjal				



KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No.	Pokok Bahasan Materi Pernyataan	Jml	No. Soal	
			Favorable	Unfavorable
A.				
Data Demografi				
1.	Usia Responden	1	1	
2.	Jenis Kelamin	1	2	
3.	Pendidikan	1	3	
4.	Pekerjaan	1	4	
B.				
Respon Ketidakterdayaan				
1.	Respon Verbal	4	1,2	3,4
2.	Respon Emosi / Afektif	5	7,8	5,6,9
3.	Respon Perilaku / Psikomotor	6	10,11,12,13	14,15
4.	Respon Sosial	4	16,18	17,19
5.	Respon fisik	12	Observasi 1 sd 12	



**MODUL PELAKSANAAN TERAPI
ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)
(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)**

Disusun Oleh:

Ni Made Dian S

Endang Widuri

Dr. Budi Anna Keliat, M.App.Sc

Ice Yulia Wardani, M.Kep, Sp.Kep J

Novy Helena, CD., S.Kp., MSC

Mustikasari, S.Kp., MARS

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun panjatkan kehadiran Tuhan YME yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusun dapat menyelesaikan Modul Pelaksanaan Terapi Spesialis dengan judul ” **Modul Pelaksanaan Terapi: *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)***”.

Modul ini disusun sebagai panduan dalam pelaksanaan pemberian terapi ACT dalam mengatasi masalah ketidakberdayaan pada klien Gagal Ginjal Kronik di RSUP Fatmawati. Penyusunan modul ini mengacu kepada modul yang telah disusun Sulistyawaty (2011) dalam upaya menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan dan halusinasi klien yang dirawat di ruang rawat inap RS Dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.

Modul ini disusun berdasarkan teori yang mendasari dan memuat prinsip dasar pelaksanaan, peran terapis dan evaluasi kemampuan peserta dalam mengikuti terapi ACT yang dilakukan dalam 4 sesi . Terapi ACT diharapkan dapat menjadi alternatif pemilihan terapi yang dapat membantu mengatasi ketidakberdayaan klien Gagal Ginjal Kronik.

Masukan dan saran dari berbagai pihak untuk dapat mengembangkan modul ini sangat kami harapkan sehingga dapat digunakan dalam semua setting pelayanan kesehatan jiwa. Semoga modul ini dapat memberikan manfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, April 2012

BAB 1

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Penyakit ginjal kronik merupakan penyimpangan progresif fungsi ginjal yang tidak dapat pulih, dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan metabolik, cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia (Brunner & Suddarth, 2001). Ginjal menjalankan fungsi yang vital sebagai pengatur volume dan komposisi kimia darah dan lingkungan dalam tubuh dan mengekskresikan zat terlarut dan air secara selektif. Kelebihan zat dan air diekresikan keluar tubuh melalui urin (Price, Wilson, 2006). Penyakit ginjal kronik merupakan salah satu penyakit kronik dan bukan merupakan penyakit menular, namun gejala yang ditimbulkan pada stadium awal sering tidak dirasakan oleh penderita sehingga pada akhirnya jatuh pada stadium lanjut yang irreversible sehingga penderita akan mengalami penyakit ginjal tahap akhir yang dikenal dengan istilah gagal ginjal kronik (GGK).

Saat ini penderita penyakit ginjal kronik dunia mengalami peningkatan sebesar 20%-25% setiap tahunnya (USRDS, 2008 dalam Harwood, Lori, et al, 2009). Penderita penyakit ginjal di Indonesia diperkirakan mencapai 70.000, namun yang terdeteksi menderita gagal ginjal kronis dan menjalani cuci darah/*haemodialysis* hanya sekitar 4000 sampai dengan 5000 saja (Pernefri, 2004). Angka mortalitas pasien gagal ginjal kronis semakin meningkat seiring dengan meningkatnya angka kejadian penyakit diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit jantung sebagai penyebabnya dan komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut. Menurut data Profil Kesehatan Indonesia (2006), GGK menempati urutan ke 6 penyebab kematian pasien yang dirawat di rumah sakit di Indonesia.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUP Fatmawati, Menurut data Instalasi Rekam Medik RSUP Fatmawati Jakarta, jumlah penderita penyakit ginjal kronik pada tahun 2011 sebanyak 1629 orang.

Penanganan pasien gagal ginjal kronik melibatkan tim kesehatan dari berbagai disiplin ilmu yang dapat memberikan pelayanan medis dan psikososial yang adekuat dengan harapan dapat mencegah atau memperlambat terjadinya perburukan (Levin et al, 2008). Perburukan dapat terjadi oleh karena komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit ini diantaranya perikarditis, anemia, hiperkalemia, hiperglikemia, hiperlipidemia, dan penyakit tulang. Selain komplikasi secara fisik pasien ini juga mengalami masalah psikologis : respon emosi seperti perasaan tidak berdaya, sedih, marah, takut, dan rasa bersalah yang disebabkan oleh rasa kehilangan dan perubahan yang terjadi karena penyakitnya. Klien dengan penyakit fisik kronik mengakibatkan munculnya masalah psikososial (Keliat dkk, 2007). Saat pertama kali mereka dinyatakan menderita penyakit ini biasanya hanya mampu menangis dan merasa tidak dapat ataupun tidak tahu harus melakukan apa, bahkan sampai menarik diri dari lingkungannya (Mook et al, 2004). Penelitian yang dilakukan oleh harwood et all (2005) menyatakan bahwa selain mengalami gejala fisik, masalah psikososial, finansial, dan masalah kurangnya informasi menjadi stressor bagi diri pasien itu sendiri, tetapi juga menimbulkan dampak terhadap anggota keluarga seperti perubahan fungsi peran, dan masalah finansial.

Stresor merupakan faktor biologis, psikologis, sosial, dan kimiawi yang dapat menyebabkan tekanan fisik ataupun emosi dan dapat menjadi faktor penyebab munculnya suatu penyakit tertentu (Towsend, 2009). Stressor merupakan faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stress. Stressor dapat berwujud atau berbentuk fisik (seperti polusi udara), dan dapat juga berkaitan dengan lingkungan sosial /interaksi sosial (Lazarus & Folkman, 1986). Faktor lain yang dapat mempengaruhi stress adalah kondisi fisik, ada tidaknya dukungan sosial, harga diri, gaya hidup, dan tipe kepribadian tertentu (Dipboye, Gibsin, Rigio, dalam Rachmaningrum, 1999). Berbagai penyakit fisik terutama

penyakit kronis atau cedera yang mengakibatkan invaliditas dapat menyebabkan stress pada diri seseorang (Hawari, 2001).

