



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN KETIDAKPATUHAN PASIEN
TERHADAP PENATALAKSANAAN
DIABETES MELITUS
(STUDI FENOMENOLOGI DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA)**

Tesis

Oleh

CHANDRA ISABELLA H. PURBA

NPM : 0606026692

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN KETIDAKPATUHAN PASIEN
TERHADAP PENATALAKSANAAN
DIABETES MELITUS**

**(STUDI FENOMENOLOGI DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN
DI RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA)**

Tesis

**Diajukan Sebagai Persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah**

Oleh

CHANDRA ISABELLA H. PURBA

NPM : 0606026692

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui dan diperiksa untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji,
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

The watermark logo of Universitas Indonesia is a large, stylized emblem in the center of the page. It features a central vertical axis with symmetrical, flowing, and layered patterns on either side, resembling a traditional Indonesian motif. The logo is rendered in a light gray color.

Depok, 10 Juli 2008

Pembimbing I

DR. Ratna Sitorus, M.App.Sc

Pembimbing II

Yati Afiyanti, SK.p, MN

ABSTRAK

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Chandra Isabella Hostonida Purba

Pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan diabetes melitus. (studi fenomenologi dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta)

x + 80 hal + 8 lampiran

Abstrak

Diabetes Melitus (DM) merupakan kelainan heterogen ditandai oleh kenaikan kadar glukosa darah. Penyakit ini bisa dikelola dengan mematuhi 4 pilar penatalaksanaan DM meliputi pendidikan kesehatan, perencanaan diet, latihan fisik dan minum obat OHO yang harus dipatuhi seumur hidup. Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, bertujuan menggali berbagai pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM. Delapan Partisipan dipilih sesuai kriteria dengan metoda *convenience sampling* di RSUPN Dr. CM Jakarta. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam yang dilengkapi catatan lapangan, direkam kemudian dibuat transkrip verbatim, selanjutnya dianalisis menggunakan metoda Collaizz. Hasil penelitian mengidentifikasi tujuh tema utama yaitu: makanan diit tidak menyenangkan, tidak memahami manfaat diit menyebabkan ketidakpatuhan, tidak memahami manfaat latihan fisik untuk penatalaksanaan DM, alasan usia sudah lanjut, keterbatasan fisik menyebabkan tidak melakukan latihan fisik, pemahaman yang salah tentang manfaat obat, gagal mematuhi minum obat karena alasan ekonomi. Penelitian menyimpulkan bahwa pasien DM tidak patuh terhadap penatalaksanaan DM dengan alasan terbanyak adalah karena tidak memahami manfaat penatalaksanaan DM. Hasil penelitian mengimplikasikan perlunya pemberian pendidikan kesehatan berkelanjutan khususnya di area keperawatan medikal bedah untuk meningkatkan kepatuhan pasien DM. Peneliti menyarankan perlunya peningkatan kemampuan perawat memberikan pendidikan kesehatan, merancang program untuk meningkatkan kepatuhan pasien dan penelitian lanjutan dengan fenomenologi untuk menggali kepatuhan masing-masing pilar secara khusus.

Kata kunci: pengalaman ketidakpatuhan, pasien DM, penatalaksanaan DM
Daftar pustaka : 51 (1998-2008)

**POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2008

Chandra Isabella Hostonida Purba

Experience of patient's non-adherence to the treatment of diabetes mellitus (a fenomenology study on the context of nursing care in RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta).

x + 80 pages + 8 appendixes

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a heterogeneous disorder with improvement of blood glucose. The disease can be treated by using 4 pillars of handling of DM. The pillars are health education, planning of diet, physical exercise, and the using of medicine which have to use for a lifetime. This qualitative study adopted phenomenological approach which goal was to explore various experiences of patient's non-adherence to the treatment of diabetes mellitus. Participants were selected according to certain criteria by using convenience method. Eight participants who participated in this study had experience of non-adherence to the treatment of diabetes mellitus in RSUPN Dr. CM Jakarta. Data were collected through in depth interview process in two phases and accompanied by field notes. The interview was recorded and converted in to verbatim transcript and then analysed by using Collaizz's method. The results identified seven major themes which consist of unhappiness diet, not understand about the benefit of diet which made non-adherence, not understand about the benefit of physical exercise for the treatment of diabetes mellitus, the age is old, physical disability makes patient didn't do physical exercise, incorrect understanding about the benefit of medicine, fail to adhere taking medicine because of economic's reason. This study concludes that the most reasons of patient's non-adherence to the treatment of diabetes mellitus is "not understand the benefit of adhering the treatment of diabetes mellitus". The results of this research give implication about the necessary of giving health education continuously, especially in medical surgical nursing area to improve the adherence of patient with diabetes mellitus. Researcher suggests the need of nursing skills improvement about how to give a good health education, make a program to improve patient's adherence, and make other research to explore patient's adherence with 4 pilars specifically.

Keyword: Experience of non-adherence, patient with diabetes mellitus, the treatment of diabetes mellitus.

References: 51 (1998-2008)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah Bapa Tritunggal, atas rahmat dan karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul “Pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM”. Dalam menyusun proposal ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, MA, Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dra. Krisnayetty, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. DR. Ratna Sitorus, M.App.Sc., selaku Pembimbing I yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis ini.
4. Ibu Yati Afyanti, S.Kp, MN, selaku Pembimbing II yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. Para Dosen, Staf akademik dan non akademik PPS Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu menyediakan fasilitas yang dibutuhkan peneliti.
6. RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta, terutama rekan sejawat ruang *Public Wing* lantai 7 yang telah mengizinkan peneliti mengambil data
7. Para partisipan yang telah membagikan pengalamannya, tanpa Anda semua penelitian ini tidak akan berhasil.

8. Kopertis Wilayah VII Jatim, YPLPT PGRI dan AKPER PGRI Kediri Jatim yang telah mengizinkan peneliti melanjutkan studi.
9. Suamiku tercinta Kennedy Robertus Sirait, yang telah rela berpisah untuk sementara waktu demi memberi dukungan moril, spiritual, dan material dalam studi ini.
10. Bapa S. Purba, Mama Br Sitompul, Bang Tamrin, Kak Fery, adik-adikku Danny, Tata, Icen, Bonar, Hutami dan para keponakanku tercinta: Septa, Martin, Moris, Marcel, Anya dan Kezia yang selalu memberikan kasih dan dukungan dalam perjalanan hidup peneliti.
11. Keluarga besar Op. Jessica Sirait: (Arnold, Yanti, Anita Pasaribu), (Monang, Maraden, Rentina, Richardo Sinaga), (Randa, Andos, Arga, Vivi Simatupang), (Andri, Noven, Marta, Sike Batubara), (James Isaiah), (Jessica & Jennifer Sirait), (Olivia & Micelia Sirait), (Teresia, Rachel, Susanti, Bramuel Sirait) dan *si pudan* Zepplin Sirait, atas dukungan selama peneliti tinggal di Depok.
12. Rekan-rekan Mahasiswa Program Keperawatan Medikal Bedah, terutama Linda yang telah saling membantu dalam penyusunan proposal ini.
13. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan proposal ini.

Selanjutnya, demi kesempurnaan tesis ini, peneliti mengharapkan masukan berupa saran dan kritik yang bersifat membangun. Kiranya Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita. Amin.

Depok, Juli 2008

Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman Judul	ii
Lembar Persetujuan	iii
Abstrak	vi
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Lampiran.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN TEORI	11
A. Diabetes Mellitus	11
B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan DM	23
C. Kepatuhan Sebagai Intervensi Keperawatan.....	28
BAB III METODE PENELITIAN	41
A. Rancangan Penelitian.....	41

B. Partisipan.....	42
C. Tempat dan Waktu Penelitian	43
D. Etika Penelitian	43
E. Prosedur Pengumpulan Data	45
F. Alat Pengumpul Data	48
G. Rencana Analisis Data	49
H. Keabsahan Data / <i>Trustworthiness</i>	50
BAB IV HASIL PENELITIAN	53
A. Karakteristik Partisipan.....	53
B. Analisis Tematik.....	54
BAB V PEMBAHASAN.....	63
A. Interpretasi Hasil.....	64
B. Keterbatasan penelitian.....	75
C. Implikasi Dalam Keperawatan.....	76
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	78
A. Simpulan.....	78
B. Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Panduan wawancara

Lampiran 2 : Surat Pengajuan Untuk Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian

Lampiran 3 : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi sebagai Responden Penelitian

Lampiran 4 : Keterangan lolos uji etik

Lampiran 5 : Surat permohonan ijin penelitian dari FIK UI

Lampiran 6 : Surat ijin penelitian dari RSUPN Dr. CM

Lampiran 7 : Rekapitulasi partisipan

Lampiran 8 : Daftar riwayat hidup peneliti

Lampiran 9 : Lembar konsultasi tesis

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa darah atau hiperglikemia. Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi dan secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Insulin adalah suatu hormon yang diproduksi pankreas berfungsi mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya (Brunner & Suddarth, 2002).

Kemampuan tubuh untuk bereaksi dengan insulin dapat menurun pada pasien DM atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin. Keadaan ini menimbulkan hiperglikemia yang dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperosmolar nonketotik. Hiperglikemia jangka panjang dapat ikut menyebabkan komplikasi mikrosirkuler yang kronis seperti penyakit ginjal dan mata, serta komplikasi neuropati seperti penyakit saraf. Diabetes juga disertai peningkatan insidens penyakit makrovaskuler yang mencakup infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer (Brunner & Suddarth, 2002).

Perubahan gaya hidup termasuk pola makan menambah angka kenaikan pasien. Pada tahun 1992 lebih dari 100 juta penduduk dunia mengalami sakit DM dan tahun 2000 meningkat menjadi 150 juta (WHO, 2000). Menurut survey WHO tahun 2001, Indonesia menempati urutan ke-4 dengan jumlah pasien terbesar dunia setelah India, China, dan USA, dengan prevalensi 8,5% total penduduk atau sekitar 17 juta orang. Sedangkan di Indonesia, jumlah pasien DM rawat jalan menempati urutan pertama dari seluruh penyakit endokrin (Depkes RI, 2005, Jumlah Penderita Diabetes Indonesia Ranking ke-4 Di Dunia, ¶ 1, www.depkes.go.id/index.php?, didapat tanggal 22 Januari 2008).

Pencegahan primer pada individu yang beresiko melalui modifikasi gaya hidup yaitu pola makan, aktifitas fisik, penurunan berat badan didukung penyuluhan berkelanjutan. Sedangkan pencegahan sekunder merupakan pencegahan terjadinya komplikasi akut maupun jangka panjang meliputi pemeriksaan dan pengobatan tekanan darah, perawatan kaki diabetes, pemeriksaan mata secara rutin, pemeriksaan protein dalam urine, menghentikan kebiasaan merokok. Penyakit ini tidak dapat disembuhkan, tetapi bisa dikelola dengan mematuhi empat pilar penatalaksanaan DM meliputi pendidikan kesehatan, perencanaan makan/ diit, latihan fisik teratur dan minum obat OHO/ insulin seumur hidup. Mematuhi aturan ini seumur hidup tentunya menjadi stressor berat bagi pasien sehingga banyak yang gagal mematuminya (Soegondo, 2005, dalam WHO, 2003).

Ketidakpatuhan dapat mengakibatkan kegagalan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. "Kepatuhan terjadi dalam situasi dimana seseorang bersungguh-sungguh

menghendaki orang lain berperilaku dalam berbagai cara”. (Baron & Birney, 1974, dalam Balitbangda, 2004. ”Kepatuhan dalam dimensi pendidikan adalah kerelaan tindakan terhadap perintah dan keinginan kewibawaan seperti orang tua atau guru” (Good, 1973 dalam balitbangda 2004).

Data mengenai prevalensi dan korelasi kepatuhan pasien DM jarang sekali ditemukan di negara berkembang. Oleh karena itu WHO memfokuskan pengambilan data dari negara berkembang dengan indikasi estimasi tahun 2025 terjadi ledakan mutlak pasien DM di negara berkembang. Pasien dan penyedia kesehatan di negara berkembang menghadapi hambatan ganda untuk memberikan *self care* yang cukup karena kemelaratan, kurangnya sistem pemberian perawatan kesehatan dan bersaing dengan prioritas utama negara dalam perhatian terhadap individu (WHO, 2003).

Suatu studi di India melaporkan bahwa pasien yang tidak patuh pada program diet dan monitoring glukosa sebesar 63% (Delamater 2006). Studi di USA menunjukkan sekitar 48% pasien tidak mengikuti rencana diet dan program aktifitas fisik. Anderson dan Gustafson (1988 dalam Delamater 2006), melaporkan 70% pasien tidak patuh menjalani program tinggi karbohidrat, tinggi serat dalam diet. Studi di California Utara, menemukan 67% pasien diabetes tipe 2 tidak melakukan monitoring glukosa secara teratur sebagaimana yang direkomendasikan, 25% tidak patuh terhadap penggunaan OHO, 63% tidak mematuhi program aktifitas fisik informal, 92,3% menjalankan program aktifitas fisik yang terorganisir dan 85% tidak membeli obat yang diresepkan. Sedangkan data dari survey FKM UI di Indonesia,

80% pasien DM menyuntik insulin secara tidak higienis, 58% menyuntik insulin dengan dosis tidak sesuai, 77 % memonitor dan menginterpretasikan gula darah secara keliru dan 75% tidak makan sesuai anjuran (Darmayanti, 2008). Sementara data RS Thamrin Jakarta selama tahun 2008, tingkat kepatuhan terapi jangka panjang pada pasien DM hanya mencapai sekitar 50%, 58% pasien DM salah menggunakan obat, 75% tidak menjalani diit, dan 80% menyuntikan insulin dengan cara yang salah. Padahal, dengan mengikuti terapi yang tepat, penderita DM dapat menjalani kehidupan yang normal. (RS Thamrin, 2008, Pusat perawatan diabetes, ¶ 2, [http:// www.thamrinhospital.com/old/services.html](http://www.thamrinhospital.com/old/services.html) didapat tanggal 19 Juni 2008).

Tingginya angka ketidakpatuhan tersebut sangat memprihatinkan sebab akan berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi akut dan kronis, lamanya perawatan dan berdampak pada produktifitas dan menurunkan sumber daya manusia. Komplikasi akut dan kronis akan mempengaruhi daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit lain. Hal ini juga membuat pasien sulit melakukan pekerjaan tepat waktu, sehingga bila pasien seorang karyawan, bisa membuatnya dikeluarkan dari pekerjaan dan bila seorang pengusaha, akan mengurangi jumlah barang atau jasa yang dikerjakannya. Selain itu, pasien akan mengeluarkan banyak biaya perawatan dan juga menyita waktu untuk kontrol ke pelayanan medis atau istirahat bila terjadi kondisi tidak terkontrol seperti hipo/ hiperglikemi, luka gangren dan lain-lain.

Penyakit ini tidak hanya berpengaruh secara individu, tetapi sistem kesehatan suatu negara, jika tidak diintervensi secara serius, akan bertambah besar sehingga sulit

menanggulangnya. Negara akan mengeluarkan banyak biaya untuk mengobati dan merawat pasien DM, juga akan kekurangan tenaga kerja yang sehat dan produktif. Upaya pencegahan dan penanggulangan tidak dapat dilakukan oleh pemerintah saja tetapi harus dibantu semua pihak masyarakat dan profesi terkait, khususnya tenaga kesehatan. Peran perawat termasuk besar karena lebih banyak bertemu dengan pasien di institusi kesehatan, terutama memberikan informasi yang penting untuk meningkatkan kepatuhan.

Pada banyak kasus, penerimaan komunikasi yang jelas akan berdampak pada kepatuhan. Palestina (2006) menemukan adanya pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kepatuhan dalam pengobatan pasien DM, bahwa perilaku kesehatan dimotivasi oleh kebutuhan psikologis individu untuk mengurangi kekhawatiran dari adanya ancaman suatu penyakit, salah satu kebutuhan psikologis itu adalah penerapan pengetahuan sendiri terhadap kesehatan .

Dalam konferensi Asosiasi Diagnosa Keperawatan Amerika Utara (*North American Nursing Diagnosis Association-NANDA*) yang ke-10 tahun 1992, masalah kepatuhan (*adherence*) sendiri telah masuk dalam daftar diagnosa keperawatan yang harus ditangani secara spesifik oleh perawat (Doenges dkk, 2000). Perawat, sebagai satu profesi yang menggunakan proses keperawatan dalam menangani pasien, telah memiliki serangkaian intervensi dalam mencegah dan menangani masalah *adherence*. Intervensi keperawatan yang digunakan pada masalah *adherence*, yang telah tertuang dalam *Nursing Intervention Classification (NIC)*, meliputi: pendidikan kesehatan, petunjuk sistem kesehatan, menetapkan tujuan bersama, pengaturan

nutrisi, kontrak dengan pasien, bantuan modifikasi diri, fasilitasi tanggung-jawab pribadi, dan mengajar pasien (Dochterman & Bulechek, 2004).

Perawat sebagai pemberi layanan kesehatan yang paling lama kontak dengan pasien, juga dengan peran uniknya sebagai petugas yang memberi pemenuhan kebutuhan hidup dasar manusia meliputi bio-psiko-sosio-spiritual, diharapkan mampu memahami pengalaman pasien dalam mematuhi penatalaksanaan penyakitnya. Perawat bersama pasien dapat mengenali berbagai faktor pendukung dan penghambat kepatuhan, mengenali harapan dan keinginan pasien dalam mematuhi anjuran kesehatan, serta mampu memotivasi pasien untuk patuh (Dochterman & Bulechek, 2004).

Perawat memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien DM mulai dari pengkajian sampai evaluasi, pengkajian yang tepat akan menemukan berbagai masalah keperawatan termasuk kepatuhan. Pengkajian khusus kepatuhan bertujuan menemukan faktor-faktor yang dapat mengganggu kemampuannya untuk patuh dalam mempelajari atau melakukan ketrampilan mandiri seperti: gangguan penglihatan, koordinasi motorik dan gangguan neurologis. Situasi sosial pasien dievaluasi untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terapi DM seperti: penurunan kemampuan membaca, keterbatasan sumber finansial, ada tidaknya dukungan keluarga, jadwal harian yang khas. Status emosional pasien dikaji dengan mengamati sikap/ tingkah laku yang tampak dan bahasa tubuh. Pendekatan ini memungkinkan perawat mengkaji setiap kesalahpahaman atau informasi keliru yang berkenaan dengan DM (Brunner & Suddarth, 2002).

Setelah pengkajian, perawat menegakkan diagnosis terkait ketidakpatuhan, selanjutnya dibuat perencanaan dan implementasi dengan tujuan utama mencakup upaya pencapaian kepatuhan. Intervensi diharapkan mampu memotivasi pasien untuk patuh pada program pengobatan sehingga tidak terjadi komplikasi. Evaluasi diharapkan mencapai kepatuhan pasien terhadap anjuran pendidikan kesehatan, adanya keseimbangan diet, aktifitas fisik, pemakaian obat sesuai anjuran (Brunner & Suddarth, 2002).

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo (RSUPN Dr. CM) sebagai pusat rujukan nasional di Indonesia merawat pasien DM dengan jumlah yang meningkat tahun ke tahun. Umumnya pasien yang dirawat sudah mengalami komplikasi kronis seperti gangren yang harus diamputasi. Meskipun sudah diamputasi, masih sering ditemukan pasien tidak taat pada penatalaksanaan penyakitnya misalnya diet tidak sesuai, tidak latihan fisik teratur, tidak minum obat sesuai anjuran, sehingga memperparah kondisi dan menambah lama perawatan. Di sisi lain, luka tersebut sangat rawan tertular infeksi nosokomial terutama *Metilen Resistensi Staphylococcus Aureus* (MRSA) yang akhir-akhir ini banyak ditemukan. Ketika melakukan praktik aplikasi keperawatan selama empat bulan di RS tersebut, peneliti menemukan beberapa pasien yang tidak patuh terhadap anjuran diet, latihan fisik dan keteraturan minum obat OHO. Fenomena ketidakpatuhan seperti ini banyak ditemukan di masyarakat dibuktikan dengan banyaknya pasien DM yang mengalami komplikasi kronis seperti gangren, kebutaan, stroke dan lain-lain.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik melakukan penelitian ini dengan metode riset kualitatif melalui pendekatan fenomenologi deskriptif dengan beberapa alasan yaitu: (1). Pemberian intervensi terhadap ketidakpatuhan tergolong unik karena lebih banyak bersifat psikologis sehingga pengalaman ini perlu diteliti dengan lebih mendalam. (2). Banyaknya kegagalan pasien dalam menaati anjuran dibuktikan dengan tingginya angka ketidakpatuhan tersebut di atas. (3). Memperoleh jawaban dan informasi yang mendalam, terperinci dan alamiah dari partisipan tentang persepsi, pendapat dan perasaan yang tersirat (*insight*) dari realitas pengalaman *kegagalan mematuhi penatalaksanaan* tersebut. (4). Belum adanya penelitian kualitatif yang spesifik mengarah kepada masalah ketidakpatuhan pasien tersebut.

