

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN KESEHATAN  
MASYARAKAT PERKOTAAN KETIDAKBERDAYAAN  
PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG ANTASENA  
RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

Rachel Satyawati Yusuf<sup>1</sup>, Ice Yulia Wardani<sup>2</sup>

1. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat – 16424
2. Keilmuan Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat – 16424

E-mail: [rachel.satyawati@gmail.com](mailto:rachel.satyawati@gmail.com)

**ABSTRAK**

Rasa tidak berdaya merupakan salah satu masalah psikososial yang dapat muncul setelah seseorang menderita penyakit kronis. DM merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat dan mengakibatkan seseorang merasa lemah dan merasa tidak berdaya. Perasaan ini merupakan kondisi dimana seseorang kehilangan kontrol terhadap situasi dan merasa tidak bermakna serta merasa tidak bisa mencapai apa yang diinginkan dalam hidupnya. Tindakan yang bisa digunakan untuk menangani pasien DM tipe 2 dengan perasaan tidak berdaya ini adalah teknik berpikir positif dan harapan (afirmasi) positif. Dua teknik tersebut terbukti berhasil dan dapat digunakan oleh para perawat untuk membantu pasien dengan masalah yang sama di ruang rawat umum.

**Kata kunci:** *ketidakberdayaan, DM, berpikir positif, afirmasi positif*

**ABSTRACT**

*Powerlessness is one of psychosocial problems arising after someone suffers from chronic diseases. DM is one of chronic diseases that can make someone feels weak and feels powerless. This feeling is one condition in which someone loses control of situation, feels insignificant and unable to achieve his or her dreams. The treatment that can be used to help DM 2 patients with powerlessness problems is positive thinking and positive expectation (affirmation). Both technics are proven to have been successful and can be used by nurses to help patients with similar problems in the general treatment wards.*

**Keywords:** *powerlessness, DM, positive thinking, positive affirmation*

**PENDAHULUAN**

Kota merupakan pusat pelayanan kegiatan produksi, distribusi, dan jasa-jasa yang mendukung pertumbuhan ekonomi di wilayah sekitarnya sehingga masyarakat perkotaan sering disebut sebagai *urban community*. Kemajuan di bidang ekonomi industri dan perdagangan di kota, mengakibatkan masyarakat di pedesaan tertarik untuk melakukan migrasi dari desa ke kota (urbanisasi) yang membawa berbagai dampak pada lingkungan perkotaan terutama masalah sosial dan kesehatan. Urbanisasi telah menjadi salah

satu masalah kesehatan utama di dunia pada abad ke-21 (Bahtiar, 2011). World Health Organization (WHO) memperkirakan pada tahun 2030, 6 dari 10 orang akan menjadi penghuni daerah perkotaan dan akan meningkat menjadi 7 dari 10 orang di tahun 2050. Di Indonesia sendiri, pada tahun 2009, lebih dari 43 % penduduk Indonesia tinggal di wilayah perkotaan dan menurut prediksi pada tahun 2025, lebih dari 60 % populasi yang akan tinggal pusat kota (Depkes RI, 2010). Perkotaan merupakan tempat yang didalamnya terdapat suatu komunitas yang

beragam. Keragaman masyarakat perkotaan tersebut menyebabkan keragaman masalah yang terjadi di kehidupan perkotaan. Berbagai permasalahan tersebut meliputi masalah yang terjadi pada kehidupan sosial, ekonomi, kesehatan, spritual, dan juga psikologi. Menurut Anderson & McFarlane (2006), terdapat tiga faktor eksternal yang mempengaruhi masalah kesehatan masyarakat di lingkungan perkotaan, seperti lingkungan fisik, lingkungan psikologis, dan lingkungan sosial. Ketiga aspek ini saling mempengaruhi satu sama lain dalam menunjang tingkat kesehatan masyarakat perkotaan.

Menurut Maria (2013), beberapa penyakit yang sering muncul dan timbul di daerah perkotaan adalah seperti penyakit stroke, Diabetes Melitus, penyakit saluran pernapasan, obesitas, kecelakaan, dan gangguan perilaku. Penyakit-penyakit ini muncul dimungkinkan karena adanya perubahan gaya hidup, polusi, dan sanitasi yang buruk (Maria, 2013). Sedangkan stressor yang sangat tinggi di perkotaan memungkinkan terjadinya masalah psikososial pada masyarakat perkotaan.