Stressor psikososial yang muncul pada pasien GGK menyebabkan perubahan dalam hidupnya sehingga menyebabkan dirinya mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya, namun tidak semua orang memiliki mekanisme koping positif dalam menanggulangi stressor tersebut. Depresi merupakan salah satu kondisi yang paling umum terjadi pada pasien dewasa dengan GGK, meliputi *dysphoric mood*, gelisah, sulit konsentrasi, hilangnya minat atau kesenangan, penurunan atau peningkatan nafsu makan, perubahan berat badan, gangguan tidur, agitasi, retardasi, kelelahan, perasaan nyeri, rasa bersalah, perasaan tidak berharga, keinginan untuk mati. Beberapa pasien ini selalu berfikir negative tentang dirinya dimasa lalu, saat ini ataupun yang akan datang.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di salah satu ruang perawatan pasien GGK melalui hasil wawancara terhadap klien dan keluarga didapatkan data beberapa pasien GGK mengalami rawat ulang terjadi karena kondisi perburukan yang diakibatkan oleh ketidakmampuan klien dalam mengikuti anjuran manajemen terapi yang telah disarankan oleh petugas kesehatan meliputi: pembatasan cairan, pola diet, dan gaya hidup karena menganggap hal tersebut akan teratasi jika mereka melakukan dialysis. Beberapa kondisi lain yang dialami oleh pasien GGK diruang rawat adalah penolakan terhadap tindakan dialysis hingga mengalami kondisi perburukan hingga pada akhirnya klien menerima dan mau dilakukan dialysis. Fenomena lain yang ditemukan adalah terdapat beberapa pasien memperlihatkan ekspresi penolakan dan menangis karena merasa tindakan dialysis membuatnya pusing, dan menghabiskan waktunya hanya dengan berbaring. Kondisi perburukan yang dialami oleh klien GGK tentunya akan memperpanjang hari rawat dan menambah meningkatnya biaya perawatan, terlebih untuk pasien-pasien tidak mampu yang akan menjadi tanggungan pemerintah. Beberapa kondisi yang tergambar diatas merupakan beberapa gejala dari salah satu masalah psikososial yang terjadi pada

klien dengan penyakit fisik kronik. Kondisi depresi yang terjadi terkait dengan ketidakberdayaan, sebuah fenomena dimana pasien mempercayai bahwa apa yang dilakukannya tidak akan mencapai hasil yang diinginkan (misalnya, dengan menjadi sehat atau dengan transplantasi) tidak akan membuat kesehatannya membaik (Theofilou, 2011).

Ketidakberdayaan adalah kondisi dimana seseorang merasakan kehilangan kekuatan, kehilangan otoritas untuk melakukan sesuatu, merasa tidak memiliki kekuatan fisik, tidak memiliki energy, tidak mempunyai harapan, tidak memiliki motivasi, tidak memiliki pengetahuan, tidak memiliki harga diri, tidak mempunyai kekuatan psikologis, dan tidak memiliki sistim pendukung sosial. (Miller, 2000). Ketidakberdayaan dapat dirasakan akibat program terkait pengobatan penyakit GKG yang memerlukan penanganan yang dianggap sulit, dan kompleks yang akan dijalani dalam jangka panjang bahkan seumur hidup pada penyakit terminal. (Wilkinson, 2007).

Intervensi keperawatan pada respon ketidakberdayaan pada pasien in ditujukan untuk meningkatkan kepercayaan terhadap kesehatannya dan menunjukkan partisipasi dalam pengambilan keputusan untuk perawatan kesehatannya. Kegiatan mandiri perawat generalis yang dapat dilakukan adalah bantu pasien untuk meningkatkan penilaian pribadi terhadap harga dirinya dan fasilitasi tanggung jawab diri dengan mendorong pasien untuk menerima tanggung jawab yang lebih terhadap perilakunya sendiri. Intervensi yang bersifat kolaborasi diantaranya adalah farmakoterapi, latihan fisik, dan dukungan sosial.

Intervensi keperawatan spesialis yang telah dilakukan dalam penanganan masalah ketidakberdayaan diantaranya adalah terapi kognitif perilaku (CBT) yang dilakukan pada pasien dialysis telah menunjukkan adanya gejala depresi pada pasien yang dilakukan dialysis (D. Cukor, 2007 dalam Theofilou, 2011). Terapi spesialis lain dalam penanganan respon ketidakberdayaan adalah Logoterapi oleh Kanine (2011), hasil penelitiannya menunjukkan bahwa logoterapi terbukti menurunkan respon ketidakberdayaan sebesar 14,80% pada klien DM dan

direkomendasikan untuk diterapkan sebagai terapi keperawatan dalam merawat pasien DM dengan respon ketidakberdayaan. Terapi kognitif yang dilakukan oleh Kristyaningsih (2009) pada pasien GSK yang menjalani hemodialisis mampu meningkatkan nilai harga diri sebesar 18,9% dan menurunkan angka depresi sebesar 31,2%. Penelitian lain oleh Setyaningsih (2011), tentang terapi perilaku terhadap peningkatan harga diri pasien GSK, didapatkan hasil terdapat perubahan yang signifikan terhadap harga diri baik dari segi kognitif maupun perilaku. Terapi lain yang telah dikembangkan oleh Zettle & Hayes (1986) adalah terapi penerimaan dan komitmen (Acceptance and commitment therapy/ACT) dalam pengaruhnya terhadap depresi. Forman et al (2007) melakukan penelitian ACT terhadap ansietas dan depresi. ACT terhadap pasien DM tipe 2 terhadap manajemen diri dalam peningkatan perilaku pasien dalam pengontrolan gula darah.h. (Gregg et al, 2007).

Terapi penerimaan dan komitmen (ACT) merupakan salah satu terapi yang populer saat ini dan dianggap lebih fleksibel dan lebih efektif dalam menangani berbagai kasus (Montgomery, Kim, & Franklin, 2011). Terapi ini mengajarkan pasien untuk menerima pikiran yang mengganggu dan dianggap tidak menyenangkan dengan menempatkan diri sesuai dengan nilai yang dianut sehingga ia akan menerima kondisi yang ada (Hayes, 2006). Penerimaan (*acceptance*) dan berkomitmen memiliki dampak yang sangat besar dalam perkembangan kondisi klien dengan ansietas menjadi lebih baik.