B. Perumusan Masalah

Pengalaman pasien menaati penatalaksanaan DM sangat berat dan membosankan karena penyakit DM adalah penyakit kronis yang bisa diderita sampai puluhan tahun. Penatalaksanaan dalam waktu yang lama tersebut bisa saja menjadi stresor berat yang mempengaruhi kemampuan produktivitas hidup partisipan ke depan secara mandiri, sementara dampak ketidakpatuhan terhadap penatalaksanaan DM juga sangat banyak, dan merugikan pasien (Soegondo, 2008).

Meskipun permasalahan diprediksikan begitu luas dan kompleks, namun belum ada penelitian yang spesifik mengarah kepada penggalian pengalaman pasien DM terhadap penatalaksanaan tersebut, khususnya di Indonesia. Pengalaman spesifik penting partisipan yang dimaksudkan dalam hal ini adalah bagaimana mereka

memaknai kepatuhan menaati penatalaksanaan DM, agar tidak berdampak kepada komplikasi yang lebih luas di kemudian hari. Berdasarkan uraian diatas, maka pertanyaan penelitian ini adalah “Pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan Diabetes Melitus (Studi fenomenologi dalam konteks Asuhan Keperawatan di RSUPN Dr. CM Jakarta)”’.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian yaitu untuk mendapatkan makna ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan Diabetes Melitus di RSUPN Dr. CM Jakarta

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian yaitu:

- a. Menggali pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap pemberian nutrisi/ diit.
- b. Menggali pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap latihan fisik.
- c. Menggali pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap keteraturan minum obat OHO/ menyuntik insulin.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini, diharapkan bermanfaat bagi :

1. Institusi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman perawat secara spesifik dalam mengenali faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien, memahami harapan pasien, mengintervensi masalah ketidakpatuhan dengan

pendekatan yang tepat melalui pendidikan kesehatan/ kunjungan berkala, dan memotivasi pasien untuk patuh menjalankan program penatalaksanaan penyakitnya.

2. Pengembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan memberi kesempatan bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan memberi pendidikan kesehatan melalui pelatihan rutin. Selain itu, perawat perlu memodifikasi teknik penanganan pasien DM sesuai faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan mereka sebagaimana terungkap dalam hasil penelitian.

3. Penelitian selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi peneliti lain dalam penanganan pasien DM yang tidak patuh dimasa mendatang, misalnya penggalan lebih dalam isu ketidakpatuhan karena kurangnya pemahaman diit DM.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini memaparkan teori dan konsep serta hasil–hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan masalah penelitian sebagai bahan rujukan dalam penelitian ini. Selain itu teori yang digunakan dalam penelitian ini juga akan membantu peneliti untuk menghubungkan dengan pengumpulan dan analisis data dalam penelitian. Meskipun demikian, teori yang dipaparkan di sini bukanlah jawaban terhadap fenomena yang diteliti melainkan sebagai perspektif semata dan tidak mengintervensi kenyataan alamiah dari fenomena pengalaman ketidakpatuhan partisipan yang telah diteliti (Moleong, 2006).

A. Diabetes Mellitus

1. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa darah atau hiperglikemia. Glukosa dibentuk dihati dari makanan yang dikonsumsi dan secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Insulin adalah suatu hormon yang diproduksi pankreas, mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya (Brunner & Suddarth, 2002).

Pada pasien DM, kemampuan tubuh untuk bereaksi dengan insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin. Keadaan ini menimbulkan hiperglikemia yang dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperosmolar nonketotik. Hiperglikemia jangka panjang dapat ikut menyebabkan komplikasi mikrosirkuler yang kronis seperti penyakit ginjal dan mata, serta komplikasi neuropati seperti penyakit saraf. Diabetes juga disertai peningkatan insidens penyakit makrovaskuler yang mencakup infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer (Brunner & Suddarth, 2002).

DM yang disebut juga kencing manis adalah penyakit degeneratif. Peningkatan kadar gula darah dan kelebihannya akan dikeluarkan melalui ginjal dan selanjutnya melalui urine. Pada keadaan normal saat kita makan, pankreas mengeluarkan insulin yang membawa glukosa masuk ke dalam sel-sel untuk diubah menjadi energi tenaga. Jika insulin bekerja dengan baik, glukosa akan masuk ke dalam sel dan kadar gula dalam darah akan turun ke batas normal (Black & Hawk, 2005).

DM merupakan gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat (Price, 2006). Sedangkan menurut Fain, (2001 dalam Black, 2001) DM adalah penyakit sistemik kronik yang disebabkan berkurangnya insulin atau penurunan penggunaan insulin oleh tubuh.

2. Klasifikasi DM

Klasifikasi etiologi DM menurut *American Diabetes Association (ADA)*, 2005 (Gustaviani, 2006 dan Fain, 2001) adalah sebagai berikut:

- a. DM Tipe 1, destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut melalui proses imunologik dan idiopatik
- b. DM Tipe 2, bervariasi mulai yang predominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang predominan gangguan sekresi insulin bersama resistensi insulin.
- c. DM Tipe Lain
 1. Defek genetik fungsi sel beta
 2. Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A, *leprechaunism*, *Rabson Mendenhall syndrome*, diabetes lipoatrofik, lainnya.
 3. Penyakit Eksokrin Pankreas: pankreatitis, trauma/ pankreatektomi, neoplasma, fibrosis kistik, hemokromatosis, pankreatopati fibro kalkulus, lainnya.
 4. Karena obat/ zat kimia: vacor, pentamidin, asam nikotinat, glukokortikoid, hormon tiroid, diazoxid, agonis β adrenergic, tiazid, dilantin, interferon alfa, lainnya.
 5. Infeksi: rubella congenital, CMV, lainnya.
 6. Imunologi (jarang): *Stiff-man syndrome*, antibody anti reseptor insulin, lainnya.
 7. Sindroma genetik lain: *Down syndrome*, *Klinefelter syndrome*, *Turner syndrome*, *Wolfram's syndrome*, *ataxia Friedreich's*, *chorea Huntington*, *sindroma Laurence-Moon-Bield*, *dystrofi miotonik*, *porfiria*, *Prader Willi syndrome*, lainnya.

d. Diabetes Gestasional

Perempuan yang telah mengalami DM sebelum kehamilan tidak termasuk dalam kelompok ini, diabetes biasanya terjadi pada trimester kedua kehamilan atau ketiga yang disebabkan oleh hormon yang disekresikan plasenta dan menghambat kerja insulin. Bayi yang dilahirkan risiko mengalami makrosomia/ berukuran abnormal (Black & Hawk, 2005).

3. Tanda dan gejala DM

a. Gejala umum.

Gejala dari DM adalah poliphagia (banyak makan), polidipsi (banyak minum), poliuria (sering kencing) serta berat badan yang turun, letih dan lesu. Jika kadar gula terus menerus tinggi, berarti tidak terkontrol, lama kelamaan timbul penyulit yang pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah misalnya pembuluh darah otak (stroke), pembuluh darah mata (kebutaan), pembuluh darah ginjal (GGK-hemodialisa). Jika sudah terjadi penyulit maka usaha menormalkan sangat sulit, karena itu pencegahan dini sangat diperlukan. DM dapat dicegah sedini mungkin dengan mempertahankan pola makan sehari-hari sehat seimbang dengan meningkatkan konsumsi sayuran, buah dan serat, membatasi makanan tinggi karbohidrat, protein dan lemak, mempertahankan BB ideal sesuai umur dan TB, serta olahraga teratur (Black & Hawk 2005).

b. Gejala Klinis.

Untuk mengetahui apakah seseorang menderita DM adalah dengan mengukur kadar gula darah. Normal jika saat puasa berkisar 80-<110 mg/dl, dan setelah makan berkisar 110-<160gr/dl. Dikatakan DM apabila kadar gula darah puasa

≥ 126 mg% dan gula darah 2 jam PP ≥ 200 mg%. Gula darah 2 Jam PP antara 140—199 mg% belum dikatakan diabetes, tetapi sudah terjadi gangguan toleransi glukosa sehingga penderita perlu pengaturan makan (Black & Hawk, 2005).

c. Pengukuran HbA1C.

American Diabetes Association, (ADA) menetapkan standar kontrol yang lebih tinggi dalam tahun 2000, yaitu tidak lagi menetapkan kadar gula darah sebelum sarapan dan 2 jam setelah sarapan tetapi menentukan standar kadar dengan HbA1c. Kadar ini harus terletak antara 6 dan 7%. HbA1c merupakan kadar gula dalam eritrosit (%) yang mencerminkan kadar 3 bulan terakhir (eritrosit hidup 3 bulan), sehingga ia merupakan variabel yang lebih konstan dibandingkan kadar gula plasma, yang sangat bervariasi dari hari ke hari dan jam ke jam. Angka ini diambil karena menurut hasil studi terbanyak, kadar HbA1c diantara 6-7% berkorelasi dengan sedikitnya komplikasi diabetes (mata, cerebral, ginjal, jantung, tekanan darah, lemah, dan kaki diabetik). Variabel kedua terbaik untuk mengurangi komplikasi diabetes setelah HbA1c adalah kadar glukosa puasa yang harus dibawah 140 mg% (Darmansyah, 2002, *rationale practical therapeutiks of Diabetes mellitus-A Clinico-Pharmacological View*, # 2, www.iwandarmansjah.web.id/medical.php?Id=64 didapat tanggal 22 April 2008)

Pengukuran hemoglobin (Hb) terglukosilasi (A1c) adalah cara yang paling akurat untuk menentukan tingkat ketinggian gula darah selama dua sampai tiga bulan terakhir. Hemoglobin adalah bagian dari sel darah merah yang

mengangkut oksigen, salah satu jenisnya adalah HbA dan HbA1c yang merupakan subtype spesifik dari HbA. Semakin tinggi kadar glukosa darah akan semakin cepat HbA1c terbentuk yang mengakibatkan tingginya kadar HbA1c, sehingga ketidakpatuhan pasien pada penatalaksanaan DM bisa dinilai dengan kadar HbA1c. Kadar ini juga merupakan pemeriksaan tunggal terbaik untuk menilai resiko terhadap kerusakan jaringan yang disebabkan oleh tingginya kadar glukosa darah contohnya pada saraf dan pembuluh darah kecil di mata dan ginjal. Selain itu juga bisa menilai resiko terhadap komplikasi penyakit DM (Hendromartono, 2004, Pilihan baru Pengobatan diabetes, ¶ 6-7, <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.?newsid>, didapat tanggal 22 April 2008).

4. Penatalaksanaan DM

Langkah pertama dalam mengelola DM selalu dimulai dengan pendekatan non farmakologis, yaitu berupa edukasi, perencanaan makan/ diet, kegiatan jasmani dan penurunan berat badan bila didapat berat badan lebih kemudian diikuti pendekatan farmakologis atau pemakaian obat insulin (Soegondo, 2006). Dengan demikian ada empat pilar penatalaksanaan DM yaitu:

a. Penyuluhan / Edukasi.

Edukasi yang diberikan adalah pemahaman tentang perjalanan penyakit, pentingnya pengendalian penyakit, komplikasi yang ditimbulkan dan risikonya, pentingnya intervensi obat dan pemantauan glukosa darah, cara mengatasi hipoglikemia, perlunya latihan fisik yang teratur, dan cara mempergunakan

fasilitas kesehatan. Mendidik pasien bertujuan agar pasien dapat mengontrol gula darah, mengurangi komplikasi dan meningkatkan kemampuan merawat diri sendiri. Perencanaan diet agar cukup asupan kalori, protein, lemak, asam mineral dan serat air. Penyakit DM tipe 2 biasanya terjadi pada saat gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan kuat. Petugas kesehatan bertugas sebagai pendamping pasien dalam memberikan edukasi yang lengkap dalam upaya untuk peningkatan motivasi dan perubahan perilaku.

Menurut Asosiasi Diabetes Amerika (*American Diabetes Association/ ADA*), pendidikan kesehatan kepada pasien diabetes melitus merupakan komponen yang penting, pasien memiliki peran yang penting dalam manajemen diri selain didukung oleh tim kesehatan, keluarga, maupun orang-orang di sekitarnya. ADA telah mencatat perubahan perilaku yang diharapkan dari adanya pendidikan kesehatan (*Self-Management Education Programs*), yaitu: tingkat pengetahuan, sikap dan keyakinan, status psikologis, kondisi fisik, serta pola hidup yang sehat (Palestina, 2006, Penerapan Komunikasi Terapeutik untuk Mengoreksi Perilaku Klien Rawat Jalan dengan Diabetes Mellitus, ¶ 4, <http://bondanmanajemen.blogspot.com/> didapat tanggal 18 April 2008)

Penelitian Palestina, (2006) mendapatkan bahwa sikap responden terhadap penyakit DM yang dideritanya meningkat cukup berarti setelah pemberian intervensi komunikasi terapeutik. Secara statistik terdapat pengaruh yang bermakna setelah pemberian komunikasi terapeutik terhadap sikap pasien dengan penyakit yang diderita dan program pengobatan.

b. Terapi pemberian nutrisi (Diit)

Perencanaan makan yang baik merupakan bagian penting dari penatalaksanaan diabetes secara total. Diit seimbang akan mengurangi beban kerja insulin dengan meniadakan pekerjaan insulin dalam mengubah gula menjadi glikogen. Keberhasilan terapi ini melibatkan dokter, perawat, ahli gizi, pasien itu sendiri dan keluarganya.

Pada satu studi di India, program diit tidak diikuti secara teratur oleh 63% pasien, sementara itu sebuah studi di USA menunjukkan sekitar 48% pasien tidak mengikuti rencana diit, dan melaporkan 30% pasien tidak patuh menjalani program tinggi karbohidrat, tinggi serat dalam diit (Anderson dan Gustafson, 1998, dalam Delamater, 2006). Sedangkan di Indonesia, 75% tidak makan sesuai anjuran. (Darmayanti, 2008 & RS Thamrin, 2008, Pusat perawatan diabetes, ¶ 2, [http:// www.thamrinhospital.com/old/services.html](http://www.thamrinhospital.com/old/services.html) didapat tanggal 19 Juni 2008).

Wing dkk (1996, dalam Delamater, 2006) menunjukkan bahwa pasien dengan DM tipe 2 kehilangan BB yang lebih rendah dari pasangan mereka yang tidak menderita diabetes dan bahwa perbedaan tersebut berhubungan dengan kepatuhan yang buruk terhadap program diit oleh pasien DM. Kepatuhan terhadap protokol diit mungkin tergantung pada pengobatan alami yang objektif misalnya kehilangan BB, pengurangan diit lemak atau peningkatan intake serat (Delamater, 2006, Improving patient Adherence, ¶ 18, <http://www.clinical>

diabetesjournala.org/ didapat tanggal 06 Januari 2008). Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa ketidakpatuhan terhadap diit masih tinggi.

c. Latihan Fisik Teratur

Latihan fisik berguna untuk menurunkan berat badan dan menjaga kebugaran terutama bagi pasien DM yang gemuk. Melakukan kegiatan fisik seperti pekerjaan mengepel, mencuci mobil, berjalan kaki ke tempat kerja secara teratur selama 3-4 kali seminggu dengan waktu 30 menit setiap kalinya dapat memperbaiki sensitifitas insulin dan kendali glukosa darah. Sebaiknya monitor kadar gula darah sebelum, selama, sesudah olahraga untuk menentukan kebutuhan insulin dan asupan makanan. Bila berolahraga ringan, tidak perlu mengatur insulin, cukup *snack* kecil sebelum olahraga pada gula darah < 80 mg/dl. Pada olahraga lama, *snack* dimakan setiap ½-1 jam. Pada olahraga berat, dosis perlu diturunkan untuk mencegah hipoglikemi serta minum banyak cairan untuk mencegah dehidrasi (Soegondo, 2008).

Beberapa studi menemukan adanya hubungan kepatuhan terhadap program aktifitas fisik. Sebagai contoh studi di Canada pada pasien diabetes tipe 2 yang dilakukan secara acak dari data kesehatan antar propinsi, 63% responden tidak mengikuti program aktifitas fisik informal dan 92,3% tidak menjalankan program aktifitas fisik yang terorganisir. Sebuah survey di USA menemukan bahwa sekitar 74% responden tidak mengikuti rencana program aktifitas fisik. Sebuah studi yang menilai sikap dan kepatuhan pasien yang telah selesai mengikuti program konseling diabetes menunjukkan bahwa sekitar 48% tidak

mengikuti latihan 3x/minggu atau lebih setelah program konseling tersebut (Delamater, 2006, Improving patient Adherence, ¶ 19, <http://www.clinicaldiabetesjournala.org/> didapat tanggal 06 Januari 2008). Sementara di Indonesia, tingkat kepatuhan terapi jangka panjang pada penderita DM hanya mencapai sekitar 50% (RS Thamrin, 2008, Pusat perawatan diabetes, ¶ 2, <http://www.thamrinhospital.com/old/services.html> didapat tanggal 19 Juni 2008). Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa ketidakpatuhan terhadap latihan fisik masih tinggi.

d. Intervensi Farmakologis dengan minum OHO atau suntik insulin

Sarana pengelolaan farmakologis DM dapat berupa Obat Hipoglikemik Oral (OHO) dan/ atau insulin. Langkah ini dilakukan jika kadar glukosa darah penderita DM belum tercapai normal dengan terapi gizi dan latihan fisik (Soegondo, 2008). Pada sebuah studi yang menilai pola monitoring diri terhadap kadar gula darah di California Utara, 60% pasien diabetes tipe 2 tidak melakukan monitoring glukosa secara teratur sebagaimana yang direkomendasikan (misal; 1x/hari untuk diabetes tipe 2 yang mendapatkan penanganan farmakologis). Temuan yang sama dihasilkan pada sebuah studi di India, dimana 67% partisipan tidak melakukan monitoring glukosa dirumah (Delamater, 2006, Improving patient Adherence, ¶ 16, <http://www.clinicaldiabetesjournala.org/> didapat tanggal 06 Januari 2008).

Dailey dkk (1996, dalam Delamater, 2006) mempelajari 37.431 orang pasien DM tipe 2 di USA berdasarkan data farmasi. Sebagian pasien melanjutkan terapi

pengobatan sekitar 130 hari/tahun, tetapi sampai pada akhir tahun, 85% pasien tidak minum obat oral tunggal secara teratur. Sementara itu pasien yang menerima pengobatan dari farmasi komunitas, tingkat kepatuhan terhadap penggunaan OHO sebesar 25%. Dosis yang terlewatkan, adalah prevalensi yang paling banyak dari ketidakpatuhan, lebih dari 1/3 pasien memakai dosis yang lebih dibandingkan dosis yang diresepkan. Pengobatan yang berlebihan ini diobservasi pada sejumlah pasien yang memperoleh dosis pengobatan 1x/hari. Rata-rata ketidakpatuhan penggunaan OHO pada sejumlah pasien yang menggunakan asuransi kesehatan untuk membeli resep obat berkisar antara 20-30%. (Delamater, 2006, ¶ 18, Improving patient Adherence. <http://www.clinicaldiabetesjournal.org/> diperoleh tanggal 06 Januari 2008). Sementara di Indonesia, 58% pasien DM salah menggunakan obat, 75% tidak menjalani diit, dan 80% menyuntikan insulin dengan cara yang salah (RS Thamrin, 2008, Pusat perawatan diabetes, ¶ 2, <http://www.thamrinhospital.com/old/services.html> didapat tanggal 19 Juni 2008). Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa ketidakpatuhan terhadap OHO/suntik insulin masih tinggi.

5. Komplikasi DM

- a. Komplikasi akut yang paling berbahaya adalah terjadinya hipoglikemia (kadar gula sangat rendah), karena dapat mengakibatkan koma bahkan kematian bila tidak cepat ditolong. Keadaan hipoglikemi biasanya dipicu karena penderita tidak patuh dengan jadwal diit yang telah ditetapkan, sedangkan penderita tetap minum obat anti diabetik atau mendapatkan injeksi insulin. Gejala yang terjadi

adalah rasa lapar, lemas, gemetar, sakit kepala, keringat dingin bahkan sampai kejang-kejang. Keadaan ini terjadi bila kadar gula darah terlalu rendah (<70 mg%) disebabkan karena beberapa hal yaitu: obat dimakan sesuai aturan tetapi makanan yang dikonsumsi terlalu sedikit dari diet yang telah ditentukan oleh ahli gizi, waktu makan yang terlambat antara waktu makan obat, olah raga yang tiba-tiba berat dan olah raga yang terlalu berat tanpa tambahan kalori (Smeltzer, 2002).

Koma pada penderita DM dapat disebabkan tingginya kadar gula darah, biasanya dipicu penyakit infeksi atau karena tidak minum insulin sesuai dosis anjuran. Gejalanya adalah rasa haus, kulit hangat dan kering, mual dan muntah, nyeri abdomen, pusing dan poliuria. Membedakan komplikasi hipoglikemia atau hiperglikemia sulit, maka dianjurkan segera ditolong dengan memberi air gula atau permen bila ditemukan gejala dan segera dibawa ke rumah sakit menurut (Smeltzer, 2002).

b. Komplikasi kronis yang mengakibatkan tingginya kadar gula darah dalam jangka waktu lama seperti gangguan saraf, mata, hati, jantung, pembuluh darah dan ginjal. Selain upaya menurunkan kadar gula darah dengan obat antibiotik/ insulin dan terapi diet, diperlukan pengobatan untuk komplikasinya. Diet juga ditujukan untuk mengurangi/ menyembuhkan komplikasi tersebut misalnya bila kadar kolesterol tinggi, diet diarahkan untuk menurunkan kadar kolesterol tersebut (Smeltzer, 2002).