Perubahan gaya hidup masyarakat perkotaan yang seringkali mengkonsumsi makanan yang serba kilat yaitu pada pemesanan makanan cepat saji seperti di restoran mewah dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan. Terjadi pergeseran pola makan masyarakat kota dari pola makan tradisional yang mengandung banyak serat dari sayuran berubah menjadi pola makan barat yang serba instan dan cepat saji dengan komposisi makanan yang terlalu sedikit mengandung serat tetapi lebih banyak mengandung protein, lemak, gula, dan garam. Kesibukan masyarakat perkotaan dalam pekerjaan menyebabkan sedikitnya waktu dan kesempatan untuk berolahraga. Pola hidup yang sangat beresiko ini dapat menyebabkan meningkatnya penyakit-penyakit degeneratif salah satunya adalah penyakit Diabetes Melitus (DM) (Alwi, dkk, 2010).

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin yang progresif dilatarbelakangi oleh resistensi insulin (Suyono, dkk, 2011). Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insiden dan prevalensi Diabetes Melitus tipe II di berbagai penjuru dunia. Berdasarkan data organisasi kesehatan dunia (WHO) Indonesia merupakan urutan ke-4 terbesar dalam jumlah penderita Diabetes Melitus di dunia. Faktor lingkungan dan gaya hidup yang tidak sehat, seperti makan berlebihan, berlemak, kurang aktivitas dan stres berperan sangat besar sebagai pemicu DM. Selain itu penyakit DM juga bisa muncul karena adanya faktor keturunan (Suyono, dkk, 2011).

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Indonesia jumlah penduduk Indonesia dengan prevalensi Diabetes Melitus tipe 2 di daerah urban sebesar 14,7 % dan daerah rural 7,2 % dan diperkirakan pada tahun 2030 jumlah penduduk dengan asumsi prevalensi DM tipe 2 mencapai 12 juta orang. Menurut Suyono (2009), penyakit DM tipe 2 merupakan penyakit degeneratif yang sangat terkait pola makan. Pola makan merupakan gambaran mengenai macam-macam jumlah dan komposisi bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh seseorang. Gaya hidup perkotaan dengan pola diet yang tinggi lemak, garam dan gula secara berlebihan mengakibatkan berbagai penyakit termasuk penyakit DM.

Ruang Antasena RS Marzoeki Mahdi Bogor merupakan ruang rawat umum yang melayani pasien dengan kasus bedah, neurologi, dan penyakit dalam. Dari 57 kasus pada bulan April-Mei 2015, terdapat 10,5 % kasus pasien yang dengan penyakit DM tipe 2. Penderita DM rentan mengalami berbagai masalah psikososial. Ketidakberdayaan merupakan salah satu masalah keperawatan dan psikososial yang muncul pada klien dengan DM (Doengoes, 2000). Kadar gula darah yang tidak stabil

pada penyakit DM menyebabkan penyakit ini menjadi penyakit kronis untuk individu tertentu sehingga respon dari penyakit kronis sering menimbulkan masalah psikososial.

Menurut Smeltzer & Bare (2003) reaksi emosional dan psikososial yang biasa dialami oleh pasien dan keluarganya adalah ansietas, kemarahan, berduka, malu, hilang harapan, depresi, tidak berdaya, iri, kesepian, dan ketidakberdayaan. Perubahan-perubahan yang dialami saat sakit dapat berkembang menjadi krisis psikososial yang nantinya akan mempengaruhi keluarga, sahabat, dan lingkungan sekitar. Adanya kesenjangan keadaan kesehatan yang dialami masyarakat perkotaan memerlukan penerapan asuhan keperawatan kesehatan khususnya masalah psikososial yang sesuai untuk masyarakat perkotaan. Penulis mendapatkan kasus klien kelolaan yang mengalami ketidakberdayaan dalam penyakit fisiknya. Dari pengkajian yang dilakukan, penulis menemukan belum dilakukannya penanganan yang optimal dari perawat ruangan terkait dengan masalah psikososial ketidakberdayaan pada klien dengan penyakit DM di ruang rawat Antasena. Oleh karena itu, penulis sangat tertarik untuk melakukan dan memberikan asuhan keperawatan secara optimal pada klien yang mengalami masalah psikososial ketidakberdayaan dengan DM di Ruang Antasena RS Marzoeki Mahdi Bogor.