Penerimaan/*acceptance* memiliki arti menerima, sehingga disini ditekankan bahwa seseorang harus terlebih dahulu mengerti mengenai keadaannya, setelah itu barulah ia bisa menerima dengan kondisinya (Vaccarolis, 2006). Komitmen mempunyai arti perjanjian (keterikatan) untuk melakukan sesuatu. Perawat memiliki peran untuk membantu pasien agar berkomitmen terhadap keputusan dan tujuan yang ingin dicapainya melalui proses komunikasi yang terapeutik dan klien harus bisa bertahan dengan apa yang dipilih karena sudah melakukan komitmen (Stuart, 2009). ACT dikatakan sangat efektif dalam menciptakan penerimaan, perhatian dan lebih terbuka dalam mengembangkan kemampuan

yang dimiliki pada klien depresi, ansietas, penyalahgunaan narkoba, nyeri kronik, PTSD, anoreksia dan skizofrenia dan sangat efektif sebagai model pelatihan diri (Hayes, 2005). Dengan penerapan terapi ACT diharapkan pasien akan menerima kondisinya dan dapat menentukan apa yang terbaik untuk dirinya dan berkomitmen untuk melakukan apa yang sudah dipilihnya. (Heyes, 2005). Terapi ACT dalam keperawatan jiwa di Indonesia telah diterapkan oleh Sulistiowaty (2012) terhadap gejala dan perilaku kekerasan dan halusinasi dengan hasil didapatkan kemampuan ACT menurunkan kejadian perilaku kekerasan dan halusinasi.

Perbedaan ACT dengan terapi lain yang sudah di terapkan dalam menangani masalah psikosial adalah ACT berfokus pada kognitif, emosi, dan perilaku. CBT berusaha untuk mengubah pikiran yang mengganggu, sedangkan ACT berupaya untuk menerima pikiran tersebut. ACT berlandaskan pada teori yang berhubungan dengan fungsi kognitif.

Berdasarkan kajian dari beberapa literature terhadap ACT, menginspirasi peneliti untuk menerapkan terapi tersebut terhadap respok ketidakberdayaan yang dialami oleh pasien G-GK yang dirawat di Rumah Sakit Umum Pusat FatmawatiBAB 2

BAB II

KONSEP DASAR

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

A. PENGERTIAN

ACT merupakan terapi yang membantu menolong klien dengan menggunakan penerimaan psikologi sebagai strategi coping dalam situasi stres baik internal maupun eksternal yang tidak mudah untuk dapat diatasi. Klien dibantu untuk menerima kejadian yang tidak diinginkan, mengidentifikasi dan fokus pada aksi secara langsung sesuai dengan tujuan yang diinginkan. ACT dikembangkan oleh Steven Hayes yang merupakan seorang psikolog klinik dimana ia melihat bahwa faktor menerima (*acceptance*) dan berkomitmen memiliki dampak yang sangat besar dalam perkembangan kondisi klien menjadi lebih baik.

Acceptance mengindikasikan bahwa seseorang mengerti dan setuju. Sehingga disini ditekankan bahwa seseorang harus terlebih dahulu mengerti mengenai keadaannya. Setelah itu barulah ia bisa menerima dengan kondisinya (Vaccarolis, 2010). Supaya klien berkomitmen dengan apa yang sudah dipilih sesuai dengan nilai yang dimiliki maka perawat harus bisa membantu klien agar mengerti dan jelas dengan apa yang harus dilakukan melalui proses komunikasi yang terapeutik dan klien harus bisa bertahan dengan apa yang dipilih karena sudah melakukan komitmen (Stuart, 2009). Perawat berdiskusi dengan klien bagaimana cara untuk mencapai hal tersebut. Salah satunya adalah melakukan perubahan pada perilaku klien untuk merubah pola perilaku yang maladaptif.

Berdasarkan filosofi kontekstual yang mendukung terapi ACT, aspek lingkungan, perilaku, riwayat kesehatan dan hasil perilaku merupakan bagian dari filosofi tersebut dan perlu dipertimbangkan dalam melakukan terapi. Filosofi ini dapat dilihat dari fokus ACT pada fungsi perilaku (*behavior*), pendekatan ontologi dan bahasa serta pendekatan secara

holistik. Penelitian yang dilakukan oleh Bach dan Hayes (2002) menunjukkan bahwa ACT dapat mengatasi kepercayaan terhadap gejala pada pasien gangguan psikotik. Menurut Hayes (2005) ACT membantu klien dalam mencapai dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna tanpa harus menghilangkan pikiran-pikiran kurang menyenangkan atau mengganggu yang terjadi.

Model ACT dapat diekspresikan dalam bentuk FEAR (*fusion, evaluation, avoidance, reasons*). Bahasa dan perilaku klien yang menjalani terapi merefleksikan FEAR sebagai aspek dari bahasa. FEAR ini dapat berjalan dengan baik bila didukung oleh lingkungan yang terapeutik. Fusi kognitif merupakan gabungan fungsi perilaku yang diturunkan secara verbal melebihi fungsi yang lainnya dan merupakan fungsi yang lebih dibutuhkan secara langsung. Seseorang tersebut dapat menggabungkan antara gambaran, evaluasi, dan alasan verbal. Seseorang tidak lagi melihat diri mereka sendiri sebagai perilaku mereka, tetapi sebagai korban dari suatu keadaan dan oleh karena itu mereka bersikap menolak untuk mencegah kejadian trauma. Misalnya, jika seseorang telah terfokus pada pikirannya “Ada sesuatu yang salah dengan diri saya”, seseorang tersebut akan mencegah keadaan yang dapat membawa mereka pada pikiran tersebut. Namun, tindakan menghindar berdasarkan pengalaman seringkali secara paradok semakin memperkuat proses verbal/evaluasi yang akan semakin membawa mereka pada keadaan trauma. Misalnya, seseorang yang mencegah pikiran tentang trauma “Ada sesuatu yang salah dengan saya” akan semakin memperkuat kenyataan literal pikiran tersebut karena kenyataan tersebut mengungkapkan bahwa sesuatu harus diubah sebelum pikiran yang beralasan yang paling penting dapat diterima (Hayes, et al. 2005).

Sumber fusi kognitif dan tindakan menghindar yang didasarkan pada pengalaman yang ada merupakan hubungan dua arah antara proses verbal dan penggunaan umumnya pada banyak area. Karena proses ini dikontrol

oleh kontekstual dimana dampak perilaku dari pikiran dan perasaan bergantung pada hubungan yang ada. Oleh karena itu, ACT memegang prinsip bahwa pikiran dan perasaan bukan penyebab suatu perilaku, dan bahwa dampak pemikiran dan perasaan dapat dipengaruhi melalui perubahan pada hubungan verbal. ACT memiliki beberapa teknik untuk melakukan pendekatan ini.