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan DM

1. Pengkajian

Perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan, memberikan asuhan keperawatan pada pasien, mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, intervensi, implementasi sampai evaluasi. Pengkajian terhadap pasien dengan masalah primer seperti penyakit jantung, renal, serebrovaskular, kelainan vaskular perifer, pembedahan atau berbagai bentuk penyakit adalah sama seperti penyakit non diabetes. Pengkajian dilakukan untuk mendeteksi hipo/ hiperglikemia disertai pemantauan glukosa kapiler. Pengkajian fokus pada kondisi hipo/ hiperglikemia, luka pada kulit, dan ketrampilan perawatan mandiri serta tindakan mencegah komplikasi jangka panjang. Pengkajian kulit yang cermat khususnya daerah menonjol dan extremitas bawah, perasaan kesemutan. Pengkajian ketrampilan perawatan mandiri untuk menentukan apakah pasien perlu pengajaran lebih lanjut tentang penyakitnya (Brunner & Suddarth, 2001).

Pengkajian khusus kepatuhan bertujuan menemukan faktor-faktor yang dapat mengganggu kemampuannya untuk patuh dalam mempelajari atau melakukan ketrampilan mandiri seperti: gangguan penglihatan, koordinasi motorik dan gangguan neurologis. Situasi sosial pasien dievaluasi untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terapi DM seperti: penurunan kemampuan membaca, keterbatasan sumber finansial, ada tidaknya dukungan keluarga, jadwal harian yang khas. Status emosional pasien dikaji dengan mengamati sikap/ tingkah laku yang tampak dan bahasa tubuh. Pendekatan ini memungkinkan perawat

mengkaji setiap kesalahpahaman atau informasi keliru yang berkenaan dengan DM (Brunner & Suddarth, 2002).

2. Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan DM secara umum (Doengoes, 2000) adalah:

- a. Defisit volume cairan berhubungan dengan (bd): diuresis osmotik (dari hiperglikemia), pengeluaran cairan lambung yang berlebihan, penurunan pemasukan ditandai dengan (dd) pengeluaran urin...cc/jam, urin encer, keluhan lemah, haus, BB turun tiba-tiba, kulit kering, membran mukosa kering, turgor kulit buruk, hipotensi...mmHg, takikardi...x/m, *capillary refill time* (CRT) >2 detik.
- b. Gangguan nutrisi jaringan kurang dari kebutuhan tubuh bd defisiensi insulin (penurunan pengambilan dan penggunaan glukosa oleh jaringan yang berakibat pada peningkatan metabolisme protein dan lemak), penurunan pemasukan oral: perubahan kesadaran, status hipermetabolik pelepasan hormon (epinefrin, kortisol, hormon pertumbuhan), proses infeksi dd keluhan pemasukan makanan tidak adekuat, tidak nafsu makan, mengalami penurunan BB yang drastis sebelum masuk RS, keluhan lemah, lelah, tonus otot buruk, diare, keton darah/urin(+), TB/BB..., infeksi(+), GDS..., Hb..., Albumin....
- a. Risiko infeksi bd tingginya kadar gula darah, penurunan fungsi leukosit, perubahan dalam sirkulasi, adanya infeksi saluran pernafasan/ perkemihan belum lama sebelum masuk RS.
- b. Risiko *Injury*: gangguan sensori-persepsi bd: perubahan kimia endogen: ketidakseimbangan glukosa-insulin dan elektrolit.

c. Kelelahan bd penurunan produksi metabolik; perubahan kimia tubuh; peningkatan kebutuhan energi; status metabolik/ infeksi dd keluhan ketidakmampuan melakukan kebiasaan rutin, merasa sangat kurang bertenaga, penampilan tidak rapi, tidak mampu berkonsentrasi dan tidak bergairah.

f. Ketidakberdayaan bd masa perawatan yang lama, ketergantungan pada orang lain dd keengganan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya; mengatakan tidak punya kontrol; tidak memperhatikan kemajuan perawatan, tidak berpartisipasi dalam perawatan, pembuatan keputusan; apatis, menarik diri, marah, depresi terhadap kemunduran fisik.

g. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) bd keterbatasan mengingat, misinterpretasi informasi, tidak mengenal sumber-sumber informasi dd : pasien menanyakan informasi tentang penyakit, pasien tidak menjalankan anjuran secara benar, terjadi komplikasi yang dapat dicegah.

h. Ketidapatuhan terhadap rejimen terapi bd; kurang pengetahuan; kurang informasi.

3. Intervensi keperawatan

Hampir setiap intervensi dirancang untuk memperbaiki kontrol metabolik atau untuk mengurangi kemungkinan komplikasi akut/ kronis yang mempengaruhi *self care* pasien atau manajemen perilakunya. Usaha ini difokuskan pada pendidikan pasien, tapi akhir-akhir ini pentingnya asuhan psikologis dan intervensi perilaku lebih menghasilkan perubahan perilaku yang signifikan, Elasy dkk (2000, dalam Delamater, 2006).

Pendidikan pasien dan pertimbangan perawatan dirumah perlu untuk mengkaji pengetahuan dan kepatuhan pasien mengikuti rencana keperawatan. Perencanaan dan implementasi mencakup informasi dasar diabetes, penyebab dan gejalanya, komplikasi jangka panjang/ pendek, dan terapi. Pemantauan dan penatalaksanaan komplikasi potensial untuk mencegah pengaruh yang merugikan proses kesembuhan pasien. Kadar glukosa dipantau dan insulin diberikan sesuai resep. Terjadinya komplikasi jangka panjang, sebagai akibat pengendalian kadar glukosa yang tidak adekuat, mungkin disertai masalah kesehatan lain seperti perubahan tingkat aktivitas, diet dan perubahan fisiologik (Brunner & Suddarth, 2001).

Intervensi khusus pada masalah *adherence*, menurut Dochterman & Bulechek, (2004) dalam *Nursing Intervention Classification (NIC)*, tersebut meliputi pendidikan kesehatan, petunjuk sistem kesehatan, menetapkan tujuan bersama, pengaturan nutrisi, kontrak dengan pasien, bantuan modifikasi diri, fasilitasi tanggung-jawab pribadi, dan mengajar pasien. Pendidikan kesehatan dilakukan perawat dengan mengembangkan dan menyediakan petunjuk praktis yang bisa dilakukan pasien dirumah dengan mudah, mempelajari pengalaman pasien untuk memfasilitasi penyesuaian diri secara sukarela terhadap perilaku yang kondusif untuk kesehatan pasien, kelompok atau komunitas pasien DM. Petunjuk sistem kesehatan diberikan untuk memfasilitasi lokasi pasien dan menggunakan pelayanan kesehatan yang tepat, pasien bisa mengetahui kemana dia harus mencari pertolongan untuk setiap masalah yang kesehatan yang dihadapinya. Menetapkan tujuan bersama dicapai melalui kolaborasi dengan lokasi pasien dan menggunakan pelayanan kesehatan yang tepat.

Pengaturan nutrisi membantu menyediakan masukan cairan dan makanan diit yang seimbang. Kontrak dengan pasien diperlukan untuk negosiasi persetujuan pasien dalam menguatkan perubahan perilaku khusus, misalnya merubah pola makan yang tidak sesuai, olahraga dan minum obat teratur. Bantuan modifikasi diri dilakukan untuk menguatkan prakarsa perubahan diri pasien secara langsung untuk mencapai tujuan hidup sehat berkualitas. Fasilitasi tanggung-jawab pribadi memotivasi pasien untuk mengambil tanggung-jawab perilaku sendiri, bahwa hidup sehat adalah tanggung-jawabnya, sehingga perilakunya harus patuh pada anjuran penatalaksanaan DM (Dochterman & Bulechek, 2004).

Mengajarkan perencanaan, implementasi, evaluasi dari sebuah rancangan program pengajaran untuk menunjuk kebutuhan khusus pasien perlu dilakukan secara individual, sehingga pasien memahami proses perawatan yang sedang dilakukannya. Mengajarkan proses penyakit akan menolong pasien memahami informasi terkait proses penyakit, sehingga bisa mengenal tanda dan gejala komplikasi akut maupun kronis dan segera mencari pertolongan yang sesuai. Dengan intervensi khusus tersebut, hasil yang diharapkan adalah tercapai kepatuhan terhadap 4 pilar penatalaksanaan DM dibuktikan dengan pengendalian glukosa darah optimal dengan menghindari keadaan hipo/ hiperglikemia yang ekstrim, dan berat badan seimbang (Dochterman & Bulechek, 2004).

C. Kepatuhan Sebagai Intervensi Keperawatan

1. Pengertian Kepatuhan DM

a. Menurut WHO

Peserta yang hadir dalam pertemuan *WHO Adherence* pada bulan Juni 2001 menyimpulkan definisi kepatuhan sebagai “Tingkat dimana pasien mengikuti instruksi pengobatan” yang merupakan suatu langkah awal. Istilah pengobatan dirasakan tidak efisien dalam menggambarkan jarak intervensi yang digunakan untuk menangani penyakit kronis. Selanjutnya istilah “instruksi” memberikan makna bahwa pasien itu pasif, menyetujui secara diam-diam nasehat ahli yang berlawanan dengan bentuk kerjasama aktif dalam suatu proses pengobatan.

Peserta dalam pertemuan juga diingatkan bahwa hubungan antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan (dokter, perawat atau praktisi kesehatan lainnya) harus menjadi seorang rekan yang menggambarkan kemampuan masing-masing. Literatur sudah mengidentifikasi hubungan kualitas pengobatan sebagai suatu bentuk kepatuhan yang penting. Hubungan pengobatan efektif dikarakteristikan sebagai suatu keadaan dimana terapi alternatif dieksplorasi, membicarakan regimen terapi, mendiskusikan kepatuhan dan memeriksa kembali rencana yang dibuat.

b. Definisi Haynes dan Rand

Program kepatuhan mengadopsi definisi kepatuhan pada terapi jangka panjang, yang merupakan penggabungan definisi Haynes dan Rand, (1993, dalam Delamater, 2006) yaitu: “Pengembangan perilaku seseorang–memperoleh

pengobatan, mengikuti anjuran diit, dan atau perubahan gaya hidup, berespon terhadap rekomendasi yang disetujui oleh pemberi pelayanan kesehatan”. Perbedaan utama kepatuhan dan pemenuhan adalah bahwa kepatuhan membutuhkan persetujuan pasien terhadap rekomendasi petugas kesehatan. Pasien seharusnya menjadi rekan yang aktif dalam perawatan dirinya dan komunikasi yang baik antara pasien dan petugas kesehatan adalah sebuah keharusan untuk praktik klinik yang efektif.

2. Perkembangan kepatuhan secara umum

Kepatuhan terjadi dalam situasi dimana seseorang bersungguh-sungguh menghendaki orang lain agar berperilaku dalam berbagai cara (Baron & Byrne, 1974, dalam Balitbangda 2005). Namun, kepatuhan dalam dimensi pendidikan adalah kerelaan dalam tindakan terhadap perintah-perintah dan keinginan dari kewibawaan, seperti dari orang tua atau guru (Good, 1973, dalam Balitbangda 2005). Sedangkan Khalberg (1995, dalam Balitbangda, 2005) membagi perkembangan moral sebagai dasar dari kepatuhan tersebut kedalam tiga tingkatan yaitu:

- a. Tingkat pra-konvensional, pada tingkat ini individu dinilai dan mengartikan baik-buruk, benar-salah dari sudut akibat-akibat fisik suatu tindakan atau dari sudut ada tidaknya kekuasaan dari yang memberikan peraturan atau yang memberi penilaian baik tersebut. Pada umumnya yang masuk dalam tingkatan ini adalah anak-anak pra-remaja (dibawah usia 10-13 tahun), sebagian kecil remaja pelaku tindak kriminal atau pelanggaran hukum.

- b. Tingkat konvensional, pada tingkat ini individu memandang bahwa memenuhi harapan-harapan keluarga dan kelompok dianggap sebagai sesuatu yang sangat berharga pada dirinya sendiri, tidak peduli apapun akibat-akibat langsung dan kelihatan. Sikap ini bukan mau menyesuaikan diri dengan harapan-harapan orang-orang tertentu, masyarakat atau dengan ketertiban sosial, sikap ingin loyal, ingin menjaga dan memberi pembenaran pada ketertiban, sikap ingin mengidentifikasi diri dengan orang-orang atau kelompok yang ada didalamnya. Ini artinya individu memandang kebaikan identik dengan harapan sosial serta aturan-aturan dalam masyarakat. Pertimbangan baik atau buruk didasari sudut pandang orang lain, terutama yang dekat dengan dirinya, selanjutnya ditandai dengan pertimbangan norma sosial. Kebanyakan remaja dan orang dewasa berada pada tingkat ini.
- c. Pasca-konvensional, pada tingkat ini individu memiliki usaha yang jelas untuk mengartikan nilai-nilai moral dan prinsip-prinsip yang sah serta dapat dilaksanakan, terlepas dari otoritas kelompok atau yang memegang prinsip tersebut. Individu memandang kebaikan sesuai prinsip moral yang universal, yang tidak terkait dengan aturan-aturan setempat atau golongan manusia. Nilai-nilai moral sudah terinternalisasi dan individu sudah memiliki prinsip-prinsip yang sudah diyakini kebenarannya. Penalaran semacam ini jarang terlihat dan biasanya muncul pada individu yang berusia 20 tahun keatas. Pada tingkatan pasca konvensional ini ditandai dengan prinsip keadilan yang bersifat universal. Tingkat kepatuhan atau disiplin seseorang bukanlah sikap yang terbawa sejak lahir, tetapi kepatuhan atau ketaatan pada aturan nilai-nilai

terutama dimulai dari masa kanak-kanak dipengaruhi peranan orang tua dan lingkungan.

3. Pengukuran Ketidapatuhan DM

a. Pendekatan Pengukuran

Akhir-akhir ini beragam pengukuran dipakai untuk mengkaji kepatuhan, contohnya indikator status perilaku, rata-rata jumlah penyedia kesehatan, observasi perilaku, produk permanen, laporan pasien termasuk review perilaku 24 jam. Jonson (1990, dalam Delamater, 2006) menyimpulkan bahwa sebuah metoda pengukuran harus dipilih berdasar reliabilitas, validitas, non reaktif, sensitif terhadap rumitnya regimen perilaku diabetes dan bebas dari indikator kesehatan. Glasgow dkk (1985, dalam Delamater, 2006) mencatat kelemahan metodologi dari studi hubungan *self care diabetes*, yaitu kurangnya konsep yang jelas, kegagalan untuk membedakan antara regimen kepatuhan, perilaku *selfcare* dan kontrol metabolik, juga teori yang bersifat empiris dan kurang mengikuti banyak model/ teori.

Makna subyektif pengukuran kepatuhan meliputi standarisasi dan pemberian kuisioner kepada pasien. Strategi yang dipakai umumnya menilai karakteristik pasien secara global atau ciri secara personal, tetapi hal ini terbukti menimbulkan prediksi yang buruk terhadap perilaku kepatuhan. Kuisioner yang menilai perilaku yang berhubungan dengan rekomendasi medis spesifik misalnya kuisioner frekuensi makan untuk mengukur perilaku makan dan memperbaiki manajemen obesitas mungkin menjadi prediktor yang lebih baik dari perilaku kepatuhan (Glasgow, 1997, dalam Delamater 2006).

Memilih strategi pengukuran terbaik untuk memperoleh sebuah perilaku kepatuhan yang sempurna harus mengambil semua pertimbangan tersebut. Hal yang paling penting, strategi tersebut harus memiliki standar psikometrik dengan reliabilitas dan validitas yang dapat diterima. Tujuan pemberi pelayanan kesehatan atau peneliti, keakuratan penggunaan regimen, sumber yang terjangkau, respon pasien dan bagaimana hasil akan digunakan sebaiknya perlu dipertimbangkan. Tidak ada strategi pengukuran tunggal yang dapat digunakan secara optimal, pendekatan multimetoda yang mengkombinasikan pelaporan diri yang jelas dan pengukuran objektifitas yang masuk akal merupakan seni pengukuran terhadap kepatuhan (WHO, 2003, Adherence long-term therapies. Evidence for action, ¶, 15. [http://www.emro.who.int/ncd/publicity/adherencereport in diabetic patient/](http://www.emro.who.int/ncd/publicity/adherencereport%20in%20diabetic%20patient/) didapat tanggal Januari 2008).

Brunner & Suddarth (2002) mengemukakan ukuran kepatuhan adalah bila mengikuti semua petunjuk dibawah ini secara teratur. Pemakaian insulin: tidak mengurangi dosis insulin, tidak lupa minum/ suntik insulin, tidak memberi terlalu banyak, tidak menunda waktu makan, kontrol gula darah bila merasa gejala hipo/hiperglikemi. Dalam hal diet: tidak merubah diet, makan cemilan antara jam makan malam dan tidur malam. Dalam hal latihan fisik: Menjaga BB sesuai ideal tubuh, Olahraga sesuai anjuran, Aktif berlatih fisik. Dalam hal Pendidikan Kesehatan: Mengikuti pola makan, menyuntik insulin teratur sesuai dosis dan waktu, latihan teratur, aktifitas fisik sesuai, pemeriksaan glukosa rutin, mengenal tanda hipo/hiperglikemia, ketepatan mengaspirasi insulin dan menyuntik,

kesterilan alat suntik, penurunan stres fisik dan psikologis untuk mengurangi hormon stress, pemantauan status keseimbangan cairan, ketrampilan dalam penyuntikan insulin dan pemeriksaan glukosa, perawatan kaki, kontrol mata rutin. Sedangkan Smeltzer (2002), mengatakan follow up diit harus dilakukan setiap 4-6 minggu, dan menurut Sudoyo (2006), latihan fisik harus dilakukan 3-5x/minggu selama 30-60 menit dengan aerobik, jalan kaki, jogging.

4. Variabel yang berhubungan dengan ketidakpatuhan DM.

Variabel yang berhubungan dengan perilaku ketidakpatuhan dalam DM dapat diartikan menjadi 4 kelompok yaitu:

a. Perawatan dan karakteristik penyakit

Tiga elemen pengobatan dan penyakit DM dihubungkan dengan kepatuhan yaitu kompleksitas pengobatan, lama penyakit dan penyampaian perawatan. Pada umumnya bila regimen pengobatan lebih kompleks maka kepatuhan pasien akan lebih sedikit. Kepatuhan terhadap OHO terkait dengan frekuensi dosis, pasien dengan frekuensi dosis sedikit (1x/hari) lebih patuh dibanding pasien dengan resep dosis lebih sering (3x/hari). Dailey dkk (2001, dalam Delamater, 2006) menemukan bahwa pasien yang diresepkan obat tunggal mempunyai rata-rata kepatuhan jangka panjang dibanding pasien yang diresepkan dua atau lebih obat.

Durasi kemunculan penyakit mempunyai hubungan negatif dengan kepatuhan dimana semakin lama pasien menderita diabetes, makin sedikit kepatuhannya pada pengobatan. Glasgow dkk (1989 dalam Delamater, 2006) mempelajari sampel pasien dengan tipe 2 (rata-rata usia 28 thn) dan menemukan bahwa level

aktifitas fisik berhubungan dengan durasi penyakit. Pasien yang sudah sakit DM lebih dari 10 tahun dilaporkan mengeluarkan energi lebih banyak dalam aktifitas fisik yang bersifat rekreasi dan latihan lebih banyak dalam satu minggu daripada orang dengan riwayat DM lama. Pasien dengan riwayat DM lama juga dilaporkan makan tidak tepat, mengkonsumsi lebih banyak proporsi lemak jenuh dan lebih sedikit mengikuti rencana diit. Satu studi terkait di Polish & USA (2001, dalam Delamater, 2006) pada anak dengan DM tipe 1, menemukan hubungan lama penyakit dengan kepatuhan mengatur insulin. Anak dengan riwayat DM lama, kurang mengingat injeksi insulin dibanding anak yang baru terdiagnosa.

Pemberian perawatan pada DM dapat bervariasi dari pengobatan intensif yang diberikan oleh tim multidisiplin, dengan pasien yang dirawat tim perawat primer. Yawn dkk (2001, dalam Delamater, 2006) mengobservasi interaksi antara pasien dan penyedia kesehatan dalam satu setting praktik keluarga, melaporkan bahwa pasien DM yang konsul diit secara spesifik lebih banyak, lebih patuh daripada pasien dengan DM yang akut. Ken dan Mainos (1992, dalam Delamater, 2006) menemukan bahwa walaupun dokter memilih menaati rencana strategi sistematis untuk pengobatan DM, kegagalan pasien untuk patuh membuat mereka merawat pasien lebih singkat.

Ketidakpatuhan juga disebabkan oleh *setting* dimana perawatan diterima. Riette (2000, dalam Delamater, 2006) meneliti pengalaman pasien menerima perawatan dengan *setting* kesehatan umum di USA. Dia menemukan bahwa biaya

perawatan adalah hambatan terbesar untuk diakses, khususnya pasien dalam *setting* pengobatan komunitas. Hambatan yang dirasakan dalam mengakses perawatan juga berhubungan dengan kontrol metabolik yang kurang.

b. Faktor intra personal

Penelitian Delamater, (2006) mendapatkan tujuh variabel penting yang berhubungan dengan kepatuhan yaitu: usia, jenis kelamin, harga diri, *self efficacy*, stress dan penyalahgunaan alkohol.