#### **METODE**

Penulisan ini dilakukan menggunakan metode studi kasus. Penulis melakukan penelitian di sebuah RS di Kota Bogor. Penelitian ini dilakukan pada salah satu klien RS tersebut yang mengalami masalah psikososial ketidakberdayaan ditengah penyakit DM tipe 2 yang dialaminya. Prosedur pengambilan data diperoleh melalui wawancara, observasi klien, catatan individu atau rekam medik dan catatan keperawatan. Penulis memberikan intervensi perawat generalis dalam mengatasi masalah ketidakberdayaan pada klien dan melihat intervensi yang telah dilakukan berhasil atau tidak dalam mengatasi masalah pada klien.

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara holistik pada klien yang mengalami ketidakberdayaan dengan penyakit DM tipe 2. Asuhan keperawatan dilakukan dengan proses pengkajian, analisa data, penetapan diagnosa fisik dan psikososial, menyusun rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun dan melakukan evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan. Penulis menganalisis kesenjangan antara teori dan hasil yang didapatkan berdasarkan asuhan keperawatan yang diberikan. Intervensi keperawatan yang mampu menyelesaikan masalah dibahas lebih mendalam untuk melihat keefektifan intervensi tersebut dalam menyelesaikan masalah yang serupa.

#### **HASIL ASUHAN KEPERAWATAN**

Klien bernama Ny. R dengan No. Rekam Medik 24-22-80, yang lahir di Jakarta pada tanggal 5 April 1958. Klien beragama Krsiten dan dalam berkomunikasi, klien lebih dominan menggunakan Bahasa Indonesia meskipun klien bersuku Cina-Jawa. Klien sudah menikah dan saat ini klien tinggal di daerah Kp. Ciebentang RT 001/RW 004, Cisaeng Bogor. Klien masuk ke ruang Antasena pada tanggal 11 Mei 2015 dengan diagnosa medis *non insulin dependent diabetes mellitus without complications*. Klien merupakan pasien dari poli DM RS Marzoeki Mahdi Bogor yang masuk ke ruang rawat Antasena karena kadar nilai gula darah yang tinggi (400) dan dengan luka kapalan yang pecah di telapak kaki. Klien mengeluh pusing, lemas, dan nyeri dibagian luka kaki, yang menurut klien sudah 8 bulan tidak sembuh-sembuh. Klien mengatakan sudah sering kontrol di Poli DM RSMM.

Hasil pengkajian fisik menunjukkan berat badan klien 57 kg, tinggi 170 cm dengan IMT 19,7 (normal), klien mengatakan sebelumnya klien berat badannya 63 kg dan saat ini sedang mengalami penurunan BB. Hasil pengkajian tanda-tanda vital didapatkan bahwa TD 130/90 mmHg, nadi 88 x/m, suhu 36,7 derajat C, RR 19 x/m. Klien sudah sejak 23 tahun lalu memiliki riwayat DM tidak terkontrol, namun riwayat klien mendapat luka dikakinya

kurang lebih sudah sejak 8 bulan yang lalu SMRS. Hasil pemeriksaan laboratorium yang abnormal adalah GDS 400 mg/dL dan Hb 10 g/dL.

Keadaan umum klien bersih, klien terlihat memiliki perawatan diri yang baik, kesadaran klien CM (Compos Mentis), GCS E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>. Klien mengatakan pandangan mata klien yang sebelah kiri sudah sedikit kabur namun saat ini klien tidak menggunakan kacamata. Konjungtiva klien terlihat pucat, hidung dan telinga klien tampak bersih dan tidak ada sumbatan. Mulut klien tampak bersih, gigi klien sudah banyak yang tanggal dan berlubang. Pada bagian leher klien tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid maupun getah bening. Area dada tampak simetris, bunyi nafas vesikuler, bunyi jantung normal (S1 dan S2). Bagian abdomen klien terlihat bersih, perut datar, dan bising usus normal (6 x/menit), dari hasil USG abdomen tidak ada pembesaran pada ginjal dan hati. Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sangat baik. Terdapat luka di bagian telapak kaki sebelah kiri dengan lebar diameter 1 cm dengan kedalaman luka 2 cm. Luka tidak ada nanah atau pus tapi terdapat *bleeding* di daerah luka. Kaki yang terluka tidak terlihat bengkak dan kemerahan, klien masih bisa menggerakkan kakinya, kedua kaki klien tampak seperti cakar elang. Klien mengatakan terkadang merasa nyeri dibagian kaki yang terluka, lukanya terasa senat-senut namun hanya terasa di daerah luka dan tidak menyebar.

Ny R mengatakan sudah memiliki riwayat DM sejak 23 tahun yang lalu, klien mengetahui bahwa sudah memiliki riwayat DM saat melahirkan anaknya yang ke 7, klien mengatakan bahwa selama hamil dari anak yang pertama sampai yang ketujuh BB bayi yang dilahirkan lebih dari 4 kilogram. Ny R mengatakan bahwa sejak muda ia senang wisata kuliner, makan kue-kue yang manis, bahkan senang meminum air sirup dingin yang dibuat sendiri dan yang disimpan di dalam kulkas. Sejak muda ia tidak pernah mengontrol makanan yang dimakan. Saat ini Ny. R sudah mengetahui bahwa ia terkena penyakit DM, namun ia tidak bisa mengontrol dan mengendalikan diri untuk mematuhi diet yang seharusnya

dilakukan. Ny. R mengatakan masih sering makan mie pangsit, kue-kue yang manis, es sirup manis, dan kalau ada acara keluarga atau kondangan, ia tidak bisa membatasi dan menghindari makanan-makanan yang disediakan. Ny R mengatakan bahwa ia rutin untuk memeriksakan dirinya ke poli DM RSMM karena keluarga selalu bisa menemani dan mengantarnya.

Dengan kondisi sakitnya saat ini, klien mengatakan lelah, bosan, dan capek menghadapi penyakit DM nya. Klien juga mengatakan, mengapa Tuhan memberikan ia penyakit DM, sehingga ia tidak dapat melakukan hobinya untuk berwisata kuliner lagi. Klien mengatakan sejak muda ia sangat hobi makan dan wisata kuliner. Klien juga mengungkapkan bahwa ia sering meminum air es sirup manis dingin selagi muda. Menyadari kondisi yang ada, klien mengatakan merasa sedih karena dirinya tidak dapat melakukan aktivitas-aktivitas seproduktif dulu. Kadar nilai gula darah yang tidak stabil dan tidak terkontrol (>200), membuat tubuh klien terasa lemas dan lesu sehingga klien mendapatkan terapi insulin nevorapid 3 x 10 unit. Klien mengatakan kepada perawat bahwa ia sebenarnya tahu mengenai makanan-makanan yang harus dihindari dan makanan yang harus di jauhi, akan tetapi ia merasa tidak mampu mengontrol dan mengendalikan keinginannya, sehingga ia tidak mematuhi diit yang seharusnya dipatuhi.

Perasaan lelah, bosan, capek, dan tidak mampu merupakan tanda dan gejala ketidakberdayaan. Proses keperawatan selanjutnya adalah dengan memberikan intervensi berpikir positif dan afirmasi positif. Berdasarkan hasil intervensi yang diberikan klien mau dan mampu melakukan teknik berpikir positif serta afirmasi positif.

## DISKUSI

Ketidakberdayaan merupakan salah satu masalah psikososial yang dapat muncul karena penyakit kronis. DM merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat membuat tubuh menjadi lemah dan mengakibatkan adanya masalah psikososial yaitu ketidakberdayaan. Penyakit DM merupakan penyakit menahun yang bersifat

degeneratif atau tidak dapat disembuhkan, tetapi kadar gula dalam darah diperlukan pengobatan teratur, pola hidup sehat, dan pengetahuan yang tepat bagi penderita DM tentang diet DM (Purwanto, 2011). Dampak yang dapat ditimbulkan dari penyakit DM yaitu munculnya masalah fisik dan masalah psikososial.

Menurut Michael (2008), masyarakat pedesaan memiliki akses terbatas untuk berbelanja di toko dan jarang terpapar oleh makanan yang cepat saji dan serba instan. Masyarakat pedesaan juga masih tetap mematuhi pola diet rendah lemak dan tinggi serat. Berbeda dengan masyarakat di pedesaan, masyarakat di perkotaan sudah terpapar dan sering mengonsumsi makanan serba instan dan cepat saji yang mengandung banyak gula dan lemak (Ginanjar, 2009). Pola makan yang tidak seimbang pada masyarakat perkotaan ini dapat menimbulkan peningkatan penyakit degeneratif khususnya penyakit DM yang nantinya akan menyebabkan munculnya masalah psikososial ketidakberdayaan. Dari pengertian di atas, penulis berpendapat bahwa terdapat perbedaan ketidakberdayaan masyarakat pedesaan dan perkotaan terkait dengan pola hidup (pola makan). Masyarakat perkotaan cenderung lebih sulit untuk mengubah pola makan dibandingkan dengan masyarakat pedesaan, hal ini disebabkan karena masyarakat di daerah perkotaan sudah terpapar dengan makanan yang serba instan dan cepat saji. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh penulis, penyakit kronis pada DM dapat menyebabkan perubahan pada gaya hidup dan berbagai macam respon psikososial pada klien, salah satunya adalah masalah ketidakberdayaan. Proses keperawatan yang dilakukan dan dilaksanakan oleh penulis kepada Ny R dimulai dari tanggal 11 Mei – 16 Mei 2015, kurang lebih selama 7 hari. Masalah psikososial yang ditemukan pada Ny R adalah ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan muncul ketika seseorang mengalami penyakit kronis, salah satunya adalah penyakit DM. Penyakit DM dapat menimbulkan berbagai komplikasi, sehingga menyebabkan seseorang tidak

dapat melakukan berbagai aktifitas dan peran yang semestinya dijalani. Kondisi ini dapat membuat seseorang merasa tidak berdaya dan tidak mampu. Hal ini merupakan salah satu tanda dan gejala seseorang jatuh dalam kondisi ketidakberdayaan. Menurut penelitian Livneh & Antonak (2005), seseorang yang menderita penyakit kronis dan keterbatasan fisik dapat mengalami masalah fisik, psikologis, finansial, edukasi, dan terutama berkaitan dengan kualitas hidup mereka. Penulis melakukan pengkajian pada Ny R yang berusia 57 tahun. Ny R masuk kedalam usia dewasa pertengahan. Usia seseorang pada kelompok dewasa menengah merupakan usia yang sangat matang baik dalam hal pengalaman hidup, pengambilan keputusan, dan dalam hal menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan seseorang (Edelman & Manl, 1994, dalam Potter & Perry, 2010). Dari hasil penelitian, umur seseorang menunjukkan kematangan dalam berpikir dan bertindak sehingga semakin bertambah usia, seharusnya individu dapat semakin matang dalam menyelesaikan persoalan hidupnya.

Klien kelolaan yang penulis rawat adalah Ny R dengan jenis kelamin perempuan. Menurut penulis jenis kelamin sangat mempengaruhi respon seseorang terhadap stres dan ketidakberdayaan. Wanita memiliki perasaan lebih sensitif dan peka terhadap stressor, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Livneh & Antonak (2005) yang menyatakan bahwa perempuan lebih banyak memberikan respon yang negatif terhadap stres yang dihadapi daripada laki-laki. Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny R adalah ketidakberdayaan. Secara subyektif, klien mengatakan bahwa klien mengatakan sudah lelah, bosan, dan capek menghadapi penyakit DM nya, klien mengatakan tidak mampu untuk mengontrol dan mengendalikan dirinya untuk berhenti makan dan minum yang manis, dan klien juga mengatakan tidak dapat menghasilkan

apa-apa selama berada di RS. Hal ini sesuai dengan definisi ketidakberdayaan yang diungkapkan oleh Carpenito (2008) yang menyatakan bahwa ketidakberdayaan merupakan kondisi seseorang yang merasa kurang mengontrol kejadian, pribadi, ataupun situasi yang memberi dampak pada pandangan, tujuan, dan gaya hidup. Penulis menegakkan diagnosis ketidakberdayaan kepada klien kelolaan berdasarkan respon verbal dan objektif klien yang mengarah pada kondisi ketidakberdayaan.

Penelitian terkait ketidakberdayaan juga dilakukan oleh Braga & Da Cruz (2008) terkait pengembangan instrumen untuk menilai diagnosa keperawatan ketidakberdayaan pada klien usia dewasa di ruang rawat bedah. Hasil penelitian yang dilakukan pada 210 responden, menunjukkan bahwa ketidakberdayaan sering dipersepsikan secara subyektif dengan ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan dan ketidakmampuan untuk mengontrol perasaan emosional. Respon yang dimiliki oleh klien terhadap sakitnya adalah rasa tidak bermakna dan rasa tidak mampu untuk mengontrol dirinya dalam menghadapi penyakitnya, sehingga penulis menetapkan diagnosa keperawatan psikososial utama adalah ketidakberdayaan. Hal ini sesuai dengan NANDA (2012) yang menyatakan bahwa ketidakberdayaan adalah suatu pengalaman tentang kurangnya kontrol seseorang terhadap situasi termasuk persepsi bahwa sesuatu tidak akan bermakna dan mampu mempengaruhi hasil yang ingin dicapai.

Penulis melakukan intervensi tindakan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan pada klien yang mengalami masalah ketidakberdayaan, dimana standar asuhan keperawatan tersebut terdiri dari dua strategi pelaksanaan. Tindakan pertama yang dilakukan pada klien yaitu dengan melakukan pendekatan terapeutik serta melakukan pengkajian ketidakberdayaan serta latihan beripikir positif. Tindakan kedua yang dilakukan adalah mengevaluasi perasaan ketidakberdayaan, menjelaskan manfaat mengembangkan harapan positif dan latihan mengontrol perasaan

ketidakberdayaan. Tindakan yang dilakukan pada keluarga yaitu menjelaskan kondisi klien mengenai ketidakberdayaan, menjelaskan cara merawat klien dengan masalah ketidakberdayaan, serta menjelaskan kepada keluarga bagaimana melatih mengontrol perasaan ketidakberdayaan pada klien (FIK UI-RSMM, 2012).

Penulis melakukan pendekatan terapeutik terlebih dahulu untuk membina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga sebelum melakukan pengkajian dan tindakan pada klien. Komunikasi terapeutik sangat dibutuhkan untuk membina hubungan baik dengan klien ataupun keluarga klien agar terbina rasa saling percaya antara klien dan perawat. Menurut Potter & Perry (2010), komunikasi terapeutik merupakan proses dimana perawat menggunakan pendekatan terencana dalam mempelajari klien. Komunikasi terapeutik ini dapat mengembangkan hubungan interpersonal antara klien dan perawat dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari proses keperawatan.

Latar belakang sosial budaya yang sama turut mempengaruhi keberhasilan komunikasi antara perawat dengan klien kelolaannya. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Potter & Perry (2010), dimana faktor yang mempengaruhi komunikasi antara lain persepsi, nilai, latar belakang budaya, pengetahuan, peran, dan lokasi interaksi. Persamaan budaya dan bahasa dapat mempermudah dalam merawat klien. Menurut Arnold & Boggs (2007), sentuhan terapeutik juga dibutuhkan dalam merawat klien untuk menjaga kepercayaan klien pada perawat sehingga komunikasi dapat berjalan dengan lancar.

Tindakan selanjutnya yaitu dengan melatih klien untuk berpikir positif dan mengembangkan harapan positif (afirmasi positif). Berpikir positif diharapkan dapat menyingkirkan pemikiran yang negatif dari diri klien sehingga klien mampu mengambil keputusan dan dapat mencapai tujuan yang realistis dalam hidup serta mampu

mengontrol rasa ketidakberdayaan dengan mengendalikan situasi yang masih dapat dilakukan oleh klien.

Dalam pemberian tindakan, penulis menanamkan pemikiran-pemikiran positif yang ada dalam diri klien sehingga klien dapat mengembangkan harapan positif dalam kehidupan yang akan dijalaninya nanti. Menurut Naseem & Khalid (2010) dimensi baru yang berfokus pada berpikir positif, emosi positif, dan kualitas perilaku positif akan meningkatkan potensi manusia dalam mengatasi stres dan meningkatkan kesehatan. Dengan berpikir positif, stres akan berkurang dan mampu untuk mengatasi suatu masalah secara efektif.

Berpikir positif memiliki banyak keuntungan dalam meningkatkan kesehatan individu. Menurut Mayo Clinic (2011), berpikir positif sangat bermanfaat bagi kesehatan, karena orang-orang yang berpikir positif dapat menyebabkan perubahan gaya hidup menjadi lebih sehat. Dengan menghindari perilaku yang tidak sehat, individu dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraannya. Sedangkan menurut Sagestorm & Sephton (2010), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa berpikir positif memiliki efek yang kuat pada tubuh, khususnya meningkatkan imunitas tubuh.

Sagestrom dan Sephton menemukan bahwa orang-orang yang optimis dan berpikir secara positif dalam hidup mereka respon kekebalan tubuhnya lebih kuat daripada mereka yang memiliki pandangan negatif terhadap situasi dalam hidupnya. Penelitian yang dilakukan oleh Sagestrom & Sephton (2010) terhadap 124 responden menunjukkan adanya korelasi positif antara sikap optimis dengan imunitas tubuh (*cell mediated immunity*). Adanya hubungan yang dinamis antara sikap optimis dengan imunitas tubuh mempunyai implikasi positif terhadap tindakan psikologis untuk meningkatkan status kesehatan seseorang.

Penulis juga menanamkan harapan positif (afirmasi positif) pada klien. Koh (2004) mengatakan bahwa afirmasi positif

merupakan sebuah proses berpikir dan mendengarkan atau menulis secara berulang-ulang untuk memberikan penegasan terhadap suatu keyakinan yang diharapkan dapat menjadi kenyataan. Dasar sebuah afirmasi positif adalah pemikiran yang positif. Harapan positif yang diungkapkan oleh klien adalah supaya klien mampu mengontrol rasa ketidakberdayaannya terhadap penyakit DM nya dan dapat memulai sesuatu yang bermakna bagi klien dan keluarga klien.

Penulis juga memberikan informasi dan edukasi tentang kondisi penyakit DM yang diderita klien dan masalah psikososial ketidakberdayaan yang dialami oleh klien kepada keluarga klien dengan tujuan keluarga klien dapat memberikan dukungan dan motivasi kepada klien untuk meningkatkan harapan positif dan pemikiran positif dalam kehidupan yang dijalani oleh klien. Dukungan sosial dari keluarga kepada klien sangat baik. Hal ini memudahkan penulis untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien, klien menjadi lebih semangat untuk menjalani perawatan selama berada di RS. Menurut Keliat (2008), dukungan keluarga sangat membantu mempercepat proses pemulihan individu di RS.

Dari berbagai penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa melakukan pendekatan dan pengkajian mengenai masalah psikososial ketidakberdayaan, melatih dan menanamkan cara berpikir positif, serta pemberian tindakan berupa penjelasan dan edukasi mengenai masalah yang dihadapi dapat membantu individu untuk mengontrol ketidakberdayaannya dan mengubah perilaku (gaya hidup) ke arah yang lebih baik untuk meningkatkan status kesehatannya.

## **KESIMPULAN**

Ketidakterdayaan merupakan suatu masalah psikososial yang dapat disebabkan oleh penyakit kronis, salah satunya adalah penyakit DM. DM merupakan salah satu penyakit degeneratif yang sering muncul pada masyarakat perkotaan akibat tidak seimbang pola hidup khususnya pola

makan, jenis makanan yang dikonsumsi, dan kurangnya aktivitas fisik.

Intervensi dan implementasi keperawatan terkait masalah psikososial ketidakberdayaan pada klien yang menderita DM, berfokus pada bagaimana pendekatan perawat terhadap klien dan bagaimana perawat melatih klien untuk mengontrol ketidakberdayaannya dengan mengajarkan klien untuk selalu berpikir positif serta mengembangkan harapan yang positif dalam hidupnya. Peran serta keluarga dalam memberikan motivasi dan dukungan kepada klien untuk berpikir positif dan mengembangkan harapan positif sangat efektif mengatasi masalah psikososial ketidakberdayaan.

Hasil evaluasi pada klien Ny. R dengan masalah psikososial ketidakberdayaan setelah diberikan latihan berpikir positif dan mengembangkan harapan positif selama kurang lebih 6 hari adalah klien dapat menghilangkan dan mengganti pemikiran-pemikiran negatif dari dalam dirinya dengan pemikiran-pemikiran positif sehingga harapan hidup klien untuk menjadi lebih baik semakin meningkat.

Terkait dengan kesimpulan yang ada, terdapat beberapa saran yang dapat dijadikan acuan dalam pengembangan hasil karya ilmiah ini:

### 1. Pendidikan

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan ini dapat dijadikan *evidence based* dalam proses belajar. Perawat dapat memodifikasi asuhan keperawatan khususnya mengenai masalah psikososial ketidakberdayaan baik bagi klien maupun bagi keluarga. Perawat bisa lebih aktif dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan memodifikasi tindakan keperawatan baik generalis maupun spesialis serta meningkatkan kemampuan manajemen pelayanan keperawatan jiwa.

### 2. Pelayanan

Klien diharapkan dapat menerapkan latihan yang sudah diajarkan oleh perawat agar masalah psikososial ketidakberdayaan dapat dikontrol. Keluarga memegang peran penting dalam proses perawatan klien. Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan

keperawatan pada klien dengan masalah psikososial ketidakberdayaan, diharapkan institusi pelayanan dapat memberikan asuhan keperawatan psikososial ketidakberdayaan pada klien dengan penyakit kronis.

### 3. Penelitian

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan klien dengan masalah psikososial ketidakberdayaan ini dapat dijadikan sebagai *evidence based* dalam penyelesaian masalah psikososial serupa di ruangan. Komunikasi terapeutik selama proses pengkajian hingga intervensi dapat diterapkan dan dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan psikososial. Perlu upaya pengembangan terkait tindakan keperawatan spesialis untuk mengatasi masalah psikososial ketidakberdayaan dengan menggunakan pendekatan model keperawatan yang berbeda.

### REFERENSI

- Alwi, I., Simadibrata, K.M., Setiati, S., Setiyohadi, B., Sudoyo, A.W. (2010). *Buku ajar ilmu penyakit dalam (Jilid III Edisi V)*. Jakarta : Interna Publishing.
- Anderson, E.T. & McFarlane, J. (2006). *Buku ajar keperawatan komunitas: teori dan praktik*. Alih bahasa : Agus Sutarna, Edisi 3. Jakarta. EGC
- Arnold, E.C., & Boggs, K.U. (2007). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Bahtiar. H. (2011). *Urbanisasi dan kemiskinan*. <http://zaenuri04.wordpress.com/2011/11/29/masalah-urbanisasi> diakses pada tanggal 26 Mei 2015 pada pukul 07.00 WIB.
- Braga, C.F., & Da Cruz, D.A.L. (2008). *Powerlessness assesment tool for adult patients*. <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v.43nspe/ena103ns.pdf> diakses pada tanggal 08 Juni 2015 pada pukul 09.00 WIB

- Carpenito, L.J. (2008). *Handbook of nursing diagnosis. (12<sup>th</sup> edition)*. Philadelphia. Lippincott Company.
- Depkes RI. (2010). *Laporan nasional riset kesehatan dasar*. Jakarta
- Doenges, M. E., Moorhouse, M.F., & Geissler, A.C. (2000). *Rencana asuhan keperawatan: pendokumentasian untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien (ed.3)*. Jakarta : EGC
- FIK-UI, RSMM (2012). *Standar asuhan keperawatan psikososial*. Kerjasama Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor dengan mahasiswa program Magister FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Ginanjari, G.W. 2009. *Obesitas pada anak*. <http://www.indonesian-publichealth.com> yang diakses pada tanggal 28 Juni 2015 pada pukul 07.00 WIB.
- Keliat, B.A. (2008). *Gangguan konsep diri*. Jakarta: EGC.
- Koh, K. (2004). *Lazy man's affirmation book*. [www.subconciouessecret.com](http://www.subconciouessecret.com) diakses pada tanggal 09 Juni 2015 pada pukul 10.15 WIB.
- Livneh, H. & Antonak, F.R. (2005). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselor*. Journal of counseling & development. Winter 2005 volume 83.
- Maria, L. (2013). *Penyakit tidak menular mendominasi penyakit di perkotaan*. Indonesia raya news.com/news/kesehatan/05-01-2013-18-24/ diunduh pada tanggal 16 Mei 2015 pada pukul 20.00 WIB.
- Mayo Clinic. (2011). *Positive thinking: Reduce stress by eliminating negative self-talk*. Found online at <http://www.mayoclinic.com/health/positive-thinking/SR00009>. Diakses pada tanggal 09 Juni 2015 pukul 10.00 WIB
- Michael, J.G. 2008. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- NANDA. (2012). *Nursing diagnoses: definition and classification 2012-2014*. Philadelphia- USA.
- Nanda International.
- Potter, P. & Perry, A.G. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Purwanto, N.H. (2011). *Hubungan pengetahuan tentang diet diabetes melitus dengan kepatuhan pelaksanaan diet pada penderita diabetes melitus*. Jurnal Keperawatan, 01 (01),3-4
- Sagestrom, S. & Septhon, S. (2010). *Optimistic expectancies and cell mediated immunity: the role of positive affect*. Psychological science, 21 (3). 448-55.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G (2003). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, (10<sup>th</sup> ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Suyono, S., et.al. (2011). *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu. (Edisi kedua)*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Suyono, S. (2009). *Kecenderungan peningkatan jumlah penyandang diabetes, dalam penatalaksanaan diabetes melitus terpadu*. Jakarta: Balai penerbit FK UI.