ACT membantu individu dalam mengurangi penderitaan yang dialami dengan meningkatkan kesadaran dan kemampuan individu tersebut terhadap apa yang diinginkannya dalam hidup ini. Komponen yang digunakan dalam ACT antara lain terdiri dari *Accept*, *Choose direction*, dan *Take Action* (Eifert & Forsyth, 2005) yang dijelaskan sebagai berikut :

a. *Accept*

Menerima pikiran dan perasaan termasuk didalamnya hal yang tidak diinginkan/ tidak menyenangkan seperti rasa bersalah, rasa malu, rasa cemas dan lainnya. Disini klien berusaha menerima apa yang mereka punya dan miliki dengan maksud untuk mengakhiri penderitaan yang dialami selama ini dalam menolak pikiran ataupun perasaan yang tidak diinginkan tersebut tanpa merubah atau membuang mereka. Tetapi lebih kepada melalui berbagai cara latihan mencapai *mindfulness* atau kesadaran, klien belajar untuk dapat hidup dengan mengevaluasi dan mengkritisi pikiran mereka.

b. *Choose Direction* (*Memilih Arah*)

Klien dibantu untuk memilih arah hidup mereka dengan cara mengidentifikasi dan fokus pada apa yang mereka inginkan dan nilai apa yang akan mereka pilih untuk hidup mereka. Terapis membantu klien mengidentifikasi apa saja hal yang penting bagi klien dan kemudian membuat urutan dari hal yang paling penting. Hal ini bertujuan agar klien dapat menerima apa yang ada dalam diri mereka, apa yang datang bersama mereka, dan apa saja yang menemani mereka selama dalam perjalanan.

c. *Take Action* (Melakukan kegiatan/perilaku)

Disinilah terjadi komitmen terhadap kegiatan yang akan dipilih termasuk langkah yang diambil untuk mencapai tujuan hidup yaitu ingin dihargai. Terapis mendorong klien untuk memiliki jalan atau arah hidup sesuai dengan nilai yang mereka inginkan sehingga mereka dapat bergerak sesuai nilai tersebut. Disini klien belajar bahwa ada perbedaan antara mereka dengan manusia yang lain yaitu antara pikiran dan perasaan mereka dan apa yang akan mereka lakukan dalam hidup.

B. TUJUAN

ACT merupakan terapi yang digunakan pada berbagai macam situasi dan gangguan psikologis. ACT memiliki dua tujuan utama yaitu

- a. Mengajarkan penerimaan terhadap pikiran dan perasaan yang tidak diinginkan yang tidak bisa dikontrol oleh klien membantu klien dalam mencapai dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna tanpa harus menghilangkan pikiran-pikiran kurang menyenangkan yang terjadi.
- b. Melatih klien untuk komitmen dan berperilaku dalam hidupnya berdasarkan nilai yang dipilih oleh klien sendiri.

C. INDIKASI

Beberapa studi tentang ACT sudah banyak dilakukan seperti pada gangguan mood (Zettle dan Hayes, 1986; Zettle dan Rains, 1989); gg. ansietas (eifert dan Heffner, 2003; Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004); Orsillo dan Batten, 2005; Zettle, 2003); penyalahgunaan zat (Hayes dan Strosahl, 2004) dan skizofrenia (Bach dan Hayes, 2002). ACT juga digunakan pada gangguan ansietas seperti pengobatan pada PTSD (Orsillo dan Batten, 2005), gangguan panik (Eifert dan Heffner, 2003), dan perilaku marah (Eifert dan Forsyth, 2011). Sehingga ACT sangat disarankan untuk dilakukan sebagai intervensi pada pasien masalah kejiwaan dan psikososial.

D. KRITERIA TERAPIS

Hal-hal yang harus diperhatikan oleh terapis dalam melakukan proses terapi ACT agar berlangsung terapeutik antara lain:

- a. Selalu tertarik dengan apa yang diinginkan oleh klien
- b. Selalu menghormati apapun pengalaman klien sebagai sumber informasi
- c. Dukung klien dalam merasakan dan memikirkan apa yang mereka rasakan dan pikirkan bahwa tidak semuanya itu benar dan kemudian menemukan apa yang terbaik
- d. Membantu klien untuk bergerak kearah yang lebih berharga baik dari cerita maupun reaksi spontan
- e. Membantu klien mendeteksi pikiran dan perasaan aneh kemudian menerimanya, mengatasinya dan memindahkan kedalam arah yang lebih bermilai sehingga dapat mengembangkan pola perilaku yang lebih efektif.
- f. Mengulangi terus menerus sampai klien membudaya.

E. PRINSIP PELAKSANAAN TERAPI

ACT memiliki prinsip dasar (Hayes, Strosahl dan Wilson, 2005) yaitu:

a. *Acceptance*

Acceptance disini berarti menerima pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan/ pengalaman buruk tanpa berusaha untuk mengubahnya. Acceptance merupakan salah satu strategi yang sangat penting dimana klien membuka diri untuk mengalaminya secara emosi. Kesediaan/ penerimaan dan keterbukaan merupakan kunci dalam tahap Acceptance, dimana seseorang memilih tindakan sesuai dengan nilai yang dianutnya. Acceptance ini membantu klien untuk belajar hidup dengan mengalami kejadian buruk dan tidak berfokus pada menurunkan stressor tetapi lebih kepada untuk menjadikan stressor menjadi bagian dari hidupnya dan bermilai.

Tujuan dari proses penerimaan ini adalah untuk meningkatkan kerelaan seseorang untuk menghadapi pikiran, perasaan dan pengalaman yang selama ini mereka hindari.

b. Cognitive Defusion

Teknik ini bertujuan untuk mengurangi penolakan secara emosi dimana dapat terjadi saat seseorang menolak untuk mengalami pengalaman buruk. Hasil riset menunjukkan bahwa perilaku menghindar melalui pikiran, perasaan dan perilaku dapat mempengaruhi mekanisme koping seseorang dimana usaha menghindar untuk mengalami pengalaman yang buruk memberikan efek yang bertentangan atau paradoxical. Teknik ini dilakukan melalui latihan yang berulang dan terus menerus sampai akhirnya stressor tidak memiliki makna bagi klien.