1). Hubungan umur pasien dengan ketidakpatuhan terhadap regimen aktifitas fisik.

Pasien berusia lebih dari 25 tahun dilaporkan memiliki frekuensi dan waktu latihan lebih sedikit setiap minggu, cenderung memilih aktifitas berupa rekreasi sehingga mengeluarkan lebih sedikit kalori dan waktu latihan lebih dibanding pasien berusia kurang dari 25 tahun.

2.) Hubungan Gender dengan ketidakpatuhan.

Pria melakukan aktifitas fisik lebih banyak daripada perempuan, tetapi mereka juga mengkonsumsi lebih banyak kalori dan komposisi diitnya tidak tepat.

3.) Hubungan harga diri dengan ketidakpatuhan mengatur diri.

Murphy-Bennet, Thompson & Morris (1997, dalam Delamater, 2006) menemukan bahwa pasien DM tipe 1 usia dewasa dengan harga diri rendah, monitoring kadar gula darahnya juga rendah. Pasien DM tipe 1 dengan harga

diri tinggi lebih patuh pada regimen aktifitas, dosis insulin dan perawatan gigi.

4.) Hubungan *Self efficacy*/ keyakinan akan sembuh dengan ketidakpatuhan melakukan pengobatan.

Penelitian di Canada menemukan bahwa *Self efficacy* memiliki hubungan positif dengan anjuran aktifitas fisik, *Self efficacy* dipercaya menjadi menjadi prediktor kuat dalam aktifitas fisik. Senecal, Nowman dan White (2000, dalam Delamater, 2006) melaporkan bahwa *Self efficacy* adalah prediktor kuat dari kepatuhan, dimana keyakinan sembuh dan otonomi diperkirakan meningkatkan harapan hidup. Ott dkk (2000, dalam Delamater, 2006) menemukan bahwa keyakinan sembuh adalah salah satu prediktor dari kepatuhan terhadap perilaku perawatan DM. Aljaseem (2000, dalam Delamater, 2006) menemukan bahwa kepercayaan pada *Self efficacy*, memprediksi kepatuhan anjuran regimen pasien DM tipe 2 setelah dikontrol kepercayaan untuk sehat dan persepsi terhadap hambatan.

5.) Hubungan stres emosi dengan ketidakpatuhan.

Stressor yang tinggi berhubungan dengan tingginya ketidakpatuhan pada administrasi insulin dan diit pada perempuan dengan diabetes gestasional. Pada suatu studi digunakan satu skala stress DM yang lebih khusus. Stress ditemukan sangat terkait erat dengan dua aspek regimen obat (jumlah diit dan tipe diit). Tidak ada hubungan antara stres dan kepatuhan pada aktifitas fisik

dan tes glukosa. Stress psikososial dilaporkan berhubungan dengan tingginya ketidakpatuhan terhadap regimen pengobatan.

Mollema (1990, dalam Delamater 2006) melaporkan bahwa pasien yang sangat ketakutan pada jarum suntik insulin atau monitor glukosa sendiri memiliki lebih sedikit kepatuhan dan memiliki lebih tinggi tingkat stress emosi. Schfundt, Stutson & Plant (1992, dalam Delamater, 2006) mengumpulkan pasien diabetes tipe 1 sesuai masalah kepatuhan diit dan menemukan bahwa ada dua kelompok pasien. Kelompok tersebut adalah pemakan yang emosional dan pelaku diit, keduanya mempunyai masalah kepatuhan terkait emosi negatif seperti stres dan depresi.

6.) Penyalahgunaan alkohol.

Pola dari penggunaan alkohol sudah dibuktikan dengan pengukuran diabetes.

Jhonson, Bazargan & Wing (1984, dalam Delamater, 2006) mempelajari 392 pasien DM tipe 2 dari etnik minoritas di Los Angeles, California. Mereka menemukan bahwa pemakaian alkohol berhubungan dengan rendahnya kepatuhan diit, monitoring glukosa darah, minum obat oral dan kurang mematuhi janji. Cox dkk (1987, dalam Delamater, 2006) memeriksa penggunaan alkohol pada 154 pria DM dan hasilnya semakin besar penggunaan alkohol berhubungan dengan semakin kurangnya kepatuhan pada penggunaan jarum suntik insulin.

c. Faktor interpersonal

Dua faktor interpersonal penting yaitu kualitas hubungan antara pasien dengan penyedia kesehatan dan dukungan sosial ditemukan berhubungan dengan kepatuhan. Komunikasi yang baik antara pasien dan penyedia kesehatan berhubungan dalam meningkatkan kepatuhan. Rata-rata kepatuhan mengatur OHO dan monitoring glukosa sangat buruk pada pasien yang komunikasinya sangat buruk dengan penyedia kesehatan. Dukungan sosial menjadi subjek yang banyak diteliti, dukungan sosial yang besar ditemukan lebih berhubungan dengan tingkat kepatuhan diit dan pengaturan insulin pada perempuan dengan diabetes gestasional. Keterlibatan orangtua, sebagai ukuran dukungan sosial berhubungan dengan tingkat kepatuhan memonitor kadar gula darah. Orang dewasa dan anak tipe 1 yang mengalami lebih banyak keterlibatan orangtua dalam monitor kadar gula darah dilaporkan lebih rutin mengecek kadar gulanya.

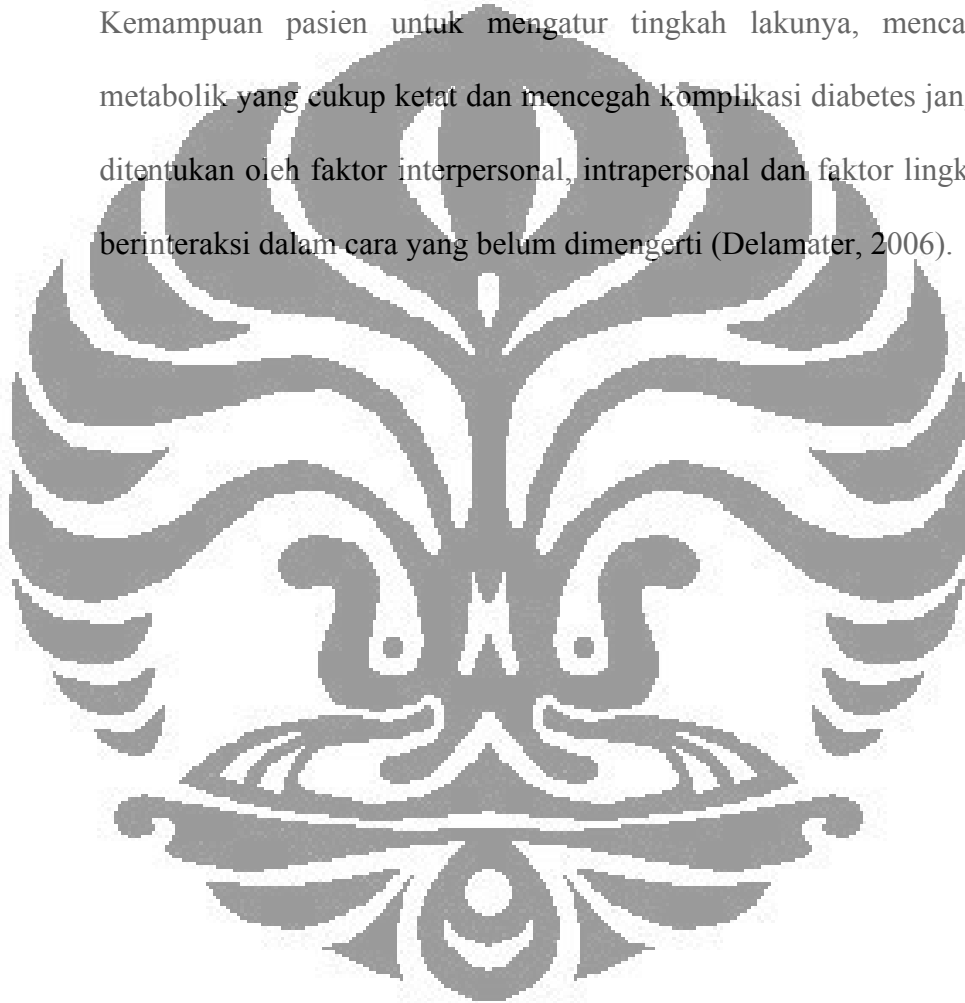
McCaul dkk (1983, dalam Delamater 2006) menemukan bahwa pada pasien dewasa dan orang tua, dukungan sosial yang lebih spesifik berhubungan dengan tingkat kepatuhan yang lebih baik dalam mengatur insulin dan tes kadar gula darah. Khusus kelompok orangtua, dukungan keluarga secara umum berkaitan dengan kepatuhan mengatur insulin dan tes glukosa. Studi menemukan tidak ada hubungan antara ukuran dukungan sosial dengan kepatuhan diit dan pengaturan aktifitas fisik. Studi lain menunjukkan adanya hubungan antara dukungan sosial yang rendah dengan ketidakcukupan manajemen DM sendiri.

d. Faktor lingkungan.

Dua faktor lingkungan yaitu situasi resiko tinggi dan sistem lingkungan berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien DM. Perilaku *self care* terjadi dalam konteks perubahan kontinu dari situasi lingkungan di rumah, pekerjaan dan umum, berhubungan dengan permintaan yang berbeda dan prioritas. Seperti siklus perubahan, pasien tertantang untuk memperbaharui dan memelihara perilaku *selfcare*nya. Pasien dipanggil secara teratur untuk memilih antara memberi perhatian terhadap manajemen DM sendiri atau beberapa pilihan hidup lain. Situasi yang berhubungan dengan rendahnya kepatuhan dinamakan situasi resiko tinggi. Schlundt, Stetson & Plant (1998, dalam Delamater 2006) menciptakan sebuah taksonomi situasi resiko tinggi yang merupakan kesulitan pada pasien untuk mematuhi anjuran diit. Situasi ini termasuk: makan berlebih atau makan sedikit sebagai respon terhadap orang, tempat dan emosi, dan kesulitan memadukan masukan makanan menurut konteks sosial, waktu, hari dan tempat.

Schlundt dkk (1998, dalam Delamater, 2006) menggambarkan sepuluh situasi resiko tinggi untuk menurunkan kepatuhan diit termasuk tekanan sosial untuk makan, merasa kesepian dan bosan, konflik interpersonal, makan disekolah, peristiwa sosial atau liburan. Identifikasi kategori situasi resiko tinggi diit pada dewasa dengan tipe 1 dan 2 yaitu menolak makanan yang menggiurkan, makan diluar, tekanan waktu, prioritas, kompetisi dan kejadian sosial. Studi lain menunjukkan bahwa hambatan lingkungan berhubungan dengan kepatuhan

perawatan DM. Banyak orang dalam bangsa berkembang termasuk orang miskin dan kelompok suku minoritas harus menghadapi perkembangan ekonomi di abad 20. Mereka adalah golongan yang paling dirugikan oleh perubahan lingkungan yang menuju pada kesenjangan status kesehatan, hidup dalam komunitas yang miskin berpengaruh pada buruknya kesehatan. Kemampuan pasien untuk mengatur tingkah lakunya, mencapai kontrol metabolik yang cukup ketat dan mencegah komplikasi diabetes jangka panjang ditentukan oleh faktor interpersonal, intrapersonal dan faktor lingkungan yang berinteraksi dalam cara yang belum dimengerti (Delamater, 2006).



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan digunakan untuk mengidentifikasi struktur dimana penelitian itu dilaksanakan (Nursalam, 2003). Penelitian ini menggunakan desain riset kualitatif yaitu mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah atau merupakan suatu pendekatan sistemik dan subyektif yang digunakan untuk menggambarkan dan memberikan arti pada pengalaman hidup (Creswell, 1998).

Penelitian ini menggunakan metode fenomenologi deskriptif, yaitu berfokus pada penemuan fakta mengenai suatu fenomena sosial yang ditekankan pada usaha untuk memahami perilaku manusia berdasarkan perspektif informan (Creswell, 1998). Dengan demikian, metode pendekatan fenomenologi deskriptif penelitian ini dapat memahami, menjelaskan dan memberi makna secara alamiah terhadap pengalaman hidup individu pasien DM tentang ketidakpatuhan terhadap penatalaksanaan DM di RSUPN Dr. CM Jakarta tahun 2008 berdasarkan perspektif mereka saat penelitian ini dilakukan.

B. Partisipan

Peneliti mendapatkan responden di ruang perawatan melalui rekam medik yang sesuai kriteria peneliti. Tidak ada kesulitan mendapatkan partisipan karena ruang tersebut adalah ruang perawatan khusus DM yang pada saat penelitian terdapat 14 orang pasien. Pendekatan melalui metode *consensual desicion making* atau *informed consent*. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk mengevaluasi *informant's consent* pada berbagai titik dalam penelitian (Streubert & Carpenter, 1999). Dalam hal ini, peneliti memberikan penjelasan tentang maksud kedatangan, tujuan penelitian, manfaat penelitian bagi beberapa sektor diantaranya bagi institusi pendidikan keperawatan, sejawat ners, peneliti dan menjelaskan juga tentang metode penelitian. Prosedur sampling dengan *convenience sampling* yaitu menggunakan kelompok orang yang paling siap, tersedia dan nyaman untuk dijadikan sampel. Peneliti melakukan *informed consent* dengan menjelaskan informasi penelitian kepada sampel, bila mereka setuju, diminta membubuhkan tanda tangan di atas lembar persetujuan menjadi partisipan penelitian, sehingga didapat delapan orang partisipan yang sesuai kriteria inklusi.

Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 yang rawat inap di RSUPN Dr. CM Jakarta. Adapun kriteria inklusi partisipan sebagai berikut: 1). Telah didiagnosa medis sebagai pasien DM tipe 2 minimal sejak 2 tahun yang lalu. 2). Tidak patuh pada penatalaksanaan DM dengan kriteria nilai HbA1c dalam 3 bulan terakhir >7%. 3) Berusia > 40 tahun. 4). Tidak sedang mengalami komplikasi yang membahayakan seperti koma dll. 5). Bersedia ikut dalam penelitian dengan

menandatangani surat pernyataan persetujuan penelitian. 6). Mampu menceritakan pengalamannya dengan lancar.

Data diambil melalui wawancara dua kali, pertama untuk mendapatkan data, kedua untuk memvalidasi data yang sudah dibuat dalam bentuk verbatim. Masing-masing wawancara dilaksanakan maksimal 60 menit, pasien bebas memilih lokasi yang nyaman bagi pasien untuk bercerita, juga bebas memilih posisi bercerita, (misalnya berbaring ditempat tidur, duduk dikursi dll). Wawancara berakhir setelah tidak ada lagi informasi baru dari partisipan (Polit & Hungler, 1999).

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUPN Dr. CM Jakarta. Alasan pemilihan tempat tersebut adalah atas pertimbangan sebagai RS pusat rujukan nasional merawat partisipan dari seluruh Indonesia sehingga memudahkan mendapat sampel.

2. Waktu/Jadual Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan bulan Pebruari sampai Juni 2008.

D. Etika Penelitian

Dalam mengembangkan penelitian ini, peneliti mentaati prinsip-prinsip legal atau aspek formal yang berhubungan dengan aturan akademik tentang prosedur penyusunan tesis dan prosedur perizinan penelitian. Prosedur penyusunan tesis

diawali dengan penyusunan proposal penelitian kemudian diseminarkan di hadapan penguji. Prosedur perizinan ditempuh dengan mengajukan surat permohonan melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kepada Direktur RSUPN Dr. CM Jakarta (cq bagian litbang keperawatan) dengan melampirkan proposal penelitian. Setelah memperoleh ijin tertulis dari Direktur RSUPN Dr. CM Jakarta, peneliti melakukan penelitian di ruang rawat inap pasien DM yaitu *Public Wing* lantai 7.

Aspek lain yang tetap diperhatikan peneliti yaitu prinsip *autonomy* yaitu partisipan bebas menentukan apakah ia akan berpartisipasi dalam penelitian atau tidak, tanpa paksaan dan sewaktu-waktu partisipan boleh mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Prinsip tersebut dalam penelitian ini adalah partisipan mempunyai kebebasan untuk menentukan pilihan bila dalam penelitian berlangsung ingin menarik diri karena alasan tertentu (Streubert & Carpenter, 1999). Dalam penelitian ini tidak ada partisipan yang menarik diri, semuanya bersedia menjadi responden.

Prinsip *justice* (keadilan) yaitu informan dihargai atau dihormati serta dijaga kerahasiaan (*confidentiality*) dan *anonym* tanpa nama. Prinsip tersebut dalam penelitian ini yaitu peneliti menjelaskan prinsip-prinsip keadilan dalam penelitian dimana semua partisipan diperlakukan dengan metode dan prosedur yang sama. Peneliti tetap menghormati dan menghargai martabat partisipan yaitu peneliti dapat memahami dan menerima partisipan apa adanya. Jika partisipan mengalami distraksi berat akibat pertanyaan yang menstimuli afek dan emosinya, maka peneliti akan

melakukan *treatment* sesuai dengan kompetensi yang peneliti miliki. Dalam penelitian ini, tidak ada partisipan yang mengalami distraksi. Demikian juga dengan kerahasiaan dari keterangan yang diberikan partisipan tetap dijaga dengan menjelaskan bahwa nama partisipan tidak dicantumkan dalam lembar pengumpulan data dan catatan lapangan peneliti, hanya diberikan sistem kode dan inisial tertentu sebagai pengganti identitas partisipan (Streubert & Carpenter, 1999).

E. Prosedur Pengumpulan Data

Hal penting lainnya yang menjadi perhatian peneliti dalam prosedur wawancara yaitu, teknik komunikasi terapeutik dalam dimensi hubungan terapeutik peneliti-partisipan. Teknik komunikasi terapeutik tersebut yaitu, teknik mendengarkan dengan aktif, teknik pembukaan yang luas, pengulangan pernyataan, klarifikasi, teknik refleksi, pemusatan/ teknik fokusing, teknik berbagai persepsi, pengidentifikasian tema, teknik diam, dan teknik humor. Teknik-teknik tersebut terinklusi di dalam fase-fase komunikasi terapeutik mulai dari fase pre interaksi sampai dengan fase terminasi (Stuart & Sunden, 1998).

1. Prosedur administratif

Memperoleh izin pelaksanaan penelitian dari pembimbing di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan izin dari Direktur RSUPN Dr. CM Jakarta sebagai tempat penelitian.

2. Prosedur teknis

- a. Menetapkan kriteria inklusi partisipan yang layak diteliti, melakukan rekrutmen, memperkenalkan diri dan membina hubungan saling percaya.
- b. Memberikan *informed consent* untuk mendapatkan persetujuan tertulis dari partisipan dengan membubuhkan tanda tangan diatas lembaran yang telah disediakan.
- c. Melakukan kontrak waktu, tempat dan topik wawancara. Pengaturan tempat disesuaikan dengan keinginan partisipan dimana wawancara dilakukan.
- d. Melakukan wawancara pertama untuk mendapatkan pengalaman partisipan. Peneliti akan menggunakan panduan/ script wawancara jika diperlukan untuk mengarahkan partisipan menceritakan pengalamannya.
- e. Membuat transkrip verbatim dengan mendengar kembali hasil rekaman dan melengkapi dengan catatan-catatan kecil yang dibuat saat wawancara. Transkrip verbatim dibaca kembali berulang-ulang sambil mendengarkan hasil rekaman untuk menentukan tingkat akurasi data.
- f. Wawancara kedua/ Validasi data. Peneliti mendatangi partisipan dengan membawa hasil verbatim, menanyakan pada partisipan apakah hasil verbatim itu sudah sesuai dengan hasil wawancara pertama.
- g. Melakukan analisis data

Pengumpulan data/investigasi dilakukan melalui wawancara mendalam dengan mengajukan pertanyaan terbuka (*open-ended interview*) yang menurut Streubert dan Carpenter (1999) adalah memberikan kesempatan kepada partisipan untuk

menjelaskan sepenuhnya pengalaman mereka tentang fenomena yang sedang diteliti. Hubungannya dengan penelitian ini yaitu pengalaman partisipan tentang ketidakpatuhan terhadap penatalaksanaan DM di RSUPN Dr. CM Jakarta.

Dalam penataan pertanyaan yang berhubungan dengan penelitian ini menganut prinsip “cerobong”, yaitu dimulai dari segi-segi umum dan diarahkan ke segi-segi khusus (Moleong, 2006). Bentuk aplikasinya yaitu, pertanyaan awal (pembuka) bersifat menggali perasaan partisipan saat ini (*here & now*) untuk memberikan rasa nyaman kepada partisipan. Selanjutnya dihubungkan dengan pengalaman partisipan tentang ketidakpatuhan terhadap penatalaksanaan DM.

Wawancara diakhiri setelah tidak ditemukan lagi informasi baru dari hasil wawancara sehingga dikatakan telah mencapai saturasi data/ *redudancy*. Hal tersebut sesuai dengan prinsip dasar penelitian kualitatif (Polit & Hungler, 1999). Sebelum mengakhiri wawancara peneliti melakukan terminasi dengan mengevaluasi kembali dan mengklarifikasi setiap ungkapan bermakna dari partisipan untuk menghindari kekeliruan. Sebelum, selama dan sesudah pengumpulan data, peneliti menghimpun berbagai catatan lapangan yang telah dibuat peneliti untuk melengkapi dokumentasi rekaman.

F. Alat Pengumpul Data

Peneliti merupakan alat utama dalam penelitian kualitatif, sedangkan alat pengumpul data merupakan alat bantu bagi peneliti untuk menghimpun data penelitian yang merupakan sarana yang sangat penting. Sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Oleh karena itu peran peneliti sebagai instrumen penelitian sangat penting artinya dalam konteks pengamatan berperan serta (Lofland & Lofland, 1984, dalam Moleong, 2006). Instrumen/ alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu: buku catatan lapangan, alat tulis dan Perekam MP4.

Sebelum mengumpulkan data, peneliti melakukan ujicoba wawancara dengan pasien DM diruang inap *Public Wing* RSUPN Dr. CM. Tujuan ujicoba wawancara adalah untuk menguji kemampuan peneliti dalam proses wawancara, memberi pertanyaan yang mengarah kepada tujuan penelitian dan kemampuan membuat catatan lapangan. Uji coba alat perekam dilakukan sekaligus untuk memahami pemakaian perekam dengan benar. Dari pengalaman dan hasil uji coba ini, peneliti menyimpulkan bahwa semua pertanyaan dalam pedoman sudah dapat dipahami dengan baik dibuktikan oleh jawaban partisipan yang sesuai dengan tujuan penelitian. Peneliti tidak mempunyai kesulitan dalam memakai alat perekam, karena sebelumnya sudah banyak mencoba alat tersebut, namun masih kurang dalam hal mengarahkan inti cerita pengalaman partisipan, sehingga wawancara kurang mendalam dan kurang terfokus. Kekurangan tersebut menjadi masukan dalam

wawancara berikutnya. Peneliti juga mengembangkan kemampuan menulis catatan lapangan, melakukan *bracketing* dan mengembangkan pertanyaan yang disusun dalam pedoman wawancara.

G. Analisis Data

Menurut Moleong (2006) dan Faisal (2003, dalam Burhan & Bungin, 2003) bahwa analisis data dalam penelitian kualitatif berlangsung sinergis dengan prosedur pengumpulan data atau dengan kata lain saling tumpang tindih. Dalam prosedur pengumpulan data ini, peneliti dituntut mampu berpikir kritis untuk sekaligus melakukan analisis terhadap data yang sedang diperoleh.

Teknik yang digunakan dalam analisis data penelitian ini yaitu menggunakan langkah-langkah dari Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999) sebagai berikut :

1. Menggambarkan pengalaman hidup yang diteliti.
2. Mengumpulkan gambaran partisipan tentang pengalaman hidup tersebut dengan cara membuat transkrip data.
3. Membaca seluruh gambaran partisipan tentang pengalaman hidup tersebut.
4. Memilih pernyataan yang signifikan dan membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan.
5. Mengartikulasikan makna dari setiap pernyataan yang signifikan.

6. Mengelompokkan makna-makna ke dalam kelompok tema.
7. Menuliskan suatu gambaran pengalaman yang mendalam.
8. Memvalidasi makna tersebut dengan partisipan.
9. Menggabungkan data yang muncul selama validasi kedalam deskripsi final mendalam.

H. Keabsahan Data / *Trustworthiness*

Syarat penting dalam analisis data penelitian ini yaitu peneliti perlu menjamin keabsahan/kejujuran saat mengambil data (*trustworthiness*) melalui prinsip validitas dan reliabilitas data yang telah diperoleh. Prinsip keabsahan data dalam penelitian kualitatif menurut Moleong (2006) berdasarkan kriteria: derajat kepercayaan *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*.

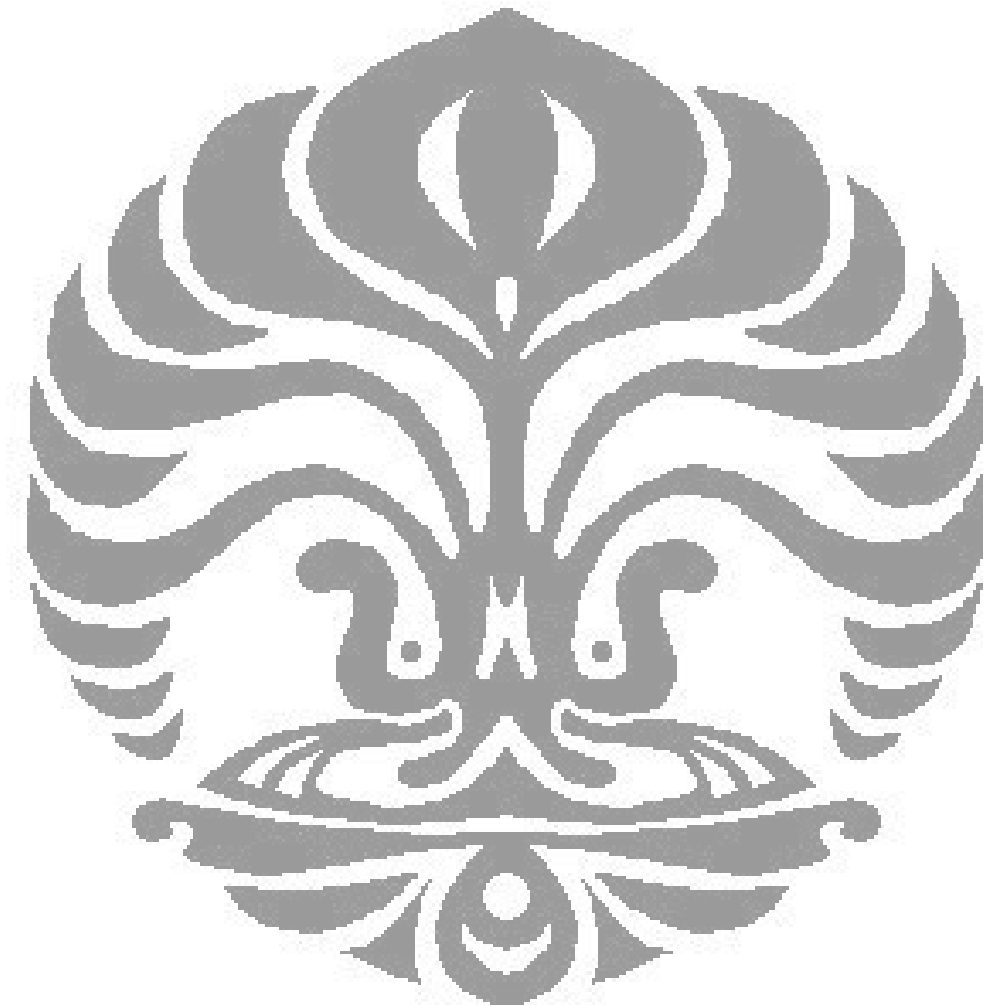
Kredibilitas (*credibility*) merupakan suatu tujuan untuk menilai kejujuran dari temuan penelitian kualitatif. Kredibilitas dilakukan dengan cara, peneliti mengembalikan transkrip yang telah dibuat kepada setiap partisipan untuk melakukan verifikasi keakuratan transkrip. Partisipan membacanya dan bila mengungkapkan bahwa transkrip penelitian memang benar-benar sesuai pengalaman dirinya sendiri, maka transkrip dianggap mempunyai kredibilitas. Peneliti meminta partisipan membubuhkan tanda (√) jika dianggap cocok. Semua partisipan dalam penelitian ini telah membubuhkan tanda-tangan sebagai persetujuan keakuratan data.

Keteralihan (*transferability*), merupakan validitas eksternal dimana menunjukkan derajat ketepatan atau hasilnya dapat diterapkan ke populasi dimana sampel tersebut diambil. Validitas tersebut menghasilkan deskripsi yang padat dan dapat digunakan pada setting lain dengan konsep yang sama. Supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian dan dapat diterapkan, maka peneliti membuat laporan serta mendiskusikannya dengan pembimbing. Hasil diskusi ini disusun dengan uraian rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya, bila pembaca laporan penelitian memperoleh gambaran yang jelas, dan memutuskan dapat mengaplikasikan ditempat lain, maka laporan tersebut telah memenuhi standar *transferability* (Faisal, 1990, dalam Sugiyono, 2007).

Kebergantungan (*dependability*), bermakna sebagai reliabilitas atau kestabilan data dari masa ke masa dan kondisi ke kondisi. Salah satu teknik mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seseorang penelaah eksternal (Polit & Hungler, 1999). Penelaah yang dilibatkan adalah pembimbing penelitian selama melakukan penelitian dan menyusun tesis.

Kepastian (*confirmability*), bermakna obyektifitas atau netralitas/konsistensi data. Dalam hal ini tercapai kesepakatan/persetujuan dari beberapa orang terhadap pandangan, pendapat relevansi dan arti data (Polit & Hungler, 1999). Penelitian dikatakan objektif bila hasil penelitian telah disepakati banyak orang. Dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* sehingga

pengujiannya dapat dilakukan bersamaan. Peneliti melakukan *confirmability* dengan menunjukkan dan mendiskusikan seluruh transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkategorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing penelitian. Kemudian bersama-sama menentukan analisis tematik hasil penelitian.



BAB IV HASIL PENELITIAN

Bab ini dibagi menjadi dua bagian, bagian pertama menceritakan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua membahas analisis tematik tentang pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM di RSUPN Dr. CM. Seperti apa pengalaman pasien menjalani penatalaksanaan DM?, bagaimana mereka menjadi tidak berhasil/ tidak mematuhi penatalaksanaan DM?. Pertanyaan penelitian ini menghasilkan tujuh tema utama yang memberikan suatu gambaran atau fenomena pengalaman para klien DM dengan ketidakpatuhannya terhadap penatalaksanaan DM.

A. Karakteristik Partisipan

Sebanyak delapan orang partisipan adalah pasien yang sudah didiagnosa oleh dokter menderita penyakit DM tipe 2 minimal sejak dua tahun yang lalu dan sedang menjalani rawat inap di ruang *Public Wing* lantai VII RSCM Jakarta saat penelitian dilakukan. Mayoritas partisipan adalah perempuan, yaitu sebanyak 6 orang. Mayoritas pekerjaan adalah ibu rumah tangga, yaitu sebanyak 5 orang, sisanya guru, satpam, dan buruh masing-masing satu orang. Rata-rata usia 57,7 tahun, dengan rentang usia termuda 42 tahun dan tertua 80 tahun. Rata-rata didiagnosa DM sejak 7,2 tahun yang lalu dengan rentang yang terbaru adalah 2 tahun yang lalu dan terlama 15 tahun yang lalu. Mayoritas pendidikan partisipan adalah SD, sebanyak 3

orang, SMA sebanyak 2 orang, SMP sebanyak 2 orang, dan D2 Keguruan 1 orang. Mayoritas agama partisipan adalah Islam, sebanyak 7 orang dan satu orang Kristen. Semua partisipan sudah menikah, dan sebanyak 5 orang sudah menjanda/duda, 1 orang karena ditinggal suami, 1 orang cerai dan 3 orang karena pasangan meninggal dunia. Rata-rata HbA1c adalah 9,46% dengan nilai terendah 8,1% dan tertinggi 10,4%. Suku terbanyak adalah Jawa yaitu 4 orang dan sisanya suku Sunda, Betawi, Ambon dan Tionghoa.

B. Analisis Tematik

Bab ini menjelaskan secara rinci berbagai tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Sebanyak tujuh tema utama memaparkan berbagai pengalaman partisipan terhadap ketidakpatuhan penatalaksanaan DM yaitu: *makanan diit yang tidak menyenangkan, tidak memahami manfaat diit menyebabkan ketidakpatuhan, tidak memahami manfaat latihan fisik untuk penatalaksanaan DM, alasan usia sudah lanjut, keterbatasan fisik menyebabkan tidak melakukan latihan fisik, pemahaman yang salah tentang manfaat obat, gagal mematuhi minum obat karena alasan ekonomi*. Berbagai cerita atau ungkapan para partisipan dalam studi ini terungkap dengan beberapa alasan. Beberapa partisipan tidak memahami dengan benar manfaat diit bagi dirinya, hal ini menjadi penyebab mereka tidak mematuhi diit. Hasil studi ini juga menemukan beberapa partisipan telah memahami anjuran diit, namun mereka mengemukakan alasan lain mengapa dirinya tidak mematuhi anjuran diit. Beberapa alasan itu diantaranya adalah makanan diit tidak memenuhi kebutuhan selera rasa dan jumlah porsi makanan diit kurang dari kebutuhan mereka

(makanan diit yang tidak menyenangkan). Uraian rinci pengalaman ketidakpatuhan pasien dalam penatalaksanaan diit diwakili oleh tema berikut.

1. Makanan diit yang tidak menyenangkan

Hal apa saja yang menyebabkan ibu/bapak tidak mematuhi penatalaksanaan diit?

Pertanyaan ini mengawali cerita para partisipan berkenaan dengan ketidakpatuhan mereka terhadap diit makanan yang seharusnya mereka patuhi.

Berbagai alasan mereka ungkapkan/ ceritakan tentang hal tersebut, diantaranya makanan diit kurang memiliki rasa yang enak dan jumlah porsi yang sedikit dan dirasakan tidak mengenyangkan. Beberapa partisipan bahkan sering menambah porsi makan karena dirasakan porsi makanan yang tidak mengenyangkan.

Berikut ungkapan 2 dari 8 partisipan yang mengatakan makanan diit kurang memiliki rasa yang enak .

"Iya, saya kurangi garam sama gula, gak enak..gitulah, ibu suka tambah gulanya, habis... ibu lemas klo ga makan manis" (p8).

"Ya kurang enak, ya kurang garam, kurang gula, kan yang biasanya makannya berasa garam, dikurangi ya terasa gak enak. Kadang karena rasanya tidak enak saya sering tambahkan gula atau garam supaya lebih ada rasanya.....jadi nggak patuh deh....." (P5).

Hampir semua partisipan mengungkapkan bahwa jumlah porsi makanan diit yang dijalani selama ini kurang mengenyangkan. Mereka mengatakan masih merasa lapar dengan porsi makan yang dianjurkan dalam diit mereka sehingga sering menambah porsi makanan di luar porsi anjuran. Sebagian kecil dari mereka sering menambah porsi makan mereka dengan makan makanan tambahan/ selingan di luar jam makan, seperti diungkapkan oleh partisipan 1,2,5 sebagai berikut:

"Gak enak sih memang mengurang-ngurangi makanan, biasanya makannya ya...perutnya rasanya lapar, ya masih kurang sih, masih lapar, kalo boleh mau makan lagi, tapi saya menahan diri. Saya sudah berusaha menahan lapar dengan porsi tersebut.....tapi karena masih lapar sesekali saya nambah porsi makan saya.....(ibu tampak sungguh-sungguh). Gak enak aja, ingin makan aja, sesekali makan lebih dari porsi bila terasa lapar makan sih sedikit, gak banyak cuman untuk ngilangin lapar aja....." (p5.)

"Kadang kadang ngemil...kadang-kadang kueh gitu sedikit. Sekarang juga, masih malam itu lapar saya mah... iya itu saya makan sepotong roti atau kue untuk menghilangkan perih aja" (p1)

"...iya kalo ini masih suka lapar gitu, jadi pingin makan makanan apa, paling Cuma sedikit, klo lagi lapar banget paling kasih buah appel atau apa, gitu aja" (p2)

2. Tidak memahami manfaat diit menyebabkan ketidakpatuhan

Alasan lain yang menyebabkan partisipan tidak menaati diit adalah karena tidak memahami manfaat diit. Pemahaman yang keliru ini meliputi: persepsi bahwa gunanya diit adalah untuk mengurangi makanan yang mengandung gula, sehingga jenis makanan yang dikurangi umumnya adalah yang terasa manis seperti sirup dan gula. Beberapa partisipan bahkan memiliki jadwal makannya yang tidak teratur dan mereka seringkali mencoba beberapa jenis makanan yang dilarang atau tidak dianjurkan untuk dikonsumsi/ tidak dianjurkan dalam diit mereka. Hampir semua partisipan memiliki persepsi yang salah tentang manfaat diit tersebut yang pada akhirnya menyebabkan mereka tidak mematuhi anjuran diit. Berikut beberapa ungkapan pernyataan partisipan. 1,4,5 sebagai berikut:

"Taat sekali sih gak, ga terlalu gimana sih, gak terlalu ditaatin banget, kadang-kadang agak dilanggar juga gitu, harus patuh, kalo disuruh dokter harus begini begini ya harus patuh sebetulnya, cuman agak dilanggar gitu sesekali gitu, ya gulanya aja dikurangi, ga minum sirup, gula gitu dikurangi ya kalo eskrim sih makan sedikit, tapi ga sampe banyak, pokoknya nyicip gitu...pingin nyicip aja, apa saja saya makan, tapi yang manis-manis saya kurangi, cuman gulanya gula apa, (pasien tampak mengingat-ingat), gula jagung" (p5).

“Wah ga jelas saya mbak, ga jelas manfaatnya ngurangi makan, saya makan Itu kadang-kadang yah, makan ah.... dikit lagi gitu aja, ya kadang-kadang telat gitu, ga pasti jam nya, kadang-kadang jam 12, kadang jam 2, jam 3, berartikan udah ga teratur itu mbak”. (p4).

“Ya perlu tapi gimana yah, kayak kemarin pernah sempat pengen gitu tuh sayuran urap itu, boleh dong makan urapnya, tapi waktu itu magnya lagi kambuh, aku jadi ya ga kuat.. Kecuali bikin agar-agar pake gulaku sendiri situ baru aku makan, kecuali kue pake gulaku sendiri, boleh,... makan lebih asal kubikin sendiri, pake gulaku sendiri” (p1).

3. Tidak memahami manfaat latihan fisik untuk Penatalaksanaan DM

Ketidapatuhan penatalaksanaan DM dalam hal latihan fisik dari para partisipan dalam studi ini terungkap dengan beberapa alasan. Hampir semua partisipan dalam studi ini tidak memahami dengan benar manfaat latihan fisik dalam penatalaksanaan DM. Akibatnya, sebagian dari mereka berperilaku malas melakukan latihan fisik. Sebagian dari mereka bahkan tidak menyempatkan waktu untuk melakukan latihan fisik walaupun sebenarnya mereka punya banyak waktu untuk melakukan latihan fisik. Berikut ungkapan 2 partisipan:

“Olahraganya memang kurang mbak, jarang jalan kaki saya, saya memang disuruh jalann kaki mutar-mutar, cuman ternyata saya memang yang bandal kali mbak, jadi ya gak terkontrol olahraga gitu, itu kadang-kadang kita bangunnya kesiangn, waktunya kita mau kerja jam 7 harus masuk gitu lo mbak, jadi kita keburu-buru, ketimpa-timpa gitu lo mbak, yah memang saya itu, saya kerja pagi, 24 jam mbak saya kerja digedung mitra mas itu, jadi bagaimana ya, jadi hawanya itu udah ga jauh daripada malas, gitu, kalo diam akhirnya saya jadi sakit gini, iya malas saja gitu, ya gitulah malas saja” (p4)

“Ya, namanya saya kerja ya kadang-kadang disekolah gitu, hari jumat atau hari sabtu gitu aja, waktu sih ada, tapi ya cuman, gitu hehehe (tertawa kecil mengatakan malas dengan gerakan bibir), ya begitu, apa, namanya uda capek ya uda langsung istirahat gitu jadi..heheheh (tertawa).. kurang semangat aja” (p1)

4. Alasan usia sudah lanjut

Di lain pihak, ada beberapa partisipan yang memahami benar manfaat melakukan latihan fisik untuk penatalaksanaan DM, namun karena usia yang sudah lanjut menyebabkan mereka tidak lagi mematuhi anjuran melakukan latihan fisik. Dua orang partisipan yang telah berusia tua mengatakan bahwa mereka tidak mematuhi anjuran untuk melakukan latihan fisik dikarenakan usia mereka yang sudah beranjak tua, seperti ungkapan partisipan tersebut sebagai berikut:

“Saya sudah tua ini, jadi sudah tidak usahlah latihan fisik, sering cepet capek juga karena ..udah tua...” (p3)

“Udah tua, jadi kaki berat ini, kalo mau jalan kesandung melulu, jadi jarang...sudah jarang olahraga” (p8)

5. Keterbatasan fisik menyebabkan tidak melakukan latihan fisik

Selanjutnya, alasan lain dari beberapa partisipan tidak mematuhi anjuran melakukan latihan fisik adalah karena keterbatasan fisik yang mereka miliki menyebabkan dirinya gagal untuk mematuhi penatalaksanaan DM. Berikut cerita partisipan yang mengungkapkan alasannya:

“Sebelum kaki ini luka, memang saya olahraga ringan, bergerak-bergerak badan, tunduk bangun, goyang kiri-kanan, itu aja, tiap hari saya lakukan, walaupun gak sampe jam (maksudnya ga sampai sejam) 10 menit, pagi sore, tapi setelah kaki saya ini, saya terbatas, akhirnya 3 bulan saya total tidak bergerak apa-apa. Parah.....parah, buktinya jempol saya separuh hilang karna gulanya tinggi (bapak terlihat sedih...melihat ke arah jempolnya) dan itu membuat saya setiap hari susah untuk tidur, benar-benar menderita” (p6)

6. Pemahaman yang salah tentang manfaat minum obat/ suntik insulin

Hal apa saja yang menyebabkan ibu/ bapak tidak mematuhi penatalaksanaan minum obat? Pertanyaan tersebut diajukan kepada partisipan untuk mengeksplorasi pemahaman partisipan tentang manfaat minum obat untuk

penatalaksanaan DM. Hasil penelitian ini menemukan beberapa pemahaman yang salah tentang manfaat minum obat yang menyebabkan mereka tidak mematuhi anjuran meminum obat untuk penatalaksanaan DM, meliputi: minum obat untuk menyembuhkan penyakit DM yang dideritanya, minum obat bila ada keluhan saja, minum obat bisa tanpa resep dokter, dan tidak rutin minum obat. Hampir semua partisipan tidak memahami dengan benar manfaat minum OHO/ suntik insulin untuk penatalaksanaan DM mereka. Hal ini menjadi penyebab mereka tidak mematuhi penatalaksanaan minum obat. Berikut pernyataan partisipan 3,6 dan 8 yang mengungkapkan bahwa obat bermanfaat untuk menyembuhkan atau mencegah penyakit DM:

“Minum obat itu ya...biar sembuh sakit gulanya, biar baik...” (p3)

“Sekarang sih klo masih bisa diobati, saya pingin baik, pingin sehat lagi, sembuh gulanya”. (p8)

“Obat itu untuk pencegahan saja, tapi bukan untuk menyembuhkan, mencegah supaya kadar gula darah ditubuh saya ini stabil. Saya tidak pernah bosan, karna ingin baik, dengan minum obat itu anggota tubuh saya kelihatannya baik” (p6).