c. Present Moment

Padatlah ini, klien diajarkan untuk mengalami kejadian seutuhnya tanpa harus melawan ketika timbul kejadian tersebut. Klien bercerita tentang pengalamannya, dan klien belajar untuk mengidentifikasi serta menjelaskan pikiran/perasaan agar klien dapat mengerti dirinya. Tujuan ACT disini adalah membantu klien menghadapi dunia secara lebih langsung sehingga perilaku yang dihasilkan klien dapat lebih fleksibel dan konsisten terhadap nilai yang telah dimiliki.

d. Self as context

Tahap ini membantu klien melihat dirinya sendiri tanpa harus menghakimi/ menghubungkan klien dengan nilai benar ataupun salah. ACT membantu klien untuk menjadi lebih focus pada dirinya sendiri dengan cara latihan pikiran, dan latihan pengalaman. Sebagai contoh, klien dianggap sebagai papan catur, pikiran klien sebagai pion-pion. Sehingga ketika pion bergerak, papan catur tetap ditempatnya. Artinya adalah ketika pikiran buruk/tidak menyenangkan datang pada klien, hal

itu tidak akan mempengaruhi klien. Sehingga apapun yang dipikirkan ataupun dirasakan tidak akan mempengaruhi klien.

e. *Values*

Teknik ini digunakan secara bersamaan atau bergantian untuk membantu klien mengklarifikasi nilai yang ada dalam hidupnya dan membantu klien untuk mengambil keputusan atau tindakan yang mendukung nilai-nilai hidup yang sudah ada. Klien dibantu untuk menggunakan nilai yang sudah ada untuk mengatasi masalahnya saat ini. ACT membantu klien mengembangkan langkah-langkah efektif yang lebih besar dan luas lagi yang berhubungan dengan nilai yang dipilih melalui 9 area yaitu hubungan keluarga, pernikahan, hubungan sosial, karir, pendidikan, rekreasi, spiritual, kewarganegaraan, kesehatan. Dengan mengklarifikasi nilai-nilai tersebut, akan membantu klien meningkatkan keinginan untuk melakukan perilaku baru yang adaptif (Lawhan, 2008).

f. *Committed Action*

Bertujuan untuk membantu orang berjanji untuk melakukan tindakan yang sesuai dengan nilai mereka. Selain klien fokus kontrol secara verbal, klien juga harus berkomitmen untuk melakukan tindakan/perilaku yang sesuai dengan kontrol verbal.

PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

Berdasarkan teori dan konsep yang dijelaskan tentang *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, psikoterapi pada klien dengan Perilaku Kekerasan, Halusinasi dan Harga Diri Rendah mempunyai 4 sesi dan masing-masing sesi dilaksanakan selama 30-45 menit untuk setiap klien. Adapun uraian kegiatan tiap sesi adalah sebagai berikut:

2.1 Sesi I :

2.1.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi I : Mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perasaan yang muncul serta dampak perilaku yang muncul akibat pikiran dan perasaan.

A. Tujuan

Klien mampu :

1. Membina hubungan saling percaya dengan terapis.
2. Mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyenangkan yang dialami sampai saat ini
3. Mengidentifikasi pikiran yang muncul dari kejadian tersebut
4. Mengidentifikasi respon yang timbul dari kejadian tersebut
5. Mengidentifikasi upaya/perilaku yang muncul dari pikiran dan perasaan yang ada terkait kejadian.

B. Setting

Klien duduk bersama dengan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman

C. Alat dan Bahan

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Curah pendapat, diskusi, dan tanya jawab.

E. Langkah – langkah :

1. Persiapan

- a. Melakukan seleksi terhadap klien sesuai dengan masalah

keperawatannya.

- b. Mengingatkan klien sehari sebelum pelaksanaan terapi
- c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan yang kondusif

2. Tahap Orientasi

a. Salam terapeutik :

1) Memperkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama).

2) Menanyakan nama dan panggilan klien.

b. Evaluasi/Validasi :

1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini.

2) Menanyakan apakah ada kejadian yang mengganggu saat ini

3) Bagaimana pikiran dan perasaan yang muncul terkait kejadian tersebut dan apa yang dilakukan klien sehubungan dengan pikiran dan perasaan tersebut yang terjadi?

c. Kontrak :

1) Menjelaskan pengertian ACT dan tujuan terapi yaitu membantu klien untuk dapat mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara mengubah pola pikir yaitu berusaha untuk menerima pikiran atau perasaan yang tidak menyenangkan yang terjadi.

2) Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas yang harus dikerjakan klien dan buku kerja yang akan digunakan klien dalam melaksanakan tugas dan latihannya. Proses pelaksanaan dari ACT terdiri atas 4 sesi dan setiap klien akan melewati semua sesi. Klien akan dilatih cara berpikir, mengontrol emosi dan berperilaku serta diminta untuk menuliskan tugas dan hasil latihan ke dalam buku kerja yang disediakan oleh terapis. Buku kerja akan diisi dan dipegang oleh klien.

Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi ACT ini. Adapun sesi yang akan dilakukan terdiri atas 4 sesi, dan setiap sesinya dilakukan selama 30 – 45 menit. Pada pelaksanaannya setiap sesi akan dilaksanakan setiap hari sehingga jumlah sesi

pertemuan kita 6 kali pertemuan.

3) Menjelaskan peraturan dalam terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dan kerjasamanya dalam mengikuti kegiatan dari sesi awal sampai selesai semua sesinya.

4) Pada pertemuan sesi 1 ini disepakati tujuannya adalah untuk membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi kejadian buruk atau tidak menyenangkan yang dialami, pikiran yang dialami atau dirasakan dan respon perasaan (emosi dan perilaku) akibat kejadian tersebut, dan perilaku yang dilakukan berdasarkan pada pikiran dan perasaan yang terjadi terkait kejadian. Sesi ini akan dilakukan selama 30-45 menit di tempat yang disepakati bersama klien.

3. Tahap Kerja

a. Terapis mendiskusikan bersama klien tentang :

- 1) Kejadian buruk /tidak menyenangkan yang dialami klien pada saat ini.
 - 2) Pikiran yang muncul serta respon perasaan klien terkait dengan kejadian/ peristiwa yang terjadi .
 - 3) Perilaku yang dilakukan terkait dengan pikiran dan perasaan yang terjadi terkait kejadian.
- b. Meminta klien menuliskan kejadian/ peristiwa yang dialami, pikiran, perasaan yang muncul akibat kejadian ke dalam buku kerja.
- c. Meminta klien untuk menuliskan perilaku yang dilakukan terkait dengan kejadian dan pikiran yang dirasakan.
- d. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi :

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah selesai sesi I
- 2) Meminta klien untuk menyebutkan kembali kejadian / peristiwa yang dialami, pikiran yang muncul dan perasaan yang timbul dari

- kejadian tersebut serta respon perilaku yang dilakukan terkait pikiran dan perasaan yang dirasakan oleh klien
- 3) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama dan kemampuan klien dalam menyampaikan kejadian / peristiwa yang dialami.

b. Tindak Lanjut :

Menganjurkan klien untuk mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyenangkan lainnya yang dialami saat ini, pikiran yang timbul, respon perasaan yang muncul serta perilaku yang dilakukan klien akibat pikiran dan perasaan terkait kejadian tersebut dan menuliskannya ke dalam buku kerja.

c. Kontrak akan datang:

1. Menyepakati topik sesi 2 yaitu mengidentifikasi nilai klien berdasarkan pada pengalaman klien
2. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2.