Lima dari delapan partisipan memiliki pemahaman yang keliru tentang kepatuhan minum obat, mereka beranggapan obat diminum bila ada keluhan saja. Ada juga partisipan yang beranggapan bahwa obat berguna untuk menurunkan gula, sehingga bila ingin makan banyak, baru obatnya diminum. Hal ini membuat mereka tidak teratur minum obat, seperti terungkap dari pernyataan partisipan 1,2,5 dibawah ini:

“Ya iya, kalo ga ada keluhan ya belum, obatnya diam (tidak diminum) saya berobat, tapi tidak rutin, sewaktu-waktu aja, waktu itu, obatnya saya beli ketoko obat, jadi ga periksa, trus pas setahun kesini, saya sakit, sakit muntah-muntah, uda 5 x masuk ke RS, muntah-muntah trus, uda gitu sekarang saya disuntik insulin, udah setahun ini, kalo merasa ada keluhan aja, ga setiap hari. Suka sih

periksa darah, tapi sekali-kali gitu, ga kedokter, ya kadang kan klo lagi sehat gitu gak rutin, klo mau makan melulu baru saya makan obat, tapi kalo gak mau makan melulu sih ga begitu makan obat, ga ada keluhan, ya kalo gak ada keluhan gak makan obat, kalo gak lemas gitu suka gak makan obat memang..”.(p5)

“Kalau kurang rutin ya kadang pipis melulu...keluar seni, Ya kalau rutin gitu terasa badan ringan, saya minum obat kalo terasa pipis melulu...” (p1)

“Yo ndak minum obat setiap hari, nek sembuh gitu ya diberentiin, minum obat kalau belum sembuh, kalo sudah sembuh sudah patuh hehehehe” (p2)

Berikutnya, tiga dari delapan partisipan menggambarkan bahwa mereka tidak memahami pentingnya minum obat yang diresepkan oleh dokter. Mereka seringkali membeli obat tanpa resep dari dokter mereka. Salah satu partisipan dalam studi ini bahkan kadang mengurangi dosis obat yang dianjurkan. Berikut ungkapan-ungkapan mereka berkaitan dengan ketidakpatuhan mereka terhadap penatalaksanaan minum obat:

“Tadinya resep dokter, terus setelah habis saya coba beli sendiri, aaa.. (pasien tampak mengingat-ingat, kening dikerutkan) namanya waktu itu sih..donil, donil sama jonipar, trus jonipar ga ada, ganti donil sama dulkopa, karna bisa beli ditoko obat, seterusnya saya beli obat gitu aja” (p5).

“Awalnya saya kedokter itu susah, susah karna perekonomian saya, saya dapat obat itu konsumsi dari kaka saya, karna kaka saya jantung, larinya juga ke diabet, karna dia PNS, bebas berobat di RS, obat itu dia bagikan buat saya, jadi saat itu, saya makan obat tidak teratur, itu menurut dokter satu kesalahan buat saya, karna gula itu naik atau turun tetap obat harus jalan, sedangkan saya kalau gula turun saya tidak minum obat, kalo gula naik saya minum obat, itu menurut dokter kesalahan...”(p6).

“Kadang-kadang gitu, kadang bosan gitu ya, harusnya minum obat 3 kali kadang jadi Cuma 2 kali” (p1)

Hal yang menarik dari studi ini adalah seorang partisipan menyatakan tidak mematuhi aturan minum obat karena dirinya merasa sehat tanpa harus minum

obat dan masih bisa bekerja dengan kuat tanpa minum obat DM seperti terungkap dalam pernyataannya sebagai berikut:

“Iyah..(menarik nafas panjang) gak paham juga, setahu saya, selain teratur, pagi siang sore, sehabis makan, itu aja, jadi kita ga boleh minum obat sembarangan itu lo mbak... belum, belum minum obat gitu, belum sama sekali, belum pernah mbak, belum pernah, ya itulah dia, saya pikir saya dalam keadaan sehat gitu, saya juga kerja masih kuat gitu ya, saya ga ada masalah gitu mbak, jadi saya juga tidak kontrol begitu, ya menyembronokan diri gitulah mbak...”
(p4)

7. Gagal mematuhi minum obat karena alasan ekonomi

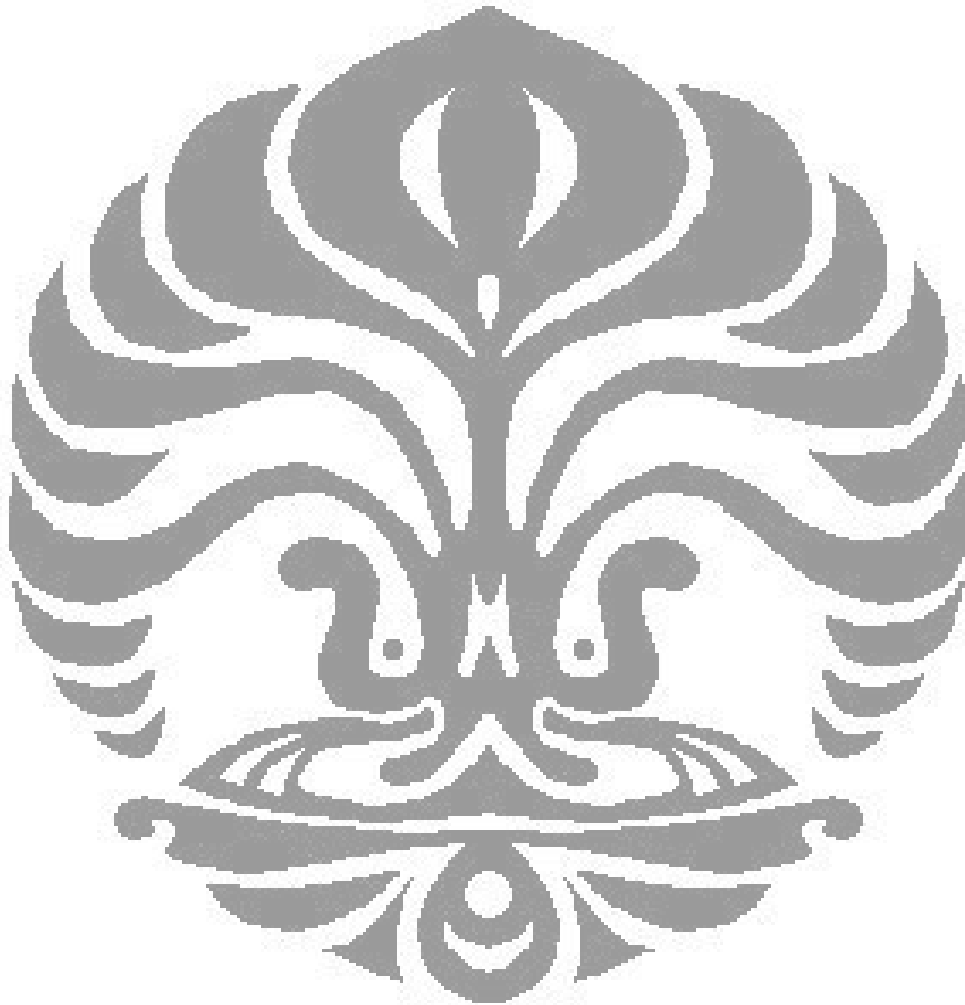
Selain itu, studi ini juga menemukan beberapa alasan lain yang menyebabkan ketidakpatuhan mereka terhadap penatalaksanaan minum obat, diantaranya merasa gagal mematuhi minum obat karena alasan ekonomi. Rata-rata mereka tidak berobat dalam waktu yang lama karena kesulitan ekonomi dan bergantung pada bantuan saudara. Enam dari delapan partisipan dalam studi ini sudah mempergunakan jasa ASKES kurang lebih dua tahun terakhir untuk membeli obat karena alasan kondisi ekonomi mereka yang tidak memungkinkan untuk memenuhi kebutuhan konsumsi obat yang mereka perlukan untuk penatalaksanaan DM. Berikut ungkapan yang mewakili kegagalan partisipan mematuhi minum obat karena tidak memiliki cukup uang untuk membeli obat:

“Awalnya saya kedokter itu susah, susah karna perekonomian saya, saya dapat obat itu konsumsi dari kaka saya, karna kaka saya jantung, larinya juga ke diabet, karna dia PNS, bebas berobat di RS, obat itu dia bagikan buat saya, jadi saat itu, saya makan obat tidak teratur, itu menurut dokter satu kesalahan buat saya, karna gula itu naik atau turun tetap obat harus jalan, sedangkan saya kalau gula turun saya tidak minum obat, kalo gula naik saya minum obat, itu menurut dokter kesalahan, obat teratur Baru beberapa bulan ini saja karna kondisi ekonomi saya membuat saya harus melakukan itu semua supaya sehat” (p6).

“Uangnya belum ada heheh, sebelum ada askes ini, sering tidak beli obat karena tidak ada uang, sekarang sudah mendapat jaminan perawatan dari pemerintah,

sehingga obatnya sudah ada, tetapi minta bantuan kepada ibu..., saya trimakasih (maksudnya RS sudah memberikan askes Gakin buat pasien)” (p2).

“Ya gak ada duit, bapak udah tua, udah ga bisa ngapa-ngapain, klo mau pergi kemana-mana, gimana?...saya ga tahu-menahu, anaknya yang urusin, kalo nggak ada duit, tunggu sampe ada dana, itu aja kalo anaknya datang, langsung kedokter, kalo nggak, ya ngga, ya udah ga ada dana... diam aja, saya rasain sakitnya, sekarang pake itu, gakin” (p5).



BAB V PEMBAHASAN

Bab ini terdiri dari tiga bagian utama: bagian pertama membahas interpretasi hasil temuan penelitian dengan cara membandingkan hasil penelitian dengan konsep-konsep, teori-teori dan hasil penelitian terdahulu. Bagian kedua mengemukakan berbagai keterbatasan yang dialami peneliti dalam melakukan studi dan bagian ketiga mengungkapkan implikasi penelitian ini untuk profesi keperawatan. Ketiga bahasan tersebut dibahas secara bervariasi dengan membandingkan berbagai penemuan hasil-hasil penelitian ini dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya.

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan makna ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM di RSUPN Dr. CM Jakarta. Secara khusus penelitian ini dirancang untuk memberi gambaran interpretasi dan mengungkap makna ketidakpatuhan terhadap pemberian nutrisi/ diit, latihan fisik, dan keteraturan minum obat OHO/ suntik insulin. Pengalaman-pengalaman partisipan dalam penelitian ini diungkapkan secara mendalam dengan berbagai penjelasan dan digambarkan dengan pernyataan-pernyataan tematik sebagai berikut: *makanan diit yang tidak menyenangkan, tidak memahami manfaat diit menyebabkan ketidakpatuhan, tidak memahami manfaat latihan fisik untuk penatalaksanaan DM, alasan usia sudah lanjut, keterbatasan fisik menyebabkan tidak melakukan latihan fisik, pemahaman yang salah tentang manfaat obat, gagal mematuhi minum obat karena alasan ekonomi.* Melalui tema-tema tersebut makna ketidakpatuhan terhadap penatalaksanaan diit bagi pasien DM dapat dipahami

lebih jelas. Selain itu, tema-tema tersebut berkaitan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan berkaitan pula dengan berbagai teori dan konsep tentang dukungan sosial, keluarga, dan perawatan di rumah.

A. Interpretasi Hasil

1. Makanan diit yang tidak menyenangkan.

Hasil studi ini menemukan beberapa partisipan telah memahami anjuran diit, namun mereka tidak mematuhi anjuran diit, diantaranya mereka beralasan makanan diit tidak memenuhi kebutuhan selera dan porsi makan mereka. Makanan diit dirasakan kurang enak, rasanya hambar, porsinya kurang, membuat lapar dan perih, pingin mencicipi rasa dan jenis makanan yang kurang sesuai dengan ajuran diit dan merasa tersiksa atau sedih dengan pembatasan makan tersebut. Pasien seringkali merasa tidak nyaman dengan tindakan anggota keluarga yang mengingatkan untuk menaati diit, padahal disatu sisi, pasien sangat ingin menambah porsi makan. Rasa yang tidak menyenangkan tersebut menjadi stressor tersendiri yang sering dilanggar oleh pasien. Secara sadar mereka sering menambahkan penyedap rasa seperti garam dan gula kedalam makanannya atau makan seperti menu biasa anggota keluarga lainnya. Partisipan juga sering menambah porsi makan yang ditentukan dan menambah makanan selingan diantara jam makan.

Menurut Darmayanti dalam sebuah survei FKM UI, 75% pasien DM tidak makan sesuai anjuran. (Darmayanti, 2008, Kepatuhan Pasien Rendah, ¶ 3, <http://64.203.71.11/kompas.cetak/0507/01/humaniora/1858574.htm> didapat tanggal 19 Juni

2008). Temuan ini selaras dengan data yang dilaporkan oleh Pusat perawatan DM RS Thamrin Jakarta, bahwa 75% pasien tidak menjalani diit dengan berbagai alasan, padahal dengan mengikuti terapi yang tepat, pasien DM dapat menjalani kehidupan yang normal. (RS Thamrin, 2008, Pusat perawatan diabetes, ¶ 5, <http://www.thamrinhospital.com/old/services.html> didapat tanggal 19 Juni 2008).

Partisipan makan karena masih merasa lapar, hal ini sesuai dengan penelitian Stutson & Plant (1990, dalam Delamater, 2006), bahwa pasien yang tidak menaati diit, makan karena dorongan emosi seperti merasa tersiksa dengan rasa lapar, atau sedih dengan pembatasan. Pelaku diit mempunyai masalah kepatuhan berkaitan dengan emosi yang negatif seperti stres dan depresi. Bila mereka semakin stress, maka mereka akan lebih tidak patuh dan makan lebih banyak.

Beberapa partisipan mengatakan ingin merasakan rasa makanan yang ada, meskipun dilarang atau dibatasi, misalnya bila melihat es krim, urap atau kue-kue di suatu pesta atau acara. Hal ini membuat mereka tidak patuh pada anjuran diit. Hal ini sesuai juga dengan temuan Schlundt, Stetson & Plant (1988, dalam Delamater 2006). Mereka menciptakan sebuah taksonomi situasi resiko tinggi yang merupakan kesulitan pasien dalam mematuhi anjuran diit. Situasi ini termasuk: makan berlebih sebagai respon orang, tempat dan emosi, berhubungan dengan makan sedikit dan kesulitan memadukan masukan makanan menurut konteks sosial, waktu, hari dan tempat. Kategori situasi resiko tinggi diit pada orang dewasa termasuk sulit menolak makan yang menggiurkan, makan diluar, makan karena tekanan waktu, prioritas kompetisi dan peristiwa sosial.

Pasien DM yang menambah garam dan gula ke dalam makanannya harus diberi penyuluhan yang benar. Bila tekanan darah normal masih diperbolehkan mengkonsumsi garam seperti orang sehat, namun bila mengalami hipertensi, harus mengurangi konsumsi garam. Pemanis buatan dapat dipakai secukupnya, begitu juga pemakaian gula sebagai bumbu, adanya pengetahuan mengenai bahan peneruan akan sangat membantu pasien (Shahab, 2002).

2. Tidak memahami manfaat diet menyebabkan ketidakpatuhan.

Rata-rata responden mempunyai persepsi yang keliru dalam mematuhi diet. Persepsi keliru tersebut antara lain, bahwa diet berguna untuk mengurangi gula, pembatasan diet boleh dilanggar sesekali, yang dikurangi adalah makanan yang manis-manis saja, atau gulanya saja, memakan cemilan/ mengemil boleh saja asal sedikit, ukuran porsi yang benar tidak diketahui, dan boleh makan kue-kue asal pakai gula diet. Persepsi keliru ini menggambarkan rendahnya tingkat pengetahuan pasien DM tentang diet yang benar. Rendahnya pengetahuan akan membuat pasien kurang peduli pada penyakitnya dan akhirnya tidak patuh pada penatalaksanaan penyakitnya. Hal ini dipengaruhi juga oleh kurangnya komunikasi mereka dengan penyedia pelayanan kesehatan, dan latar belakang pendidikan yang rata-rata masih menengah kebawah. Rata-rata partisipan berpendidikan SD dan tidak rajin kontrol ke pelayanan kesehatan.

Temuan ini selaras dengan data RS Thamrin Jakarta, (2007) bahwa pada pasien DM yang tidak mendapat pendidikan kesehatan dengan baik, resiko terjadinya

komplikasi meningkat 4x lipat (RS Thamrin, 2008, Pusat perawatan diabetes, ¶ 2, [http:// www.thamrinhospital.com/old/services.html](http://www.thamrinhospital.com/old/services.html) didapat tanggal 19 Juni 2008). Hasil ini juga sesuai dengan pendapat Asosiasi Diabetes Amerika (ADA), yang dikutip Palestina, (2006), bahwa pendidikan kesehatan kepada pasien DM merupakan komponen yang penting, pasien memiliki peran yang penting dalam manajemen diri selain didukung oleh tim kesehatan, keluarga, maupun orang-orang di sekitarnya. ADA, (1998) telah mencatat perubahan perilaku yang diharapkan dari adanya pendidikan kesehatan (*Self-Management Education Programs*), yaitu: tingkat pengetahuan, sikap dan keyakinan, status psikologis, kondisi fisik, serta pola hidup yang sehat. Dukungan dari keluarga dan lingkungan, keyakinan terhadap kesehatan, serta tujuan yang sama antara pasien dengan dokter perlu untuk meningkatkan kepatuhan. (Darmayanti, 2008, Kepatuhan Pasien Rendah, ¶ 4, <http://64.203.71.11/kompas-cetak/0507/01/humaniora/1858574.htm> didapat tanggal 19 Juni 2008).

Palestina, (2006) juga menemukan bahwa sikap patuh responden terhadap penyakit DM yang dideritanya meningkat cukup berarti setelah pemberian intervensi komunikasi terapeutik. Secara statistik terdapat pengaruh yang bermakna setelah pemberian komunikasi terapeutik terhadap sikap patuh pasien terhadap penyakit yang diderita dan program pengobatan. (Palestina, 2006, pengaruh komter terhadap kepatuhan DM, ¶ 10, [http://bondan manajemen.com/](http://bondan_manajemen.com/) didapat tanggal 18 Januari 2008)

Penyuluhan bagi pasien DM tidak hanya dilakukan oleh dokter yang mengobati, tetapi juga oleh segenap jajaran terkait, seperti perawat penyuluh, pekerja sosial, ahli gizi, dan sebagainya sesuai dengan bidangnya masing-masing, termasuk peneliti bidang kesehatan melalui publikasi/tulisannya (Misnadiarly, 2008, Permasalahan Kaki Diabetes dan Upaya Penanggulangannya Badan Litbang Kesehatan, ¶ 5, <http://www.tempointeraktif.com/medika/arsip/052001/hor1.htm>, didapat tanggal 19 Juni 2008).

Hasil ini sesuai juga dengan penelitian Yawn dkk (2001, dalam Delamater 2006) yang mengobservasi interaksi antara pasien dan penyedia kesehatan dalam praktik keluarga. Dia melaporkan bahwa pasien yang menerima lebih banyak konsultasi secara spesifik, lebih patuh daripada pasien yang kurang menerima informasi (Delamater, 2006, Improving patient Adherence, ¶ 25, www.clinicaldiabetesjournal.org didapat tanggal 08 Januari 2008). Studi ini ditunjang pula oleh Glasgow dkk (1989, dalam delamater 2006) yang menemukan bahwa pasien dengan riwayat DM lama juga dilaporkan makan tidak tepat, mengkonsumsi lebih banyak proporsi lemak jenuh dan lebih sedikit mematuhi rencana diet.

3. Tidak memahami manfaat latihan fisik untuk penatalaksanaan DM.

Hampir semua partisipan mempunyai persepsi yang keliru tentang manfaat latihan fisik. Mereka hanya tahu bahwa latihan fisik itu perlu untuk kesehatan secara umum, yaitu untuk menyegarkan badan, memperlancar aliran darah, mengurangi gula dan menguatkan otot. Secara spesifik manfaat latihan fisik dengan pengendalian glukosa untuk pasien DM sama sekali tidak dipahami oleh

partisipan. Persepsi keliru ini membuat mereka tidak latihan fisik dengan patuh. Partisipan lebih banyak perempuan, dan rata-rata usia dewasa tua, dan sudah berstatus janda/ duda, ini membuat mereka mempersepsikan bahwa latihan fisik itu membuat lelah, tidak semangat, sudah tua sehingga tidak latihan fisik dan sepi bila latihan fisik sendiri.

Mayoritas partisipan berjenis kelamin perempuan, ini sesuai studi Delamater (2006), yang menemukan bahwa gender berhubungan dengan kepatuhan. Pria ditemukan lebih beraktifitas fisik daripada perempuan, tapi mereka juga mengkonsumsi lebih banyak kalori, makan makanan yang tidak tepat dan punya tingkat kepatuhan lebih sedikit dalam komposisi diet.

Hasil ini sesuai dengan Darmayanti, (2006), bahwa derajat kepatuhan pasien DM beragam. Sebagian pasien ada yang sudah mendapatkan pendidikan kesehatan tetapi mengabaikan hal tersebut. Ada pasien yang sudah mendengar dan mengerti bahwa kepatuhan harus dijalankan tetapi tidak menerima program tersebut. Ada pasien yang menerima program yang disarankan namun tidak melaksanakannya dan lebih jauh lagi pasien memang telah melaksanakan program tetapi tidak berkesinambungan. Beberapa faktor risiko diabetes seperti kegemukan, usia, pola makan tidak sehat, gaya hidup malas bergerak dan stres, banyak terjadi di kota besar. Perilaku malas inilah yang meningkatkan jumlah penderita dan jumlah komplikasi (Darmayanti, 2006, Kepatuhan Pasien Rendah, ¶ 4, http://64.203.71.11/kompas_cetak/0507/01/humani_ora/1858574.htm didapat tanggal 19 Juni 2008).

Komunikasi yang baik antara pasien dan penyedia kesehatan berhubungan dengan meningkatnya kepatuhan. komunikasi yang baik ditemukan lebih berhubungan dengan tingkat kepatuhan pada anjuran diet, pengaturan insulin dan latihan fisik pada perempuan dengan diabetes gestasional (Delamater 2006).

4. Alasan usia sudah lanjut menyebabkan tidak melakukan latihan fisik.

Umur pasien yang rata-rata sudah dewasa tua menjadi alasan tidak latihan fisik. Temuan ini sesuai dengan Delamater (2006), bahwa pasien berusia lebih dari 25 tahun dilaporkan memilih latihan fisik yang lebih sedikit mengeluarkan kalori, memilih mengeluarkan kalori dalam aktifitas fisik yang bersifat rekreasi seperti tamasya dan mengikuti porsi latihan lebih sedikit setiap minggu. (Delamater, 2006, Improving patient Adherence, ¶ 28, www.clinical.diabetesjournal.org didapat tanggal 08 Januari 2008). Partisipan lebih banyak perempuan, ini membuat mereka mempersepsikan bahwa latihan fisik itu membuat lelah, tidak semangat, sudah tua sehingga tidak latihan fisik.

5. Keterbatasan fisik menyebabkan tidak melakukan latihan fisik.

Partisipan dalam penelitian ini ada yang memahami fungsi olahraga, tetapi tidak mampu melakukan karena keterbatasan fisik seperti post amputasi kaki, kelemahan tubuh, dan hilangnya keseimbangan. Keterbatasan ini menyebabkan mereka tidak patuh terhadap anjuran latihan fisik. Hal sesuai dengan pendapat Doengoes (2000), bahwa pada pasien DM dengan komplikasi, sering terjadi gangguan sensori-persepsi seperti perubahan kimia endogen, ketidakseimbangan glukosa-insulin dan

elektrolit yang dapat menyebabkan ketidakberdayaan, masa perawatan yang lama, ketergantungan pada orang lain, tidak berpartisipasi dalam perawatan, dan depresi terhadap kemunduran fisik. Keluhan yang timbul berupa ketidakmampuan melakukan kebiasaan rutin, merasa sangat kurang bertenaga dan tidak bergairah. Namun menurut Brunner & Suddarth (2002), hal ini tidak boleh menjadi alasan untuk tidak latihan fisik. Kondisi seperti ini memerlukan dukungan keluarga dalam membuat keputusan tentang perawatan, misalnya ambulasi, waktu aktifitas, dan latihan fisik bertahap yang bisa dilakukan secara maksimal.

Keluarga dan perawat harus memberikan respon positif terhadap usaha kerjasama pasien perlu untuk latihan fisik, respon ini akan meningkatkan harga diri pasien. Bantuan modifikasi diri bisa diberikan untuk menguatkan prakarsa pasien dalam mencapai tujuan pribadi yang lebih penting yaitu kepatuhan. Pasien juga harus dimotivasi untuk mengambil tanggung-jawab dalam mengurangi perilaku yang tidak patuh seperti bosan, malas dan lain-lain (Dochterman & Bulechek, 2004).

Tanggung-jawab dalam mengatur perilaku ini sangat diperlukan karena tingginya jumlah pasien terutama dipertanian, antara lain disebabkan perubahan gaya hidup masyarakat. Olahraga secara efektif dapat mengontrol DM, antara lain dengan melakukan senam khusus diabetes, berjalan kaki, bersepeda, dan berenang. Latihan yang dilakukan secara teratur dapat menurunkan tekanan darah, kolesterol, dan risiko terkena serangan jantung, serta memacu pengaktifan produksi insulin dan membuatnya bekerja lebih efisien. Diit dipadu dengan olahraga merupakan cara efektif mengurangi berat badan, menurunkan kadar gula darah, dan mengurangi

stres. (Soegondo, 2007, ¶, 59, <http://www.medicastore.com/diabetes/> didapat tanggal 19 Juni 2008).

6. Pemahaman yang salah tentang manfaat obat

Beberapa partisipan mengatakan bosan mengkonsumsi obat karena sudah lama, ada yang sudah mengkonsumsi sampai rentang 15 tahun terakhir. Lamanya waktu dan persepsi pasien bahwa tidak ada perubahan membuat mereka bosan, lupa, menghindar dan tidak patuh minum obat. Hal ini sesuai penelitian Glasgow dkk (1989, dalam Delamater, 2006) bahwa durasi kemunculan penyakit mempunyai hubungan negatif dengan kepatuhan: makin lama pasien menderita DM, makin sedikit kepatuhannya pada pengobatan. Studi terkait di Polish dan USA menemukan bahwa lama penyakit juga berhubungan dengan kepatuhan mengatur insulin, seperti anak dengan riwayat DM lama kurang mengingat injeksi insulin dibanding anak yang baru terdiagnosa. (Delamater, 2006, *Improving patient Adherence*, ¶ 24, www.clinical.diabetesjournalaorg didapat tanggal 08 Januari 2008)

Rata-rata usia partisipan juga sudah dewasa tua, hal ini sesuai penelitian Delamater (2006, *Improving patient Adherence* www.clinicaldiabetesjournala.org, ¶ 29, didapat tanggal 08 Januari 2008), yang menemukan bahwa pasien dewasa tua lebih banyak berbuat kesalahan dalam mengatur insulin yaitu lupa menyuntik dibanding rekannya yang lebih muda. Data ini juga sesuai dengan hasil yang ditemukan RS Tamrin Jakarta, dimana tingkat kepatuhan terapi jangka panjang pada pasien DM hanya mencapai sekitar 50%, dimana 58% pasien DM salah

menggunakan obat, dan 80% menyuntikan insulin dengan cara yang salah (Pusat Perawatan Diabetes, ¶ 5, http://www.thamrinhos_pital.com/old/services.html didapat tanggal 19 Juni 2008)

Rata-rata pasien sudah sakit DM belasan tahun, dan sudah menjanda. Kondisi ini diperkirakan membuat mereka stres. Kejadian depresi sendiri terjadi dua kali lebih tinggi pada orang yang diabetes daripada populasi umum. Pasien depresi yang mengalami komplikasi diabetes memiliki kontrol glikemik yang lebih buruk dan kurang patuh pada pola perawatan sendiri daripada pasien yang tidak tertekan (Delamater, 2006, Improving patient Adherence, ¶ 33, www.clinicaldiabetesjournalaorg didapat tanggal 08 Jan 2008).

7. Gagal mematuhi minum obat karena alasan ekonomi

Beberapa partisipan gagal mematuhi minum obat karena keterbatasan biaya membeli minum obat, hal itu tergambar dari usaha mereka untuk minum obat dengan cara-cara yang tidak benar seperti, meminjam resep obat orang lain yang dianggap mempunyai penyakit sama, membeli obat mengikuti resep dokter terdahulu tanpa mengecek perkembangan penyakit, atau menunggu dulu sampai punya dana untuk membeli obat. Hal ini sesuai dengan penelitian Riette (2000, dalam Delamater 2006) yang meneliti pengalaman pasien dalam setting kesehatan umum di USA dan menemukan bahwa biaya perawatan adalah hambatan besar untuk diakses, khususnya untuk pasien dalam pengobatan (Delamater, 2006, Improving patient Adherence, ¶ 34, www.clinicaldiabetesjournala.org didapat tanggal 08 Januari 2008)

Hampir semua partisipan tidak rutin minum obat karena alasan biaya. Selama ini mereka tidak mampu berobat, kondisi ini menyebabkan komplikasi, sehingga terpaksa mereka harus dirawat di RS. Keterpaksaan ini menyebabkan mereka mengurus askes GAKIN. Meskipun sudah banyak terbantu dengan askes ini, mereka berkata masih kesulitan, sebab masih ada banyak biaya perawatan di rumah dan biaya lain yang tidak ditanggung oleh askes. Kondisi ini bisa menyebabkan stress dan depresi. Hal ini selaras dengan temuan Delamater (2006), bahwa depresi juga berhubungan dengan biaya yang lebih mahal pada pengobatan pasien DM. Banyak orang dalam bangsa berkembang termasuk orang miskin dan kelompok suku minoritas harus menghadapi tahap perkembangan ekonomi di abad 20. Mereka adalah golongan yang paling dirugikan oleh perubahan lingkungan dan mengarah pada senjangnya perbedaan status kesehatan. Hidup dalam komunitas yang miskin berpengaruh pada buruknya kesehatan (Delamater, 2006, Improving patient Adherence, ¶ 34, www.clinical.diabetes.journals.org didapat tanggal 08 Januari 2008).

Kemampuan pasien untuk mengatur tingkah lakunya, mencapai kontrol metabolik yang cukup ketat dan mencegah komplikasi DM jangka panjang ditentukan oleh faktor interpersonal, intrapersonal dan faktor lingkungan yang saling berinteraksi. Pencapaian kepatuhan penatalaksanaan penyakit ini memerlukan kerjasama yang baik diantara semua pihak, baik pasien, keluarga, masyarakat, penyedia kesehatan, dan pemerintah. Pengobatan DM meliputi pengendalian berat badan, olah raga dan diet. Seseorang yang obesitas dan sakit

DM tipe 2 tidak memerlukan pengobatan jika mereka menurunkan berat badannya dan berolah raga secara teratur. Namun sebagian besar pasien merasa kesulitan menurunkan berat badan dan melakukan olah raga yang teratur, karena itu biasanya diberikan terapi sulih insulin atau obat hipoglikemik oral (Soegondo, ¶ 30, <http://www.medicastore.com/diabetes/> didapat tanggal 19 Juni 2008). Keteraturan minum obat ini perlu ditingkatkan dengan penyuluhan berkualitas, menggunakan takaran nyata yang lebih mudah dimengerti oleh pasien dan meningkatkan motivasi untuk melaksanakan kepatuhan (Setiyani, 2004, <http://sia.fkmundip.or.id/data/index.php?action=4&idx=2064> didapat tanggal 19 Juni 2008).

Bahkan menurut Shahab (2006, dalam PERKENI, 2006), untuk pasien DM dengan sosial ekonomi rendah, makanan dengan komposisi karbohidrat sampai 70-75% juga sudah memberikan hasil yang baik tanpa pemberian obat. Komposisinya terdiri dari jumlah kandungan kolesterol <300 mg/hari dan jumlah kandungan serat larut \pm 25 g/hari, usahakan lemak dari sumber asam lemak tidak jenuh dan menghindari asam lemak jenuh.

B. Keterbatasan penelitian

Peran peneliti sebagai instrumen dalam penelitian kualitatif sangat mempengaruhi hasil temuan penelitian. Peneliti mengidentifikasi beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yaitu:

1. Keterbatasan peneliti dalam memperoleh data yang dilakukan dengan metoda wawancara mendalam. Pada tahap awal, partisipan sulit mengungkapkan

pengalamannya. Hal ini terjadi karena hubungan peneliti dan partisipan belum akrab, sehingga partisipan terkesan kurang terbuka dan ingin memberikan kesan jawaban yang baik. Akibatnya peneliti sering harus mengulang-ulang pertanyaan yang sama pada saat yang berbeda untuk mendapatkan jawaban yang sebenarnya dan meyakinkan partisipan bahwa jawaban yang jujur dan terbuka akan membantu pencapaian tujuan penelitian.

2. Kondisi partisipan yang sedang menjalani rawat inap dengan berbagai komplikasi.

Keadaan psikologis pasien tidak semuanya baik, ada yang sedang merasa kesakitan, ada yang merasa terpukul karena baru mendengar kabar dirinya di PHK karena tidak masuk kerja 2 minggu selama dirawat ini, ada yang bosan dengan penyakit yang dirasakan tidak sembuh-sembuh. Kondisi ini membuat pasien bercerita disertai deraian airmata sehingga wawancara dihentikan, peneliti memberikan intervensi dan mengulang kembali wawancara.

C. Implikasi Dalam Keperawatan

Temuan dalam penelitian ini dapat menjadi salah satu masukan sebagai data dasar pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan terutama dalam area keperawatan medikal bedah. Tingginya angka ketidakpatuhan disebabkan rendahnya pengetahuan pasien tentang penyakitnya, meskipun sudah bertahun-tahun menjadi pasien DM. Temuan ini memberi gambaran pentingnya memberikan informasi berupa penyuluhan kesehatan berkelanjutan kepada pasien DM sebagai upaya untuk menurunkan komplikasi penyakit. Respon partisipan yang masih banyak bersifat "sembrono" dalam merawat diri perlu diperbaiki dengan informasi yang cukup. Kondisi psikologis pasien dengan segala prioritas kebutuhan lainnya,

terutama keterbatasan biaya, perlu dukungan yang bersifat psikologis. Hasil ini menggambarkan asuhan tidak berfokus pada kebutuhan fisik saja, tapi juga masalah psikologis.

Penyuluhan bagi pasien DM tidak hanya dilakukan oleh dokter yang mengobati, tetapi juga oleh segenap jajaran terkait, seperti perawat penyuluh, pekerja sosial, ahli gizi, dan sebagainya sesuai dengan bidangnya masing-masing, termasuk peneliti bidang kesehatan melalui publikasi. Perawat sebagai pemberi askep yang 24 jam merawat pasien secara profesional, bertanggung jawab terhadap keberhasilan penatalaksanaan DM. Karena itu perlu adanya ruangan khusus bagi perawat untuk memberi upaya kesehatan yang bersifat promotif, edukatif, dan rehabilitatif kepada pasien DM yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan.

Kegagalan pasien mematuhi penatalaksanaan OHO/ suntik insulin karena keterbatasan biaya perlu mendapat perhatian dari pemerintah dan organisasi masyarakat. Organisasi terkait diharapkan dapat bekerjasama menyediakan layanan kesehatan dan obat yang terjangkau sehingga pasien tidak *drop-out* dari rutinitas minum obat. PPNI sebagai organisasi profesi bertanggung-jawab pada proses pengembangan profesi perawat yang dapat melakukan askep holistik pada pasien DM yang jumlahnya semakin meningkat di Indonesia, sehingga memberikan kontribusi terhadap peningkatan kesejahteraan pasien DM di Indonesia.

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan simpulan yang menjawab tujuan penelitian yang telah dirumuskan, kemudian disampaikan saran praktis berhubungan dengan masalah penelitian.

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bagaimana pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM.

1. Terhadap makna ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM di RSUPN Dr. CM Jakarta yang diwakili oleh tujuh tema yaitu: makanan diit yang tidak menyenangkan, tidak memahami manfaat diit menyebabkan ketidakpatuhan, tidak memahami manfaat latihan fisik untuk penatalaksanaan DM, alasan usia sudah lanjut, keterbatasan fisik menyebabkan tidak melakukan latihan fisik, pemahaman yang salah tentang manfaat obat, gagal mematuhi minum obat karena alasan ekonomi.
2. Ketidakpatuhan pasien terhadap pemberian nutrisi/ diit disebabkan oleh makanan diit yang tidak menyenangkan dan tidak memahami manfaat diit menyebabkan ketidakpatuhan.
3. Ketidakpatuhan pasien terhadap latihan fisik disebabkan oleh tidak memahami manfaat latihan fisik untuk penatalaksanaan DM, alasan usia sudah lanjut

menyebabkan tidak melakukan latihan fisik, dan keterbatasan fisik menyebabkan tidak melakukan latihan fisik.

4. Ketidakpatuhan pasien terhadap pemberian keteraturan minum obat OHO/ suntik insulin disebabkan oleh pemahaman yang salah tentang manfaat obat, dan gagal mematuhi minum obat karena alasan ekonomi.

B. Saran

1. Institusi Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian dimana hampir semua pasien mempunyai pemahaman yang keliru tentang manfaat penatalaksanaan DM yang mengakibatkan ketidakpatuhan, maka perawat harus merancang program yang bisa meningkatkan pemahaman dan kepatuhan pasien. Hal ini dicapai dengan pemberian pendidikan kesehatan khusus terkait pentingnya diet, modifikasi penambah rasa dan porsi/ takaran diet yang bisa dimengerti pasien, pentingnya latihan fisik, modifikasi latihan fisik dengan keterbatasan fisik, pentingnya rutinitas minum obat, manfaat obat untuk pasien DM dan rutinitas kontrol dengan memakai askes gakin bila pasien tidak mampu. Perawat harus meningkatkan kemampuan memberikan promosi kesehatan, melengkapi potensi diri dari segi pengetahuan, ketrampilan serta sikap *caring* melalui pendidikan formal dan pelatihan sehingga mampu memberikan pelayanan komprehensif dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM. Melihat data banyaknya kegagalan minum obat karena alasan biaya, maka perawat bekerjasama dengan pemerintah dan masyarakat dituntut memberikan akses

pengobatan yang dapat dijangkau pasien tidak mampu, serta pengawasan penatalaksanaannya secara kontinu.

2. Pengembangan Ilmu Keperawatan

Pertimbangan untuk merancang program atau intervensi keperawatan guna membantu meningkatkan kepatuhan pasien melalui pemberian penyuluhan kesehatan berkelanjutan, menggerakkan kepedulian pasien dan keluarga serta masyarakat untuk ikut serta memotivasi pasien menjalankan 4 pilar penatalaksanaan DM meliputi pendidikan kesehatan, diit, latihan fisik dan minum OHO, serta melakukan *follow-up* perilaku pasien dalam program tersebut.

3. Penelitian selanjutnya

Penelitian fenomenologi lanjutan untuk menggali lebih dalam ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM pada masing-masing pilar secara spesifik, misalnya faktor-faktor yang mempengaruhi kurangnya pemahaman pasien terhadap anjuran diit, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku malas dalam menjalani anjuran diit, pengalaman diit meliputi jenis makanan, porsi makanan, cara pengolahan dan penyajian sehingga diidentifikasi alasan-alasan ketidakpatuhan lainnya, serta mengidentifikasi kebutuhan khusus pasien dalam mematuhi penatalaksanaan DM.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonymous, (2008). <http://konsulgizi.spot.com/2007/10/diabetes-melitus.html> didapat tanggal 18 Januari 2008.
- Anonymous, (2008). *Penderita diabetes mellitus meningkat terus*. <http://www.kapanlagi.com/h/0000165563.html>. didapat tanggal 18 Januari 2008.
- Anonymous, (2008). *Penderita diabetes terus meningkat*. <http://www.sinarharapan.co.id/berita/0303/17/nas06.html> didapat tanggal 22 Januari 2008.
- Anonymous, (2008). *The diabetes diit* <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=47883> didapat tanggal 18 Januari 2008.
- American Diabetes Association. (1998). *Medical management of type 2 diabetes. ADA clinical series*.
- Anonymous, (2002). Supplement 1 American diabetes association: clinical practise recommendations. *diabetes care. American diabetes association, 25 (1), 23*.
- Balitbang Pati. (2005). *Informasi: Kepatuhan dalam proses belajar* <http://www.litbangpati.jawatengah.go.id/home/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=14> didapat tanggal 22 Januari 2008.
- Bates, B. (1998). *Buku saku pemeriksaan fisik & riwayat kesehatan*. Ed kedua. Jakarta: EGC.
- Black, J.M., Hawks, J.H., Keene, A.M. (2005). *Medical surgical nursing: clinical manage for positive outcome*. 7th Ed. Philadelphia: Elsevier. Inc.
- Carpenito, L.J. (2001). *Diagnosa keperawatan*. Ed 8. Jakarta: EGC.
- Creswell, J.W. (1998). *Quality inquiry and research design choosing among* 5th ed. Thousand Oaks: Sage Pub. Inc
- Darmansjah, I. (2007). *Rational practical therapeutics of diabetes mellitus - a clinico-pharmacological view*, <http://www.iwandarmansjah.web.id/medical.php?id=64> *Rational Practical* didapat tanggal 22 April 2008.
- Darmayanti, R. (2006). *Kepatuhan pasien rendah*. <http://64.203.71.11/kompas-cetak/0507/01/humaniora/1858574.htm>. didapat tanggal 19 Juni 2008.