2.1.1 Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan.

Format Evaluasi
Sesi I ACT

Mengidentifikasi kejadian serta dampak terhadap perilaku

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Menyampaikan kejadian buruk/tidak menyenangkan yang terjadi		
3	Menyampaikan pikiran yang muncul terkait kejadian tersebut		
4	Menyampaikan perasaan yang timbul akibat kejadian tersebut		
5	Menyampaikan perilaku yang dilakukan akibat pikiran dan perasaan yang muncul terkait kejadian buruk/tidak menyenangkan		
6	Aktif dalam diskusi		

Keterangan :

Isilah Ya = jika klien melakukan, Tidak = jika klien tidak melakukan.

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat ACT pada catatan proses perawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan perawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 1, klien mampu menyampaikan kejadian buruk/ tidak menyenangkan yang terjadi, menyampaikan pikiran yang muncul dan perasaan yang timbul karena kejadian tersebut serta perilaku yang dilakukan terkait perasaan dan pikiran yang timbul terkait kejadian tidak menyenangkan, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan perawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 1, klien belum mampu menyampaikan kejadian buruk/ tidak menyenangkan yang terjadi, menyampaikan pikiran yang muncul dan perasaan yang timbul karena kejadian tersebut serta perilaku yang dilakukan terkait perasaan dan pikiran yang timbul terkait kejadian tidak menyenangkan, dianjurkan klien untuk melatih diri secara mandiri (buat jadwal).

2.2 Sesi II : Mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman klien

2.2.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi II : Mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman klien

A. Tujuan

Klien mampu :

1. Mengidentifikasi kejadian buruk/tidak menyenangkan yang terjadi
2. Menceritakan tentang upaya apa saja yang dilakukan terkait dengan kejadian tersebut berdasarkan pada pengalaman klien (contoh: hubungan keluarga, pekerjaan, hubungan social, spiritual dan kesehatan) baik yang konstruktif maupun destruktif.

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

F. Langkah-langkah.

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik :

Salam dari terapis kepada klien.

- b. Evaluasi/ Validasi :

- 1) Menanyakan perasaan klien hari ini.
- 2) Menanyakan apa saja upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pada pengalaman klien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif.
- 3) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien mengidentifikasi kejadian / peristiwa yang dialami dan perasaannya

- c. Kontrak :

- 1) Menyepakati topik pertemuan pada sesi 2 yaitu mengidentifikasi nilai klien berdasarkan pengalaman klien.
- 2) Mengidentifikasi upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pada pengalaman klien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif.
- 3) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
- 4) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

3. Tahap Kerja

- a. Klien:
 - 1) Mendiskusikan kejadian buruk/tidak menyenangkan yang terjadi
 - 2) Menceritakan upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pada pengalaman klien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif kepada terapis.
- b. Menentukan apakah yang dilakukan klien sudah sesuai dan baik.
- c. Memberikan reinforcement positif.

- 1) Bantu klien untuk menyadari perilaku yang belum tepat serta menentukan perilaku yang belum konstruktif/ belum baik untuk dilatih.

4. Tahap Terminasi

1. Evaluasi
 - a. Menanyakan perasaan klien setelah sesi II selesai
 - b. Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengidentifikasi upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pada pengalaman klien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif kepada terapis.
 - c. Mengevaluasi perilaku klien
 - d. Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.
2. Tindak lanjut :

Menuliskan upaya lain yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pengalaman klien dicatat harianku.
 3. Kontrak :
 - a. Menyepakati topik sesi 3 yaitu berlatih menerima kejadian dengan nilai yang dipilih

- b. Menyepakati tempat dan waktu untuk pertemuan sesi 3.

2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi II : Mengidentifikasi nilai klien berdasarkan pengalaman klien

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLJEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu mengungkapkan upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pada pengalaman klien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif		
3	Aktif dalam diskusi		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat ACT pada catatan proses keperawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 2, klien mampu mengungkapkan upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pada pengalaman klien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif, maka klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 2, klien belum mampu mengungkapkan upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pada pengalaman klien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif, dianjurkan klien untuk melatih diri secara mandiri (buat jadwal).

2.3 Sesi III : Berlatih Menerima Kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih

2.3.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi III : Berlatih Menerima Kejadian dengan nilai yang dipilih

A. Tujuan

Klien mampu :

1. Memilih salah satu perilaku yang dilakukan akibat dari pikiran dan perasaan yang timbul terkait kejadian tidak menyenangkan
2. Berlatih cara untuk mengatasi perilaku yang kurang baik yang sudah dipilih
3. Memasukkan latihan kedalam jadwal kegiatan harian klien

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

F. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik :

Salam dari terapis kepada klien.

- b. Evaluasi/ Validasi :

- 1) Menanyakan perasaan klien hari ini
- 2) Menanyakan apakah sudah menulis upaya yang dilakukan berdasarkan pengalaman klien lainnya dicatat harianku
- 3) Melihat buku kerja klien untuk mengetahui upaya lain yang biasa dilakukan klien
- 4) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

c. Kontrak :

Menyepakati topik pertemuan pada sesi 3 yaitu berlatih menerima kejadian dengan nilai yang dipilih klien

- 1) Lama waktu pertemuan 30 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
- 2) Mengingat kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

3. Tahap Kerja

a. Terapis meminta klien untuk :

- 1) Menentukan salah satu perilaku yang masih perlu ditingkatkan untuk dilatih bersama
 - 2) Mengikuti dan mengulang kembali cara yang sudah dicontohkan oleh terapis
 - 3) Berlatih berperilaku sesuai dengan nilai yang dipilih
 - 4) Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian
- b. Memberikan reinforcement positif pada klien

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah sesi III selesai
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien untuk berlatih berperilaku yang baik dan mengevaluasi perasaan klien setelah berlatih.
- 3) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.

b. Tindak lanjut :

- c. Mengajukan klien untuk terus melakukan berlatih cara yang sudah diajarkan terapis tentang berlatih berperilaku yang baik dalam menerima kejadian dengan nilai yang dipilih klien

d. Kontrak :

- 1) Menyepakati topik sesi IV yaitu komitmen yaitu berkomitmen melakukan tindakan sesuai dengan nilai yang sudah dipilih

klien dan cara mencegah kekambuhan.

- 2) Menyetujui tempat dan waktu untuk pertemuan sesi IV.

2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi III : Berlatih Menerima Kejadian Menggunakan Nilai Yang Dipilih Klien

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLJEN	
		Ya	Tidak
1	Menyetujui kontrak kegiatan		
2	Mampu membuat prioritas terhadap perilaku klien yang akan dilatih dan diperbaiki		
3	Mampu mempraktekkan kembali cara berperilaku yang baik sesuai diajarkan terapis		
4	Mampu berlatih berperilaku sesuai dengan yang diajarkan dengan memasukkan kejadian kegiatan harian		
5	Aktif dalam diskusi		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat ACT pada catatan proses perawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan perawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 3, klien mampu berlatih memperbaiki perilaku dengan menerima kejadian sesuai nilai yang dipilih, klien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika klien dianggap belum mampu, maka catatan perawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 3, klien belum mampu berlatih memperbaiki perilaku dengan menerima kejadian sesuai nilai yang dipilih, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

2.4 Sesi IV : Komitmen dan Mencegah kekambuhan

Kunci untuk berkomitmen dan mencegah kekambuhan. Tahap-tahap komitmen antara lain siklus nilai, tujuan, tindakan, hambatan, dan menghentikan hambatan. Mengidentifikasi dan mengelola perilaku dan

gejala akan membantu mengurangi jumlah dan keparahan relaps/kekambuhan (fase prodormal). Pengajaran untuk klien dan keluarga adalah intervensi efektif yang dapat memberikan mereka kendali atas kehidupan mereka dan menurunkan jumlah atau panjang rawat inap. Semakin banyak penelitian telah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam tingkat kambuhan sebagai hasil dari intervensi psiko-pendidikan (Magliano et al, 2006).

Komitmen menyatakan apa yang penting untuk individu dan mereka akan menggarisbawahi pilihan yang telah dibuat (Stuart & Sundeen, 1991). Komitmen juga dapat memandu seseorang menuju kejalan yang lebih baik atau keluar dari situasi yang tidak aman. Sehingga dengan berkomitmen akan mempengaruhi respon emosi dan koping individu untuk bereaksi terhadap adanya stressor dimana diharapkan akan mengurangi efek kekambuhan pada klien.

2.4.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi IV : Komitmen dan Mencegah kekambuhan

A. Tujuan

Klien mampu :

1. Klien mampu mendiskusikan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangnya perilaku buruk yang terjadi
2. Mengidentifikasi rencana yang akan dilakukan klien untuk mempertahankan perilaku yang baik
3. Menidentifikasi apa yang akan dilakukan oleh klien untuk meningkatkan kemampuan berperilaku baik
4. Menyebutkan keuntungan memanfaatkan pelayanan kesehatan
5. Menyebutkan akibat jika stress tidak ditangani segera
6. Menyebutkan manfaat pengobatan
7. Menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan

B. Setting

Klien duduk di ruangan dengan terapis dalam suasana yang tenang dan nyaman

C. Alat

Alat tulis, modul, buku kerja klien, dan buku evaluasi klien.

D. Metode

Diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien minimal 1 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan waktu

2. Tahap Orientasi

- a. Salam terapeutik :

Salam dari terapis kepada klien.

- b. Evaluasi/ Validasi :

- 1) Menanyakan perasaan klien hari ini
- 2) Menanyakan kemampuan klien untuk berlatih cara menerima kejadian sesuai nilai yang dipilih
- 3) Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien

- c. Kontrak :

- 1) Menyepakati topik pertemuan pada sesi 4 yaitu menentukan komitmen dan mempertahankan kemampuan yang telah dikuasai.
- 2) Lama waktu pertemuan 20 menit di ruangan yang dirasa nyaman oleh klien dan terapis.
- 3) Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu klien diharapkan berpartisipasi dalam diskusi dan mengikuti sesi dari awal sampai akhir.

3. Tahap Kerja

- a. Terapis menanyakan kepada klien tentang komitmen yang dimiliki klien yaitu apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangunya perilaku buruk yang terjadi
- b. Terapis menganjurkan klien untuk mendiskusikan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghindari berulangunya perilaku buruk yang

terjadi

- c. Terapis kemudian meminta klien untuk menuliskannya kedalam buku kerja pada kolom ke 2
- d. Terapis menanyakan apa yang akan dilakukan klien untuk mempertahankan perilaku yang baik
- e. Terapis kemudian meminta klien untuk menuliskannya kedalam buku kerja pada kolom ke 3
- f. Terapis menanyakan apa yang akan dilakukan oleh klien untuk meningkatkan kemampuan berperilaku baik
- g. Terapis kemudian meminta klien untuk menuliskannya kedalam buku kerja pada kolom ke 4
- h. Terapis menanyakan kepada klien apa keuntungan memanfaatkan pelayanan kesehatan
- i. Terapis meminta klien untuk mengungkapkan akibat jika stress tidak ditangani segera
- j. Terapis meminta klien untuk mengungkapkan manfaat pengobatan bagi klien
- k. Terapis meminta klien untuk menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan
- l. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan klien berlatih

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien setelah sesi IV selesai
 - 2) Mengevaluasi kemampuan klien untuk berkomitmen untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut.
 - 3) Mengevaluasi perilaku baru sesuai dengan nilai yang dianut klien
 - 4) Memberikan reinforcement positif atas kerjasama klien yang baik dan kemampuan klien.
- b. Tindak lanjut :
 - 1) Menganjurkan klien untuk mempertahankan komitmen menjalani kegiatan sesuai nilai yang sudah dipilih oleh klien

2) Menuliskan setiap pikiran, perasaan atau kejadian dan upaya yang dilakukan klien dalam mengatasi hal tersebut.

c. Kontrak :

- 1) Mengakhiri pertemuan untuk ACT dan menyepakati bila klien memerlukan pertemuan tambahan.

2.4.2 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, keterlibatan klien dan proses pelaksanaan secara keseluruhan.