- Delamater, A.M. (2006). *Improving patient adherence*. [clinicaldiabetesjournala.org/](http://www.clinicaldiabetesjournala.org/) didapat tanggal 06 Januari 2008.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y. (2003). *Strategies of qualitative inquiry* (2nd ed). Thousand Oaks: Sage.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y. (Eds) (2003). *The landscape of qualitative research: Theories & Issues* (2nd ed). Thousand Oaks: Sage.
- Depkes RI. (2003). *Jumlah penderita diabetes Indonesia ranking ke-4 di dunia*. www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=1183&Itemid=2-24k didapat tanggal 22 Januari 2008 .
- Depkes RI. (2003). *Seminar pekan diabetes*. Jakarta.
- Dochterman, J.M. & Bulechek, G.M.(2000). *Nursing Interventions Classification(NIC)*. Iowa: Mosby.
- Doengoes, M.E. (2000). *Rencana asuhan keperawatan, pedoman untuk perencanaan & pendokumentasian perawatan pasien*. Jakarta: EGC.
- Fitzpatrick, W. (1989). *Conceptual models of nursing*. California: Appleton & Lange.
- Hemoglobin A1c (HbA1c) adalah penanda paparan kumulatif glukosa (gula) berlebih selama periode 2-3 bulan. (27 Juli, 2004) *Republika Online hlm 1*.
- Hendromartono. (2004). *Pilihan baru pengobatan diabetes*, www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1091169648,87880, didapat tanggal 22 April 2008.
- ICD. (2007). *Diabetes follow-up*, <http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni.firstnationinuit.Canada> . didapat tanggal 13 Maret 2008.
- Kinschuk, D. (2008) *What is the HbA1C?* www.diabeticrotinopathy.org.uk didapat tanggal 20 Mei 2008.
- Kozier, B. dkk. (2004). *Fundamental of nursing: concepts, process & practice*. 7th ed. Upper Saddle River: Pearson Education Inc.
- Lubis, A.Y. (2004). *Filsafat ilmu & metodologi postmodernis*. Bogor: Akademia.
- Misnadiarly. (2008). *Permasalahan kaki diabetes dan upaya penanggulangannya badan litbang kesehatan*, <http://www.tempointeraktif.com/medika/arsip/052001/hor1.htm>. didapat tanggal 19 Juni 2008.

- Moleong, L.J.(2006). *Metodologi penelitian kualitatif*. Ed revisi. Bandung: PT Remaja Rosda Karya.
- _____.(2005). *Jenis-jenis riset kualitatif*. Jakarta: PPS FIK UI. (tidak dipublikasikan).
- Moorhead, N., Johnson, S., Maas, S. (2000). *Nursing outcomes classification (NOC)* 3rd Ed. Missouri: Mosby.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Palestina, B. (2006). *Penerapan komunikasi terapeutik untuk mengoreksi perilaku klien rawat jalan dengan diabetes mellitus*.
<http://bondanmanajemen.com/> didapat tanggal 18 Januari 2008.
- PERKENI. (2006). *Naskah lengkap national obesity symposium I 2002: from children to elderly from adipocytokines-mediators to the promising management of obesity*. Pusat Diabetes dan Lipid RSUD Dr. Soetomo/FK UNAIR.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research methods, appraisal, & practice*. 4th Ed. Philadelphia: Mosby.
- Pradhan, A.D. (2007). *What is HbA1c?*. *Journal of Medicine*, 08 (1),1-2.
- Pradhan, A. D. (2007). *What is the HbA1C?*
<http://www.kalbe.co.id/index.php?mn=news&tipe=detail&detail=19270>, didapat tanggal 20 Mei 2008.
- Price, S.A. & Wilson, L.M. (1995). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*. Jakarta: EGC.
- Rachmawati, E (2006) *Kuncinya kendalikan faktor risiko*
<http://kompas.com/kompas-cetak/0508/12/kesehatan/1966950.htm> didapat tgl 18 Januari 2008.
- Rice, P. & Ezzy, P. (1999). *Writing a qualitative research proposal, qualitative research methods: a health focus*. Oxford University Press.
- RSCM FKUI, (1999). *Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu sebagai panduan penatalaksanaan diabetes mellitus bagi dokter maupun edukator*. CV Aksara Buana.
- RS Thamrin Jakarta. (2008). *Pusat Perawatan Diabetes*, <http://www.thamrinhospital.com/old/services.html> didapat tanggal 19 Juni 2008.

- Setiyani, E. (2004). Hubungan antara penyuluhan diit DM dengan kepatuhan menjalankan diit DM, <http://sia.fkmundip.or.id/data/index.php?action=4&idx=2064> didapat tanggal 19 Juni 2008.
- Smeltzer, S.C.(2002). *Bahan ajar keperawatan medikal bedah*, Brunner & Suddarth. Alih bahasa : Agung Waluyo dkk. Jakarta: EGC.
- Soegondo, S. *PERSADIA*. <http://www.medicastore.com/diabetes/> didapat tanggal 19 Juni 2008.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2003). *Dasar-dasar penelitian kualitatif, langkah-langkah & teknik-teknik teoritisasi data*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkin.
- Sugiyono. (2000). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: CV Alfabeta.
- (2007). *Metoda penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung: CV Alfabeta.
- Tomey, A.M. (1994). *Nursing theories & their work*. 3 Ed. ST Louis: Mosby.
- WHO. (2003). *Adherence long-term therapies. Evidence for action*. http://www.emro.who.int/ncd/publicity/adherence_report_in_diabetic_patient/ didapat tanggal 07 Januari 2008.
- Wilkinson, J. (2005). *Nursing diagnosis handbook with NIC interventions & NOC outcomes*. 8th Ed. New Jersey: Prentice Hall.

Panduan wawancara

1. Bagaimana pengalaman Bapak/Ibu saat merawat diri sendiri dengan penyakit DM ini?
 - Alasan apa saja yang membuat tidak teratur?
 - Perasaan seperti apa yang dirasakan saat merawat diri?
2. Menurut Bapak/Ibu, pentingkah latihan fisik, minum obat, dan diit untuk kesehatan Bapak/Ibu?
 - Pentingnya untuk apa saja?
3. Bagaimana pengalaman minum obat?
 - Bagaimana rutinitas minum obat? Apakah teratur?
 - Hal apa saja yang membuat tidak rutin minum obat?
 - Bagaimana dengan biaya pengobatan?
4. Saya ingin belajar dari pengalaman Bapak/Ibu dalam melakukan anjuran diit
 - Bisakah menceritakan pengalaman dengan porsi makan yang dianjurkan?
 - Bagaimana rasa makanan diit tersebut?
 - Bagaimana jadwal makannya?
5. Bagaimana pengalaman melakukan latihan fisik?
 - Hal apa saja yang membuat Bapak/Ibu tidak teratur berlatih fisik?
6. Apa saja alasan-alasan atau kesulitan lain dalam melakukan anjuran penatalaksanaan DM?

Lampiran 2

**SURAT PENGAJUAN UNTUK BERPARTISIPASI
SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Chandra Isabella H. Purba
Alamat : Jl. Flamboyan blok F3 no. 6 Komp TNI AD Cimanggis Depok Jabar
Pekerjaan : Mahasiswa Pascasarjana program kekhususan Keperawatan Medikal
Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Nomor kontak : 0812 596 7582/ 021-87744411

Dengan ini, mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu/Saudara, untuk bersedia menjadi partisipan penelitian yang akan saya lakukan, dengan judul “Pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM”.

Penelitian tersebut bertujuan untuk mendapatkan makna ketidakpatuhan pasien DM terhadap penatalaksanaan DM di RSUPN Dr. CM Jakarta. Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi pasien untuk meningkatkan kepatuhan terhadap penatalaksanaan penyakit DM sehingga meningkatkan harapan usia hidup sehat lebih lama dan berkualitas, serta mengurangi biaya perawatan di RS.

Partisipan akan diminta menceritakan secara bebas pengalaman menjalani penatalaksanaan DM, terutama ketidakpatuhan terhadap anjuran diet, latihan fisik dan minum obat/ suntik insulin. Saudara bebas memilih tempat dan posisi yang nyaman untuk menceritakan pengalaman, pembicaraan akan direkam untuk dipelajari dan dicari maknanya. Peneliti akan menjamin kerahasiaan identitas dengan tidak menyebarkan isi rekaman dan tidak menuliskan nama partisipan dalam wawancara tersebut. Setelah isi rekaman ditulis, peneliti akan memperlihatkan kembali kepada partisipan, dan partisipan boleh menghapus isi pembicaraan yang dirasakan tidak nyaman atau menambahkan informasi baru yang dianggap perlu. Partisipan bebas mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa sanksi apapun.

Apabila ada pertanyaan lebih dalam tentang penelitian ini, dapat menghubungi peneliti pada alamat dan nomor kontak yang telah disebutkan di atas. Demikian permohonan ini saya buat, atas kerjasama yang baik saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, 2008

Hormat saya,

Chandra Isabella H.Purba

Lampiran 3

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA BERPARTISIPASI
SEBAGAI PARTISIPAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Alamat :

Menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian “Pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM”.
2. Memahami prosedur penelitian, tujuan dan manfaat penelitian yang akan dilakukan

Dengan pertimbangan tersebut, saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa saya bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya.

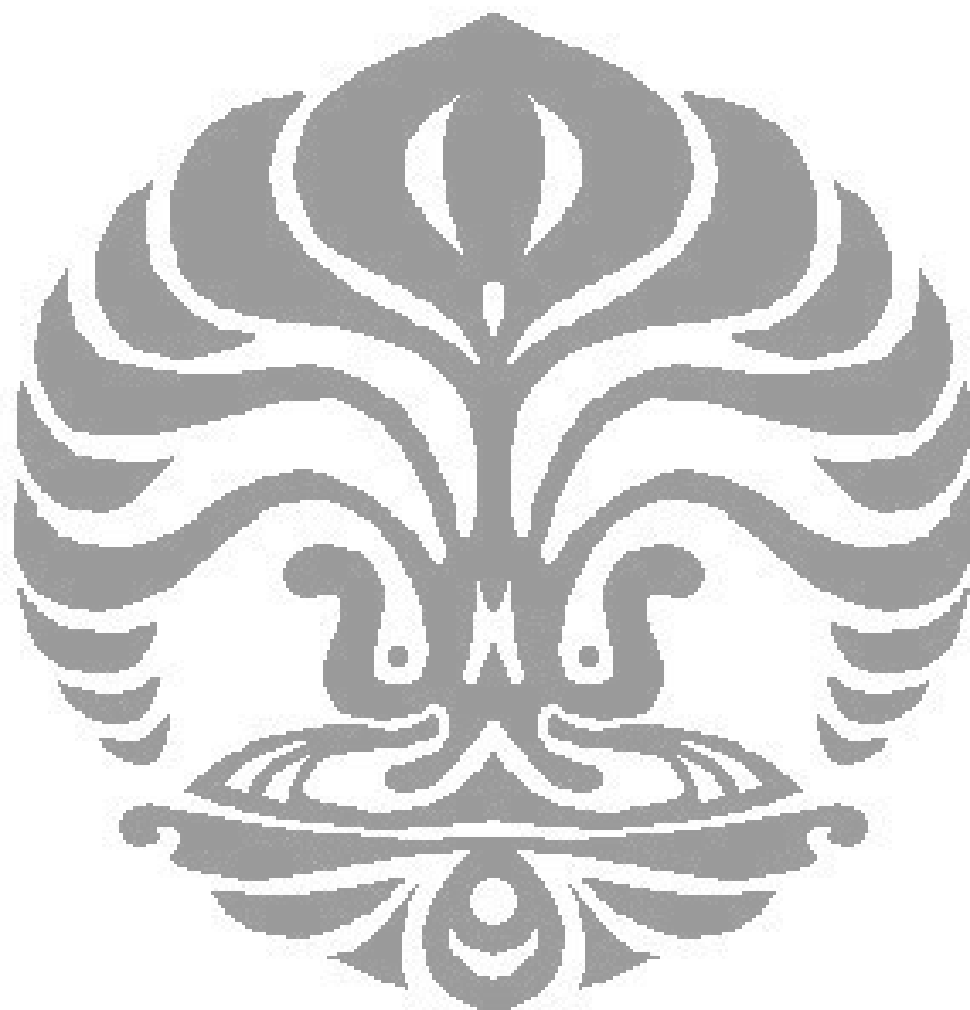
Jakarta, 2008

Yang membuat pernyataan

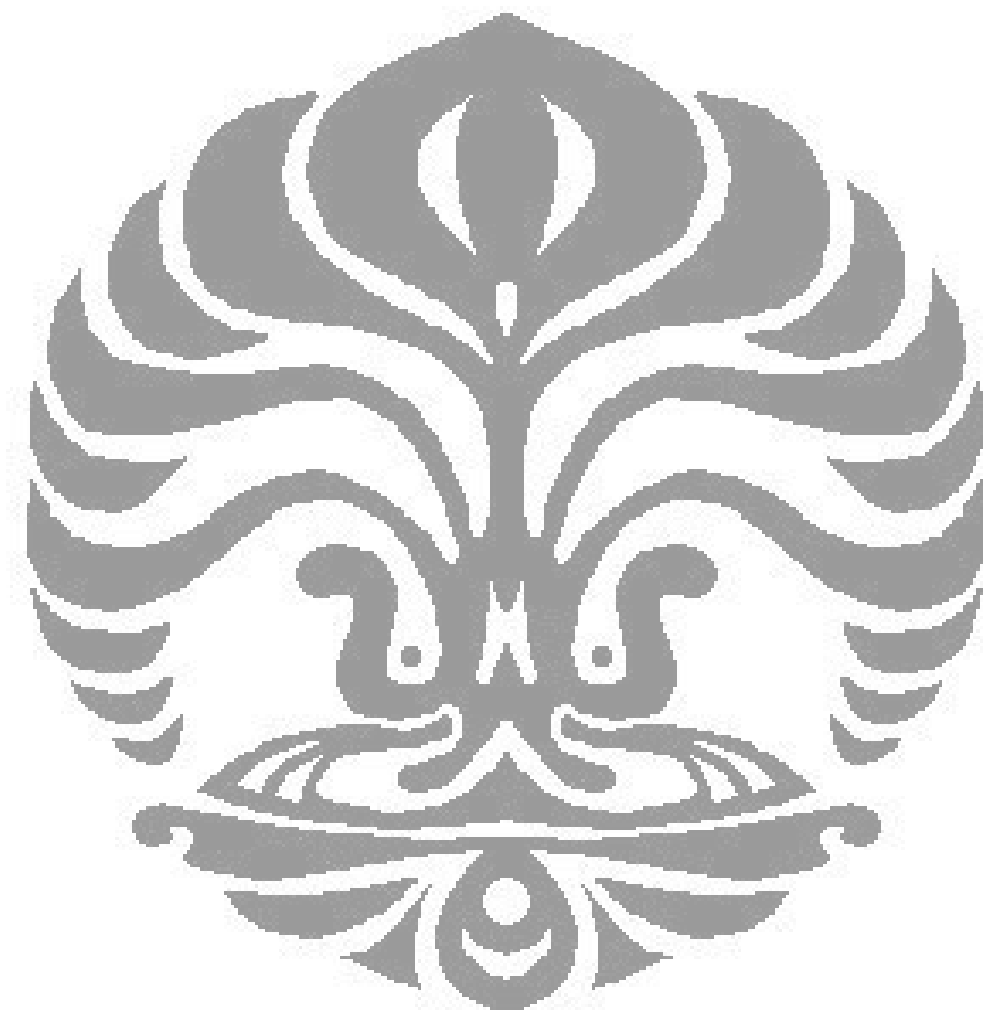
Nama & Tanda tangan

Lampiran 4

Surat Keterangan Lolos Uji Etik

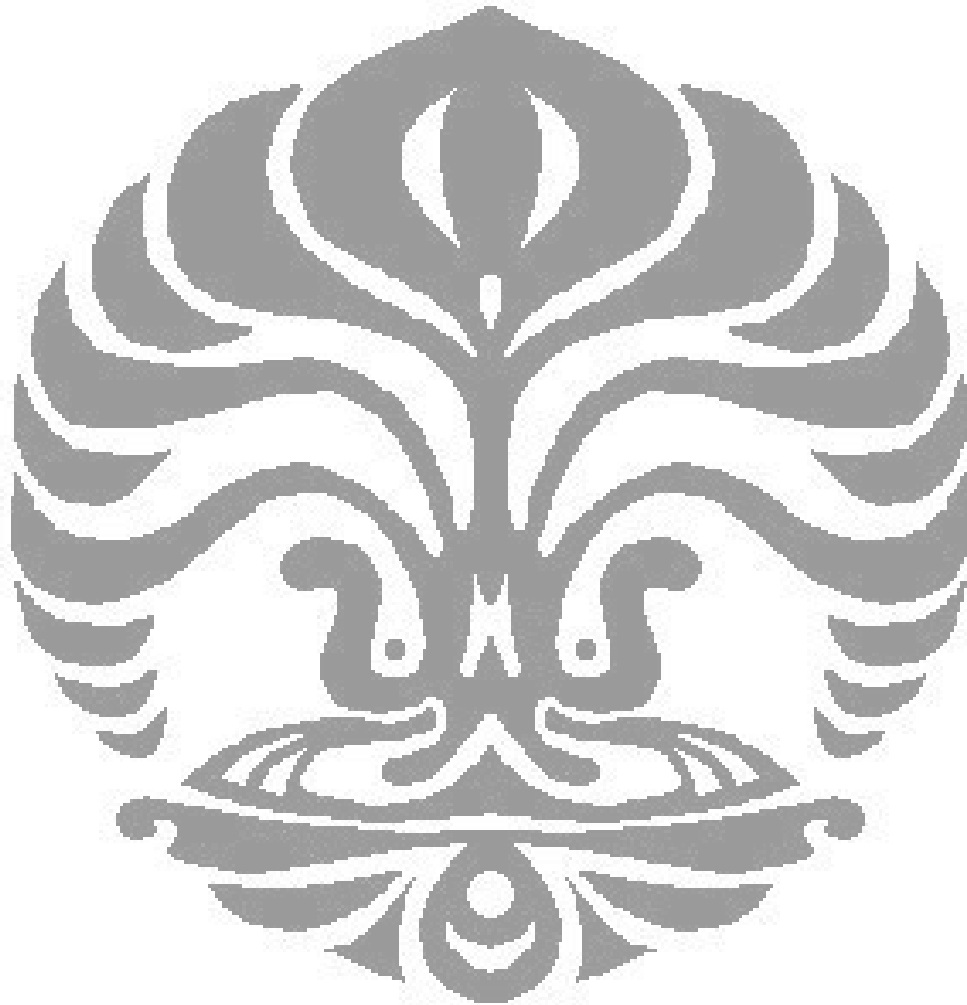


Lampiran 5

Surat permohonan ijin penelitian dari FIK UI

Lampiran 6

Surat Ijin penelitian dari RSUPN Dr. CM



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Chandra Isabella Hostonida Purba, SKp.
 Tempat, tanggal lahir : Sarulla, 11 Januari 1976
 Jenis kelamin : Perempuan
 Pekerjaan : PNS / Dosen
 Alamat rumah : Komp TNI AD, Jl. Flamboyan blok F3 no 6 Cimanggis, Depok,
 Jabar, 16955. telp. 021-87744411.
 Alamat institusi : Kopertis Wilayah VII Jatim Jl. Kertajaya Indah Timur 55
 Surabaya dpk Akper PGRI Kediri. Jl. KH. Ahmad Dahlan 76
 Kediri Jatim 64121. telp 0354-771495

Riwayat pendidikan :
 SD Inpres Aeknatolu, Kab. Toba, SUMUT : tahun 1982-1988
 SMP St. Maria Farutung, SUMUT : tahun 1988-1991
 SMAN I Medan, Sumut : tahun 1991-1994
 PSIK UNPAD Bandung : tahun 1995-2000
 Program Pasca Sarjana FIK UI Depok : tahun 2006-2008

Riwayat pekerjaan :
 Akper Medistra Lubuk Pakam, SUMUT : tahun 2001
 RS Baptis Kediri, Jatim : tahun 2002
 RS Gambiran Kediri, Jatim : tahun 2002-2004
 Kopertis Wil VII Jatim dpk Akper PGRI Kediri : tahun 2005-sekarang