Format Evaluasi

Sesi IV : Komitmen dan Mencegah kekambuhan

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu menyebutkan apa yang akan dilakukan klien untuk menghindari berulangnya perilaku buruk		
3	Mampu menyebutkan rencana yang akan dilakukan untuk mempertahankan perilaku yang baik		
4	Mampu menyebutkan cara untuk meningkatkan kemampuan berperilaku baik		
5	Mampu menyebutkan keuntungan memanfaatkan pelayanan kesehatan		
6	Mampu menyebutkan akibat jika stress tidak ditangani segera		
7	Mampu menyebutkan manfaat pengobatan		
8	Mampu menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan		

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki klien saat ACT pada catatan proses perawatan. Jika klien dianggap mampu, maka catatan perawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 4, klien mampu melakukan komitmen melakukan perilaku sesuai dengan nilai yang dipilih terhadap kegiatan atau peristiwa didalam kehidupan, klien mampu mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut, mampu mengungkapkan manfaat terapi modalitas ACT, klien dapat menyelesaikan tuntas ACT. Jika klien dianggap belum

mampu, maka catatan keperawatan adalah klien mengikuti ACT sesi 4, klien belum mampu melakukan komitmen melakukan perilaku sesuai dengan nilai yang dipilih terhadap kegiatan atau peristiwa didalam kehidupan klien mampu mengungkapkan rencana yang akan dilakukannya untuk menghindari terulangnya kejadian atau peristiwa tersebut, mampu mengungkapkan manfaat terapi modalitas ACT, dianjurkan klien untuk melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).





RUANGAN :

NAMA :

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

BUKU KERJA

PENGERTIAN

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) merupakan suatu pendekatan dimana klien diajarkan untuk menerima pikiran yang mengganggu dan tidak menyenangkannya dengan menggunakan nilai yang dianut sehingga klien dapat menerima kondisinya. Menurut Hayes (2005) ACT membantu klien dalam mencapai dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna tanpa harus menghilangkan pikiran-pikiran kurang menyenangkan atau mengganggu terjadi.

**PERTEMUAN III
BERLATIH MENEMUKA KEJADIAN DENGAN
NILAI YANG DIPILIH**

Petunjuk Latihan

- Klien memilih salah satu perilaku yang dilakukan yang muncul akibat pikiran dan perasaan terkait kejadian buruk/tidak menyenangkan.
- Terapis dan klien mendiskusikan tentang cara yang bisa dilakukan untuk mengatasi perilaku yang tidak baik tersebut.
- Terapis memberikan contoh kepada klien bagaimana seharusnya berperilaku yang baik terkait dengan masalah yang terjadi
- Klien kemudian mengikut yang sudah dipraktikkan oleh terapis
- Terapis dan klien memasukkan latihan kedalam jadwal kegiatan harian klien.

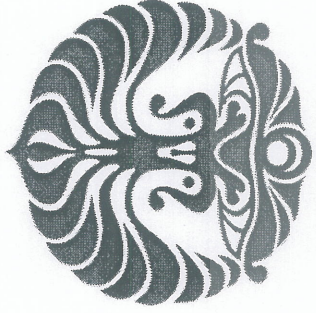
SESI 3

No				Perilaku yang dipilih				: _____			
(berdasarkan pada sesi 1) :				_____				_____			
Tgl		No.		Cara berlatih				berperilaku yang baik			
Mantaaat berlatih				1	2	3	7				

Keterangan :
1 : Cukup bermanfaat
2 : Bermanfaat
3 : Sangat bermanfaat

No				Perilaku yang dipilih				: _____			
(berdasarkan pada sesi 1) :				_____				_____			
Tanggal		No.		Cara berlatih				berperilaku yang baik			
Mantaaat berlatih				1	2	3	8				

Keterangan :
1 : Cukup bermanfaat
2 : Bermanfaat
3 : Sangat bermanfaat



**BUKU EVALUASI PELAKSANAAN TERAPI
ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)
(PSIKOTERAPI UNTUK INDIVIDU)**

Nama Pasien :

.....

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

**BUKU EVALUASI PELAKSANAAN TERAPI
ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)**

Kemampuan peserta latihan dievaluasi oleh terapis pada setiap pertemuan. Pada pertemuan pertama terapis mengevaluasi kemampuan peserta latihan untuk sesi 1 (satu). Pada sesi dua terapis mengevaluasi kemampuan peserta latihan untuk sesi satu dan dua. Demikian seterusnya, dan pada sesi empat terapis mengevaluasi kemampuan peserta latihan untuk sesi satu sampai empat.

**Format Evaluasi
Sesi I ACT
Mengidentifikasi kejadian serta dampak terhadap perilaku**

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Menyampaikan kejadian buruk/tidak menyenangkan yang terjadi		
3	Menyampaikan pikiran yang muncul terkait kejadian tersebut		
4	Menyampaikan perasaan yang timbul akibat kejadian tersebut		
5	Menyampaikan perilaku yang dilakukan akibat pikiran dan perasaan yang muncul terkait kejadian buruk/tidak menyenangkan		
6	Aktif dalam diskusi		

Keterangan :

Isilah Ya = jika klien melakukan, Tidak = jika klien tidak melakukan.

Format Evaluasi

Sesi II : Mengidentifikasi nilai klien berdasarkan pengalaman klien

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu mengungkapkan upaya yang dilakukan terkait dengan kejadian yang dialami berdasarkan pada pengalaman klien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif		
3	Aktif dalam diskusi		



Format Evaluasi
Sesi III : Berlatih Menerima Kejadian Menggunakan Nilai Yang Dipilih Klien

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu membuat prioritas terhadap perilaku klien yang akan dilatih dan diperbaiki		
3	Mampu mempraktekkan kembali cara berperilaku yang baik sesuai diajarkan terapis		
4	Mampu berlatih berperilaku sesuai dengan yang diajarkan dengan memasukkan kejadwal kegiatan harian		
5	Aktif dalam diskusi		

Format Evaluasi
Sesi IV : Komitmen dan Mencegah kekambuhan

Klien :

Tanggal :

No	Kegiatan	KLIEN	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Mampu menyebutkan apa yang akan dilakukan klien untuk menghindari berulangnya perilaku buruk		
3	Mampu menyebutkan rencana yang akan dilakukan untuk mempertahankan perilaku yang baik		
4	Mampu menyebutkan cara untuk meningkatkan kemampuan berperilaku baik		
5	Mampu menyebutkan keuntungan memanfaatkan pelayanan kesehatan		
6	Mampu menyebutkan akibat jika stress tidak ditangani segera		
7	Mampu menyebutkan manfaat pengobatan		
8	Mampu menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan		