



TESIS

PENGALAMAN DIABETISI DALAM MELAKSANAKAN  
PERAWATAN DI RUMAH DI KOTA DEPOK

Oleh :

Muhammad Mu'in

0906505142

MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2011



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGALAMAN DIABETISI DALAM MELAKSANAKAN  
PERAWATAN DI RUMAH DI KOTA DEPOK**

**TESIS**

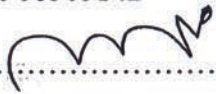
Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister  
Keperawatan

MUHAMMAD MU'IN  
0906505142

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JULI 2011**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

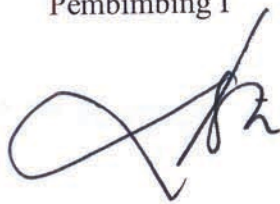
Nama : Muhammad Mu'in  
NPM : 0906505142  
Tanda Tangan :   
Tanggal : Keperawatan Komunitas

## LEMBAR PERSETUJUAN

Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing dan telah diperkenankan untuk dilakukan sidang tesis di depan tim penguji

Jakarta, Juli 2011

Pembimbing I



**Astuti Yuni Nursasi, MN**

Pembimbing II



**Wiwin Wiarsih, MN**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini telah diajukan oleh :

Nama : Muhammad Mu'in

NPM : 0906505142

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Pengalaman Diabetisi Dalam Melaksanakan Perawatan di Rumah  
di Kota Depok

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Astuti Yuni Nursasi, MN

  
(.....)

Pembimbing : Wiwin Wiarsih, MN

  
(.....)

Penguji : Henny Permatasari, SKp; MKep; Sp.Kep Kom

  
(.....)

Penguji : Ns Nawang Puji Astuti, MKep; Sp.Kep Kom

  
(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2011

## KATA PENGANTAR

Penulis haturkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, Tuhan pencipta semesta alam, yang telah memberikan rahmat, hidayah, inayah dan karunia-Nya serta menganugerahkan kesehatan dan kesempatan bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan tesis ini dengan judul “Pengalaman Diabetisi Dalam Melaksanakan Perawatan di Rumah di Kota Depok”.

Dalam penyusunan laporan hasil penelitian ini, penulis tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, MSc., PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, serta pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu dan dengan penuh kesabaran membimbing, memberikan motivasi, memberikan masukan dan saran yang membangun pada penulis sehingga laporan hasil penelitian tesis ini dapat diselesaikan.
3. Ibu Wiwin Wiarsih, MN selaku pembimbing II yang sabar dan tekun memberikan bimbingan melalui pengarahan, masukan dan saran yang membangun dalam penyusunan laporan hasil penelitian tesis ini
4. Ibu-ibu dan Bapak staf Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmu dan bimbingan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Bapak Nur Amin dan Simbok Siti Khodijah, terima kasih atas cinta, do'a, keikhlasan dan dukungannya yang menjadi sumber kekuatan bagi penulis selama menyelesaikan studi dan laporan hasil penelitian ini, semoga diberikan kebaikan sampai akhir.
6. Mama Nuraini, yang memberikan inspirasi bagi penulis dalam melaksanakan tugas kehidupan dengan segenap upaya dan menebarkan kebaikan serta kemanfaatan bagi sebanyak mungkin orang di sekitar kita.

7. AA Tsaqib Ahmad Faruqi, DD Aqila Fawwazi Hammada, “gangguan” kalian menjadi penyemangat ayah menyelesaikan laporan hasil penelitian dan studi ini, just being sholih and sholihah, ok?!
8. Istriku, Rain Megasari, terimakasih untuk kasih, cinta dan diskusi yang cerdas yang menjadi motif dan motor bagi penulis menyelesaikan laporan hasil penelitian dan studi ini
9. Mas Tohir (Alm.), Mbak Isfuriyah, yang menjadi inspirasi bagi penulis dalam menentukan topik dan menyusun laporan hasil penelitian ini.
10. Kakak-kakak, adik-adik dan keponakan serta semua keluarga besar penulis yang telah memberikan dukungan baik moril ataupun materil selama mengikuti perkuliahan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
11. Teman-teman mahasiswa angkatan tahun 2009 peminatan keperawatan komunitas yang senasib dan seperjuangan atas kebersamaan, dukungan dan do'anya.
12. Pihak-pihak terkait lainnya yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis selama kuliah dan penyusunan laporan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa laporan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan masukan, kritikan dan saran-saran yang membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan laporan tesis ini.

Jakarta, Juli 2011

Penulis

## ABSTRAK

Nama : Muhammad Mu'in  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul : Pengalaman Diabetisi Dalam Melaksanakan Perawatan di Rumah di Kota Depok

Penelitian bertujuan mengetahui arti dan makna pengalaman diabetisi melaksanakan perawatan di rumah. Penelitian dengan metode kualitatif fenomenologi deskriptif. Partisipan didapatkan dengan *criterion sampling*. Hasil wawancara dan catatan lapangan dianalisis dengan teknik Collaizi. Penelitian mengidentifikasi 22 tema yaitu karakteristik penyakit DM, penyebab, manajemen perawatan, keyakinan, perubahan akibat DM, respon terhadap diagnosis, respon terhadap pengaturan manajemen perawatan, perasaan subyektif saat gula darah tinggi, modifikasi diit, aturan diit, pelaksanaan olah raga, pelaksanaan terapi obat medis, pelaksanaan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan, pemanfaatan pengobatan alternatif, upaya lain, mempertahankan kualitas hidup, motivator utama perawatan, sumber pendukung, jenis dukungan, jenis hambatan, pengalaman spiritual, dan pelajaran hidup.

Kata kunci : Perawatan, Diabetes Melitus

## ABSTRACT

Name : Muhammad Mu'in  
Study Program : Post Graduate in Nursing  
Title : Experiences of Diabetes Patient Performing Care at Home in Depok

Research aimed to explore Diabetes patient experiences performing care at home. It used qualitative descriptive phenomenology. Participants were collected by criterion sampling. In-depth interview and field note records analyzed using Collaizi's method. It identified 22 themes, consist of disease characteristics, etiology, care management, beliefs, alterations caused by diabetes, responds to diagnosis, responds to care management, subjective feeling during high blood sugar, dietetic modification, dietetic rule, physical exercise activity, medical treatment activity, health provider visits activity, alternatives medicine use, other effort, maintaining quality of life, primary motivator to perform care, supports resources, supports type, barriers type, spiritual experience, and life lessons.

Key words : caring, Diabetes Melitus



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR  
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

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

Nama : Muhammad Mu'in  
NPM : 0906505142  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Komunitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Pengalaman Diabetisi Dalam Melaksanakan Perawatan di Rumah  
di Kota Depok**

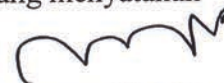
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Melalui Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal: 15 Juli 2011

Yang menyatakan



Muhammad Mu'in

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN .....	i
KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR LAMPIRAN.....	iv
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. ....	La
tar Belakang 1	
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	10
D. Manfaat Penelitian .....	11
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>13</b>
2.1 Kanker.....	13
2.1.1 Pengertian.....	13
2.1.2 Penyebab .....	13
2.1.3 Jenis dan Manifestasi Klinis Kanker.....	14
2.1.4 Tanda dan Gejala.....	15
2.1.5 Pemeriksaan Fisik dan Diagnostik.....	16
2.1.6 Manajemen Terapeutik.....	17
2.1.7 Dampak Penyakit dan Pengobatan.....	20
2.2 Anak Dalam Konteks Keluarga .....	24
2.3 Pengobatan Komplementer dan Alternatif.....	26
2.3.1 Pengertian.....	26
2.3.2 Penggunaan Pengobatan Komplementer dan Alternatif .....	27
2.3.3 Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan pengobatan Komplementer dan Alternatif .....	28
2.3.4 Klasifikasi Penggunaan Pengobatan Komplementer dan Alternatif .....	30
2.3.5 Peran Perawat.....	31
2.4 Teori Keperawatan <i>Culture Care Diversity and Universality</i> Oleh Madeleine Leininger .....	37
2.4.1 Dasar Teori Leininger .....	37
2.4.2 Aplikasi teori Leininger .....	40
2.5 Kerangka Teori.....	45
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN</b> .....	<b>47</b>
3.1 Rancangan Penelitian .....	47
3.2 Partisipan.....	49
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian .....	50
3.4 Etika Penelitian .....	50

3.5 Alat Pengumpulan Data .....	53
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	54
3.7 Rencana Analisis Data .....	56
3.8 Keabsahan Data .....	58

**DAFTAR PUSTAKA**

**Lampiran**



## DAFTARTABEL

Tabel 4.1 Gambaran Karakteristik Partisipan Penelitian .....	51
--	----



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. Lembar Persetujuan Berpartisipasi dalam Penelitian
- Lampiran 3. Pedoman Wawancara
- Lampiran 4. Catatan Lapangan
- Lampiran 5. Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 6. Format Kegiatan Bimbingan
- Lampiran 7. Kisi-kisi Tema Penelitian

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Diabetes melitus (DM) adalah kondisi kesehatan yang bersifat menahun dan dapat menimbulkan berbagai dampak pada individu, keluarga maupun komunitas secara luas. Diabetisi memerlukan internalisasi dan integrasi perawatan yang kompleks ke dalam kehidupan sehari-hari dalam jangka panjang. Keberhasilan perawatan DM ditentukan oleh kemampuan adaptasi diabetisi terhadap penyakit dan perawatan yang diperlukan.

Keberhasilan adaptasi diabetisi dan pengalamannya sebagai suatu fenomena menarik untuk diketahui melalui suatu penelitian. Oleh karena itu, selanjutnya pada bab ini akan digambarkan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian terkait pengalaman diabetisi. Latar belakang menyajikan gambaran secara menyeluruh tentang fenomena yang dialami diabetisi dalam melaksanakan perawatan di rumah. Perumusan masalah merupakan pernyataan mendasar tentang permasalahan penelitian. Tujuan penelitian berisi pernyataan yang ingin dicapai dalam kegiatan penelitian. Manfaat penelitian difokuskan pada kemanfaatan hasil penelitian untuk pengembangan ilmu keperawatan komunitas, pelayanan keperawatan komunitas dan kebijakan tentang kesehatan.

#### **1.1 Latar Belakang**

DM merupakan salah satu kondisi kesehatan kronis yang menonjol pada saat ini. Kondisi kesehatan kronis merupakan kondisi yang tidak dapat disembuhkan dengan prosedur bedah atau terapi medis jangka pendek (Miller dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999), serta menyebabkan ketidakmampuan jangka panjang atau permanen yang menghambat fungsi fisik, psikologis atau sosial seseorang (Hymovich & Hagopian, 1992). Kondisi kesehatan kronis mempunyai beberapa karakteristik yang membedakannya dengan kondisi akut. Karakteristik tersebut meliputi kondisi yang memburuk seiring waktu (progresif), tidak dapat disembuhkan (*irreversible*), melibatkan banyak sistem (kompleks), tujuan pengobatan

hanya mengendalikan gejala, melibatkan keluarga diabetisi dan berduka kronis, serta ketersembunyian gejala dan stigmatisasi (Anderson & Mc Farlane 2004). Kondisi tersebut menyebabkan diabetisi harus dapat beradaptasi terhadap penyakit dan perawatannya serta kemungkinan memburuknya kondisi kesehatan bahkan stigma sepanjang hayatnya.

Kondisi kesehatan akibat penyakit kronis seperti DM dapat memburuk atau menjadi parah seiring waktu. Periode waktunya dapat terjadi sepanjang hayat atau meliputi sebagian besar waktu hidup. Terdapat masa tidak aktif yang diikuti periode eksaserbasi, atau terdapat suatu perubahan kemunduran yang lambat (Anderson & Mc Farlane 2004).

Kondisi kesehatan kronis biasanya tidak dapat disembuhkan dan dapat menimbulkan kelainan atau kerusakan yang tidak dapat diperbaiki. Kondisi kronis dapat melibatkan banyak sistem. DM dapat menyebabkan neuropati serta retinopati menyebabkan kebutaan. Depresi merupakan gejala sisa yang sering terjadi pada kondisi kesehatan kronis (Davidson & Meltzer-Brody, 1999 dalam Anderson & Mc Farlane, 2004). Pengobatan kondisi kesehatan kronis dapat mempunyai efek samping misalnya nyeri atau kurang nutrisi.

Tujuan pengobatan pada kondisi kesehatan kronis tidak untuk menyembuhkan tetapi untuk mengendalikan gejala. Hal ini dikarenakan tidak diketahuinya penyebab atau belum adanya teknologi yang dapat diterapkan untuk program penyembuhan (Anderson & Mc Farlane 2004). Sampai saat ini belum ada terapi revolusioner yang dapat menyembuhkan DM. Kenyataan ini mengharuskan diabetisi menerima bahwa kondisi kronis pada dirinya akan berlangsung sepanjang hayat.

Kondisi kesehatan kronis selalu mempunyai dampak terhadap orang yang signifikan dari individu. Manifestasi dampak dapat beragam tergantung budaya dan dinamika antar keluarga. Berduka kronis dapat dialami oleh individu dan/ atau keluarga dan dapat berlanjut sampai setelah kematian

individu. Orang dengan kondisi kronik dapat berduka karena kehilangan kesehatan yang normal (Lowes & Lyne, 2000 dalam Anderson & Mc Farlane, 2004).

Suatu kondisi kronis mempunyai derajat ketersembunyian tertentu. Semakin tidak terlihat kondisi, semakin kecil kemungkinan mengalami stigmatisasi (Joachim, 2000 dalam Anderson & Mc Farlane, 2004). Kerahasiaan menjadi isu bagi orang dengan kondisi kronis yang tidak terlihat. Stigmatisasi pada kondisi kronis menempatkan suatu ketegangan dalam semua hubungan, termasuk hubungan di tempat kerja baik dengan atasan maupun sesama pekerja.

Saat ini prevalensi diabetisi di seluruh dunia cukup tinggi dan terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2000 di seluruh dunia terdapat 171 juta diabetisi, diperkirakan akan meningkat menjadi 300 juta pada 2025 serta menjadi 366 juta pada tahun 2030. Fenomena ini terjadi di hampir semua Negara baik maju maupun berkembang. DM terjadi pada 6.21 juta penduduk di Amerika Serikat pada tahun 1990, meningkat menjadi 12.5 juta pada tahun 2000, meningkat menjadi 20.67 juta pada tahun 2009 dan diperkirakan meningkat menjadi 22 juta pada 2025 serta 30.3 juta pada tahun 2030 ([www.who.int](http://www.who.int); <http://www.cdc.gov/diabetes/statistics>). Hal ini menyebabkan DM disebut sebagai *burden* baru yang menjadi ancaman epidemi global sehingga memerlukan respon segera dari seluruh penduduk dunia untuk mengatasinya.

DM juga menjadi ancaman epidemi nasional di Indonesia seiring dengan tingginya dan terus meningkatnya prevalensi penderita. Indonesia merupakan ranking ke-empat dalam prevalensi DM terbanyak di seluruh dunia setelah India, Cina dan Amerika Serikat. Pada tahun 1995 terdapat 4.5 juta diabetisi, tahun 2000 meningkat menjadi 8.4 juta, tahun 2025 diperkirakan meningkat menjadi 12.4 juta serta tahun 2030 diperkirakan akan meningkat menjadi 21.257 juta ([www.who.int](http://www.who.int)). Diabetisi menyebar di semua propinsi dengan

beberapa propinsi mempunyai prevalensi di atas angka prevalensi nasional yaitu 1.1 %. Propinsi tersebut meliputi DKI Jakarta (2.6 %), NAD (1.7 %), DI Yogyakarta (1.6 %), Sulut (1.6 %), Sulteng (1.6 %), Kepulauan Riau (1.4 %), NTB (1.4 %), Papua Barat (1.4 %), Jawa Barat (1.3 %), Jawa Tengah (1.3 %), Jawa Timur (1.3 %), Kaltim (1.3 %), Gorontalo 1.3 %), Sumatera Barat (1.2 %), Riau (1.2 %), Bangka Belitung (1.2 %), serta NTT (1.2 %) (Litbangkes Depkes, 2008).

Kota Depok yang merupakan wilayah urban penyangga ibu kota mempunyai prevalensi DM yang tinggi dan cenderung meningkat. Data Profil Kesehatan Kota Depok menunjukkan jumlah diabetisi yang melakukan pemeriksaan rawat jalan di puskesmas di wilayah Kota Depok tahun 2008 yaitu yang berusia 45-64 tahun sebanyak 6.184 (3.42 %) orang meningkat menjadi 7.429 (4.11 %) orang pada tahun 2009 (Dinkes Kota Depok, 2009, 2010). Jumlah diabetisi yang tercantum di dalam laporan Dinkes Kota Depok tersebut merupakan diabetisi yang melakukan pemeriksaan di puskesmas, diperkirakan jumlah sebenarnya lebih tinggi dari yang tercatat.

Peningkatan jumlah diabetisi berkaitan erat dengan berbagai faktor. Faktor tersebut meliputi faktor demografi, gaya hidup, penurunan penyakit infeksi dan kurang gizi, serta peningkatan pelayanan kesehatan (Suyono, dalam Sudoyo dkk., 2006). Faktor demografi yang meningkatkan jumlah diabetisi meliputi pertumbuhan populasi, peningkatan jumlah usia lanjut, serta urbanisasi yang tidak terkendali (Suyono, dalam Sudoyo dkk., 2006). Jumlah lansia di Indonesia pada tahun 1980 mencapai 7 juta jiwa, tahun 1990 meningkat menjadi 12 juta, tahun 2000 meningkat menjadi 14 juta, tahun 2010 diperkirakan mencapai 23 juta, serta tahun 2020 diprediksi akan menjadi 28 juta orang (Ditjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Depsos, 2009). Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan kecenderungan terkait prevalensi DM yaitu lebih banyak terjadi pada usia dewasa dan lanjut dibanding usia muda (Litbangkes Depkes, 2008).



Urbanisasi merupakan masalah yang kompleks. Penyebab utama urbanisasi yang tidak terkendali adalah tidak meratanya pembangunan dan kesejahteraan. Gaya hidup di perkotaan menyebabkan prevalensi DM lebih banyak terjadi di perkotaan dibandingkan dengan di pedesaan (Litbangkes Depkes, 2008).

Perubahan gaya hidup akibat peningkatan pendapatan, meningkatnya restoran cepat saji serta meningkatnya perangkat teknologi canggih yang menyebabkan gaya hidup sedentaris menyebabkan risiko penyakit DM meningkat. Penelitian kohort oleh Hu et al (2001) di AS menunjukkan bahwa kombinasi beberapa faktor gaya hidup seperti mempertahankan indeks massa tubuh  $\leq 25$ , makan diet tinggi serat sereal dan lemak *polyunsaturated* serta sedikit lemak jenuh dan trans, latihan fisik rutin, menghindari merokok serta konsumsi alkohol moderat berkaitan dengan kejadian DM tipe 2.

DM tidak hanya berkaitan dengan masalah penyakit dan pengobatan saja bagi diabetisi. Dampak DM terjadi pada semua aspek kehidupan diabetisi, keluarga dan masyarakat secara luas. Pada diabetisi sendiri DM dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup yang signifikan baik pada aspek fisik, psikososial maupun spiritual.

Secara fisik DM dapat menyebabkan berbagai komplikasi lanjut sehingga DM disebut sebagai *the great imitator*. Komplikasi akut akibat DM meliputi infeksi yang sulit sembuh, koma hiperglikemik, hipoglikemi, serta koma hipoglikemik. Komplikasi kronis akibat DM dapat meliputi kelainan pada berbagai organ, misalnya pada mata berupa retinopati, katarak, serta glaukoma; pada ginjal nefropati, neuropati pada berbagai organ, *diabetic foot*, penyakit jantung, stroke, disfungsi seksual, serta *fatty liver* (Kariadi, 2009).

Tingkat kejadian komplikasi akibat penyakit DM cukup tinggi. Pada tahun 2004 di AS penyakit jantung terjadi pada 68 % dan stroke pada 16 % diabetisi usia lebih dari 65 tahun, tahun 2005-2008 hipertensi terjadi pada 67 % diabetisi usia  $\geq 20$  tahun, tahun 2005-2008 diabetik retinopati terjadi pada

28.5 % diabetisi usia  $\geq 40$  tahun, pada tahun 2008 DM merupakan penyebab 40 % kasus baru gagal ginjal, 60 % - 70 % diabetisi mengalami kerusakan sistem saraf ringan sampai berat, lebih dari 60% amputasi anggota gerak bawah non traumatik terjadi pada diabetisi, kurang lebih sepertiga diabetisi mempunyai penyakit periodontal parah, pengendalian DM yang tidak baik selama konsepsi dan trimester 1 pada wanita hamil dengan IDDM dapat menyebabkan defek kelahiran utama pada 5 – 10 % kehamilan serta aborsi spontan pada 15 – 20 % kehamilan (diabetes.niddk.nih.gov).

Kondisi kesehatan kronis seperti DM dan komplikasi fisik maupun kompleksitas perawatannya juga dapat mempengaruhi aspek psikososial pada diri penderitanya. Aspek psikososial yang terkait erat dengan masalah penyakit kronis meliputi ketidakpastian, ketidakberdayaan, serta gangguan biografis. Ketidakpastian pada kondisi terjadi akibat pengalaman didiagnosis DM, tidak adanya program penyembuhan, situasi yang tidak dapat diprediksi, serta kompleksitas penatalaksanaan terapi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Ketidakberdayaan merupakan persepsi bahwa seorang individu tidak mempunyai kapasitas atau kewenangan untuk bertindak yang terjadi karena kekambuhan atau eksaserbasi atau karena kemunduran fisik yang progresif (Miller, 1992 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Ketidakberdayaan pada kondisi kesehatan kronis meliputi merasa tidak ada bantuan, tidak ada harapan dan kehilangan kendali. Hal ini dapat dimanifestasikan dengan perilaku pasif, tidak berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan, tergantung pada orang lain, serta ekspresi verbal terkait kehilangan kendali (Hymovich & Hagopian, 1992).

Gangguan biografis pada kondisi kesehatan kronis menimbulkan perubahan pada individu berupa perubahan persepsi diri sebagai pribadi, konsep tubuhnya, serta perasaan waktu biografis (Corbiss & Strauss, 1988 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Program perawatan yang panjang

menyebabkan perubahan rutinitas seseorang dan mengganggu biografis seseorang (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Kondisi kronis pada DM menyebabkan diabetisi harus merubah sebagian besar aspek kehidupannya

Terjadinya komplikasi DM juga dapat menambah buruk kondisi psikososial diabetisi. Penelitian oleh Ningsih (2008) tentang pengalaman psikososial pasien dengan ulkus diabetes menunjukkan masalah psikososial yang dialami oleh diabetisi yang mengalami komplikasi ulkus diabetik meliputi merasa ketakutan, tidak berdaya, merasa menjadi beban, menyalahkan diri sendiri, merasa tidak sebebaskan atau seaktif seperti sebelum mengalami ulkus, serta merasa tidak percaya diri dalam bergaul.

Aspek psikososial pada diabetisi yang tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan masalah kesehatan mental. Beberapa masalah kesehatan mental yang dapat terjadi pada diabetisi meliputi depresi, ansietas, kelainan makan, ketergantungan alkohol, serta ketergantungan nikotin (Kulzer et al dalam Albus, et al, 2004). Tingkat kejadian Depresi diantara diabetisi di Indonesia diperkirakan cukup tinggi. Penelitian oleh Isworo (2008) menunjukkan bahwa diantara 166 diabetisi 109 (65.7 %) diantaranya mengalami gejala depresi.

Masalah mental pada diabetisi harus diantisipasi dan dikelola dengan baik karena dapat menimbulkan masalah lain atau memperburuk status kesehatan penderita. Hasil penelitian Ardiani (2009) tentang hubungan antara tingkat depresi dengan kemandirian dalam ADL pada diabetisi menunjukkan adanya keterkaitan antara tingkat depresi dengan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari diabetisi. Depresi juga ditemukan berkaitan erat dengan kadar gula darah yang buruk. Diabetisi dengan depresi berpeluang sebesar 18.89 kali untuk mengalami kadar gula darah yang buruk dibandingkan dengan yang tidak depresi (Isworo, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan masalah psikologis dan mental harus menjadi bagian integral dari perawatan diabetisi.

Kondisi kesehatan kronis seperti DM juga berpengaruh terhadap aspek spiritual penderita. Hymovich dan Hagopian (1992) menyebutkan orang yang mengalami kondisi kesehatan kronis dapat mengalami distress spiritual yang dicirikan dengan berbagai cara seperti mempertanyakan makna penderitaan, makna eksistensi diri, atau implikasi moral dan etis dari rejimen terapi. Hal ini menunjukkan bahwa perawatan dan pengelolaan DM di rumah tidak cukup hanya berfokus pada masalah penyakit fisik dan pengobatan saja tetapi juga harus komprehensif mencakup masalah psikososial maupun spiritual yang menyertainya.

DM sebagai masalah kesehatan kronis berdampak pada keluarga. Anggota keluarga yang lain sebagai unit harus menyediakan sebagian waktu, tenaga, pikiran, dan finansial untuk membantu diabetisi beradaptasi terhadap penyakit maupun pelaksanaan perawatan di rumah. Penyesuaian yang harus dilakukan keluarga setelah anggota keluarganya mengalami DM adalah pada aspek keuangan, komitmen waktu, faktor emosional, faktor stres serta penataan makan atau diet.

Keluarga sebagai sistem pendukung utama diabetisi akan sangat menentukan keberhasilan pengelolaan DM di rumah. Hasil penelitian Wang dan Fenske (1996) menunjukkan bahwa diabetisi dengan dukungan keluarga dan teman atau kelompok diabetes mempunyai perawatan diri universal maupun perawatan diri terkait penyakit yang lebih baik dibandingkan dengan yang tidak mempunyai dukungan. Lebih lanjut penelitian menunjukkan diabetisi dengan dukungan keluarga yang kurang berpeluang 19.74 kali untuk mengalami kadar gula darah yang buruk dibandingkan dengan diabetisi yang mempunyai dukungan keluarga yang baik (Isworo, 2008).

DM juga berdampak pada tingginya beban anggaran keuangan yang harus dikeluarkan untuk perawatan baik pada level keluarga maupun pemerintah secara umum. Pada tahun 2010 anggaran yang dikeluarkan untuk penanganan DM di seluruh dunia diperkirakan mencapai 11.6 % dari total biaya kesehatan

mencapai US\$ 376 milyar dan diperkirakan akan meningkat menjadi US\$ 490 milyar pada tahun 2030 ([www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)). Rata-rata biaya kesehatan orang dengan DM di AS adalah 2.3 kali lipat dibandingkan dengan orang tanpa DM. Biaya langsung maupun tidak langsung yang dikeluarkan untuk membiayai program DM di AS pada tahun 2007 diperkirakan mencapai 174 milyar dolar AS, dengan rincian 116 milyar biaya langsung dan 58 milyar biaya tidak langsung ([diabetes.niddk.nih.gov](http://diabetes.niddk.nih.gov)).

Angka anggaran khusus untuk pengelolaan DM di Indonesia belum teridentifikasi secara jelas. Hasil penelitian Andayani (2006) menunjukkan dari 100 diabetisi yang melakukan pemeriksaan di Bagian Endokrinologi RS Sardjito rata-rata biaya terapi total setiap pasien adalah Rp 208.500 per bulan dengan alokasi pembiayaan terbesar pada biaya obat (59,5 %) serta biaya mengatasi komplikasi (31%). Biaya total diperkirakan lebih besar karena hasil penelitian tidak memperhitungkan biaya tidak langsung dari terapi serta dampak penyakit terhadap produktivitas individu atau keluarga. Tingginya biaya perawatan pada diabetisi akan berdampak pada aspek kehidupan lain baik pada individu diabetisi maupun keluarga, terlebih apabila diabetisi tidak mempunyai jaminan asuransi kesehatan. Bagi Negara pembiayaan DM yang besar tentu berpengaruh pada pengalokasian anggaran untuk masalah kesehatan yang lain.

Kerugian akibat DM secara makro juga terjadi pada aspek penurunan produktivitas masyarakat karena banyak terjadi kematian dini atau prematur. Data Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa DM menduduki ranking ke-6 mencapai 4.2 % dari semua penyebab kematian masyarakat Indonesia usia produktif (15-44 tahun) di daerah perkotaan (Litbangkes Depkes, 2008)

Tingkat kematian yang diakibatkan penyakit DM pada semua umur cukup tinggi. Pada tahun 2004, diperkirakan 220 juta orang di seluruh dunia meninggal akibat DM dengan 80 % diantaranya terjadi di negara dengan pendapatan rendah sampai sedang ([www.who.int](http://www.who.int)). DM menempati ranking

ke-7 dari penyebab kematian dengan total 71.382 kematian akibat DM di AS pada tahun 2007 (NIDDK, 2011). Data Riskesdas 2007 menunjukkan kematian akibat penyakit DM menduduki peringkat ke-6 mencapai 5.7 % dari total semua penyebab kematian di Indonesia (Litbangkes Depkes, 2008).

Dampak yang kompleks yang dapat ditimbulkan oleh DM menyebabkan orang dengan masalah kesehatan kronis seperti DM tergolong ke dalam populasi rentan atau *vulnerable*. Populasi rentan adalah kelompok individu yang berisiko tinggi untuk mengalami masalah kesehatan fisik, psikologis, dan/ atau sosial (Aday, 1999 dalam Pender, Murdaugh, Parsons; 2006). Populasi *vulnerable* merupakan salah satu fokus sasaran utama keperawatan kesehatan komunitas.

Dalam rangka menanggulangi DM, pada sidang umum tanggal 20 Desember 2006 PBB mengeluarkan Resolusi Nomor 61/225 yang mendeklarasikan bahwa epidemi DM merupakan ancaman global yang serius dan merekomendasikan titik berat upaya pada pencegahan dan pelayanan DM di seluruh dunia ([www.worlddiabetesday.org](http://www.worlddiabetesday.org)). WHO merekomendasikan strategi yang efektif dalam penanggulangan DM perlu dilaksanakan terintegrasi serta berbasis masyarakat dengan kerjasama lintas sektor, sehingga kemitraan dengan berbagai pihak di masyarakat perlu dilakukan. Tujuan utama program penanggulangan DM oleh WHO diterapkan dengan fungsi utama yang meliputi mensupervisi pengembangan serta adopsi standard dan norma yang disetujui secara internasional bagi diagnosis dan penatalaksanaan diabetes, komplikasi serta faktor risikonya; meningkatkan dan berkontribusi dalam surveilans diabetes, komplikasi dan mortalitas, serta faktor risikonya; berkontribusi terhadap pembangunan kapasitas bagi pencegahan dan pengendalian diabetes, meningkatkan kesadaran tentang pentingnya diabetes sebagai masalah kesehatan masyarakat global, serta bertindak sebagai advokat bagi pencegahan dan pengendalian diabetes dalam populasi *vulnerable* (<http://www.who.int/diabetes/goal/en/index.html>).

Program pengendalian DM di Indonesia adalah dengan terselenggaranya pengendalian faktor risiko untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian yang disebabkan DM. Prioritas pengendalian DM adalah pada pencegahan dini melalui upaya pencegahan faktor risiko DM yaitu upaya promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif serta dilaksanakan secara terintegrasi dan menyeluruh dengan kemitraan antara pemerintah, masyarakat dan swasta ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id))

Tujuan perawatan pada DM secara umum meliputi membantu klien DM agar merasa sehat dan bertenaga kembali, mencegah komplikasi, serta mengobati komplikasi yang sudah timbul (Kariadi, 2009). Tujuan perawatan ini dapat tercapai dengan beberapa penatalaksanaan yang harus dilakukan oleh diabetisi secara disiplin. Penatalaksanaan yang umum pada DM mencakup edukasi, diet, aktivitas, olahraga, serta pengobatan (Kariadi, 2009). Perawatan DM ini harus dilaksanakan secara disiplin dan teratur agar tidak timbul perkembangan komplikasi dan akibat lanjut yang lebih berat.

Kenyataannya kondisi dan perawatan DM yang lama dan kompleks tidak mudah dilaksanakan oleh diabetisi sehingga menyebabkan banyak terjadi ketidakpatuhan dalam melaksanakannya. Penelitian oleh Waluya (2008) mendapatkan bahwa diantara 88 diabetisi hanya 47 (57 %) yang masuk dalam kategori patuh terhadap program perawatan DM.

Beberapa faktor mempengaruhi kedisiplinan atau kepatuhan diabetisi dalam melaksanakan program perawatan DM. Menurut Delamater (2006) kepatuhan terhadap rejimen masalah kesehatan dipengaruhi faktor demografi, psikologis, sosial, pemberi layanan kesehatan dan sistem medis, serta penyakit dan penatalaksanaan yang terkait.

Penelitian oleh Ismonah (2008) menunjukkan bahwa faktor pengetahuan, keyakinan tentang kemampuan diri, dukungan dan lama sakit DM mempengaruhi *self care management* pasien DM. Penelitian lain menunjukkan bahwa faktor eksternal yang meliputi dukungan keluarga,

sebayu, dan petugas kesehatan mempengaruhi secara positif terhadap ketaatan diabetisi dalam manajemen diri, sedangkan faktor internal yang meliputi ketakutan terkait monitoring glukosa, kegagalan dalam pengendalian diri terkait kebiasaan diit, kegagalan memori, serta kegagalan diri yang dirasakan dalam mengendalikan diabetes ditemukan menghambat perilaku manajemen diri diabetisi (Chlebowy, Hood, LaJoie, 2010).

Penelitian oleh Anerusi (1993) dan Bangun (2009) menunjukkan faktor-faktor yang meliputi pengetahuan, sikap, pengalaman, dukungan keluarga, keyakinan pasien terkait program pengobatan, lama menderita DM, kejadian komplikasi serta penilaian tentang hubungan dokter dan pasien berkaitan erat dengan kepatuhan diabetisi dalam melaksanakan perawatan. Penelitian oleh Purba (2008) juga menunjukkan bahwa faktor makanan diit yang tidak menyenangkan, kurangnya pemahaman tentang diit dan manfaat latihan fisik, usia yang sudah lanjut, keterbatasan fisik, pemahaman yang salah tentang manfaat obat, serta kegagalan mematuhi minum obat karena alasan ekonomi menyebabkan ketidakpatuhan diabetisi dalam penatalaksanaan DM. Terkait pengelolaan diit pada diabetisi, hasil penelitian oleh Simanjuntak (2010) menunjukkan beberapa kendala yang dihadapi diabetisi dalam melaksanakan diit adalah rasa bosan dan malas dengan menu yang sesuai aturan, stres serta ketidakmampuan dalam menentukan jenis, jumlah dan jadwal makanan. Hal tersebut menunjukkan bahwa banyak aspek yang harus diperhatikan dan dipertimbangkan oleh perawat dalam meningkatkan kedisiplinan atau kepatuhan diabetisi dalam melaksanakan perawatan di rumah.

Dalam konteks pengelolaan komunitas dengan masalah kesehatan kronis termasuk DM perawat kesehatan komunitas berperan sebagai pengelola, perencana dan koordinator sumber-sumber serta program dan pelayanan pencegahan; pengembang dan perencana kebijakan, peneliti, mitra komunitas dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999), serta sumber dalam proses politik dan kebijakan terkait



kesehatan bagi masyarakat (*Canadian Public Health Association*, 1990, dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Strategi pencegahan dalam 3 level perlu dikembangkan dan dilaksanakan oleh perawat kesehatan komunitas untuk menanggulangi masalah kesehatan kronis DM. Pencegahan primer berfokus pada upaya promosi kesehatan dan perlindungan umum atau khusus terkait faktor risiko lingkungan dan perilaku yang dapat dimodifikasi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Faktor risiko perilaku yang dapat dimodifikasi pada pencegahan DM meliputi perubahan gaya hidup untuk mempertahankan atau menurunkan berat badan serta meningkatkan aktivitas fisik, sedangkan pengobatan berupa terapi metformin dilakukan untuk menghambat perkembangan DM ([diabetes.niddk.nih.gov](http://diabetes.niddk.nih.gov)). Pencegahan sekunder berfokus pada deteksi dini dan perawatan yang tepat. Deteksi dini dapat dilakukan melalui skrining DM dengan pemeriksaan gula darah, sedangkan perawatan yang tepat dilakukan dengan mengintegrasikan seluruh program perawatan penyakit dalam keidupan klien. Pencegahan tersier berfokus pada rehabilitasi dan pemulihan setelah sakit. Perawat berfokus memberikan perawatan langsung untuk merawat pasien.

Pengamatan peneliti selama melaksanakan praktik aplikasi di Kelurahan Tugu Cimanggis Depok dengan fokus agregat dewasa dengan kondisi kesehatan kronis DM menemukan beberapa fenomena terkait perawatan DM. Beberapa diabetisi ditemukan tidak melaksanakan perawatan dengan baik misalnya diit tidak disiplin, tidak berolahraga, tidak teratur periksa gula darah, serta menggunakan obat tidak sesuai anjuran.

Beberapa alasan disampaikan diabetisi diantaranya diit tidak disiplin karena *ribet*, tidak tahu bagaimana menata diit karena belum mendapat informasi, serta merasa pengelolaan diit tidak cukup efektif mengendalikan gula darah. Diabetisi tidak berolah raga karena belum tahu bagaimana olah raga yang tepat dan sesuai untuk diabetisi, merasa malu untuk berolah raga bersama di

lingkungan RT, tidak sempat, serta merasa malas. Ketidakteraturan periksa gula darah disebabkan karena anggaran keuangan yang tidak cukup, tempat periksa yang jauh, serta malas harus antri lama. Sedangkan alasan tidak menggunakan obat sesuai anjuran disebabkan karena merasakan adanya efek samping obat, diabetisi menganggap obat hanya diminum hanya apabila merasakan keluhan, obat yang diminum banyak macamnya, anjuran dan obat yang berbeda yang diberikan oleh petugas kesehatan, serta diabetisi menggunakan obat selang seling dengan obat tradisional.

Pengalaman menderita penyakit DM dan menjalankan perawatannya yang kompleks merupakan pengalaman yang unik dan berbeda pada masing-masing individu. Individu yang mengalami penyakit kronis adalah individu yang paling tepat untuk mendefinisikan apa makna dan bagaimana sebenarnya penyakit kronis (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Cara untuk mengetahuinya lebih tepat dilakukan dengan mengidentifikasi pengalaman subjektif diabetisi terkait penyakit dan perawatannya dengan metodologi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Desain riset kualitatif merupakan suatu metode penelitian yang efektif untuk memahami masalah atau informasi yang spesifik secara budaya tentang nilai, opini, perilaku, dan konteks sosial pada masyarakat tertentu berdasarkan sudut pandang subjek penelitian atau partisipan (*Family Health International*, 2010).

## **1.2 Perumusan Masalah**

Penderita kondisi kesehatan kronis mengalami masalah yang kompleks dalam menghadapi penyakit dan mengelola perawatannya. Hal ini juga dialami oleh diabetisi yang mengalami dampak penyakit DM pada aspek fisik, psikologis, spiritual, maupun ekonomi. Dampak penyakit DM juga mengenai keluarga diabetisi maupun komunitas atau masyarakat secara umum. Pengelolaan perawatan DM oleh diabetisi banyak yang tidak berhasil karena kompleksitas penatalaksanaannya. Berbagai faktor mempengaruhi kedisiplinan diabetisi dalam melaksanakan program perawatan di rumah. Untuk mengoptimalkan peran perawat dalam membantu diabetisi mengelola dan melaksanakan

perawatan di rumah, penting bagi perawat komunitas untuk memahami fenomena pelaksanaan perawatan DM di rumah. Penelitian kualitatif ini mendalami bagaimana pengalaman subjektif diabetisi dalam melaksanakan perawatan di rumah.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui arti dan makna pengalaman diabetisi dalam melaksanakan perawatan DM di rumah.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui persepsi diabetisi terhadap DM dan perawatannya
- b. Mengetahui pengalaman diabetisi melakukan perawatan DM di rumah
- c. Mengetahui motivasi diabetisi dalam melakukan perawatan DM di rumah.
- d. Mengetahui faktor yang mendukung dan menghambat diabetisi dalam melakukan perawatan DM di rumah
- e. Mengetahui arti dan makna diabetisi melakukan perawatan DM di rumah.

#### **1.3.3 Manfaat Penelitian**

##### **a. Bagi Kelompok Diabetisi**

Memberikan bahan refleksi dan perbandingan dalam pelaksanaan perawatan DM di rumah agar manajemen perawatannya lebih baik dan tepat.

##### **b. Bagi Petugas Kesehatan**

Memberikan pemahaman tentang fenomena pelaksanaan perawatan DM di rumah sehingga dapat menerapkan strategi yang tepat dalam melakukan pendampingan bagi diabetisi terutama bagi petugas kesehatan di tataran pelayanan primer di komunitas.

##### **c. Bagi Dinas Kesehatan**

Memberikan informasi tentang fenomena pelaksanaan perawatan DM di rumah sehingga dapat merancang dan menerapkan program yang tepat bagi kelompok diabetisi dalam mengelola perawatan DM.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab II dipaparkan berbagai konsep dan teori yang terkait dengan fenomena penelitian. Konsep dan teori yang akan dijelaskan meliputi konsep kelompok rentan (*Vulnerable*), *agregate* diabetisi sebagai kelompok rentan, konsep kepatuhan pada diabetisi, keperawatan berfokus pada keluarga dengan DM, strategi pencegahan pada komunitas atau keluarga dengan DM, serta peran perawat komunitas dalam konteks perawatan keluarga dengan DM.

#### **2.1 Konsep Kelompok Rentan (*Vulnerable*)**

Populasi rentan merupakan kelompok yang menjadi salah satu fokus asuhan keperawatan komunitas. Populasi rentan adalah kelompok individu yang mempunyai risiko tinggi untuk mengalami masalah kesehatan fisik, psikologis, atau sosial yang buruk (Aday, 1999 dalam Pender, Murdaugh & Parsons; 2002). Sedangkan menurut Flaskerud dan Winslow (1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004) populasi rentan adalah kelompok sosial yang mengalami peningkatan risiko atau kerentanan relatif untuk mengalami masalah kesehatan.

Beberapa kelompok dimasukkan ke dalam kelompok rentan karena berbagai faktor yang mendukung kerentanan kelompok untuk mengalami masalah kesehatan. Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) kelompok rentan yang mendapat perhatian utama keperawatan kesehatan komunitas di AS adalah orang miskin dan tuna wisma, remaja yang hamil, pekerja migran dan imigran, individu dengan masalah mental berat, penyalahguna NAPZA, individu yang mengalami atau korban kekerasan, orang yang mengalami dan yang berisiko mengalami penyakit menular, serta orang dengan HIV positif atau terjangkit virus hepatitis atau penyakit menular seksual (PMS). Pendapat lain menyebutkan bahwa kelompok rentan meliputi masyarakat yang rentan karena pengaruh beberapa faktor. Faktor tersebut meliputi pendapatan dan pendidikan, usia dan gender, penyakit dan kecacatan kronis, HIV/AIDS,

penyakit dan kecacatan mental, penyalahgunaan alkohol dan NAPZA, kekerasan dalam keluarga, tuna wisma, risiko bunuh diri, ibu dan bayi risiko tinggi, serta imigran dan pengungsi (Aday, 2001 dalam Allender, Rector & Warner, 2010).

### 2.1.1 Faktor yang Mempengaruhi Kerentanan

Kerentanan terhadap masalah kesehatan pada kelompok rentan umumnya tidak hanya dipengaruhi faktor tunggal tetapi dipengaruhi oleh kombinasi beberapa faktor serta bersifat dinamis. Faktor tersebut meliputi keterbatasan sumber, status kesehatan yang buruk, risiko kesehatan, serta marginalisasi (Stanhope dan Lancaster (2004).

#### 2.1.1.1 Keterbatasan Sumber Sosial Ekonomi

Kurangnya sumber sosial, pendidikan, serta ekonomi menyebabkan seseorang menjadi rentan. Orang yang miskin rentan mengalami masalah kesehatan karena cenderung untuk hidup di lingkungan berbahaya yang terlalu padat serta mempunyai sanitasi yang tidak adekuat, mempunyai pekerjaan yang berisiko tinggi, kebiasaan makan makanan yang kurang bergizi, dan mempunyai stressor yang banyak, karena tidak mempunyai sumber tambahan untuk mengelola krisis yang tidak diharapkan serta kemungkinan tidak mempunyai sumber yang adekuat untuk mengelola kehidupan sehari-hari (de la Barra, 1998; Erickson, 1996 dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Kemiskinan cenderung meningkatkan morbiditas dan mortalitas populasi serta mempunyai akses yang kurang terhadap pelayanan kesehatan (Allender, Rector & Warner, 2010).

Pendidikan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan seseorang atau populasi. Pendidikan yang cukup memungkinkan seseorang untuk membuat pilihan kesehatan yang berbasis informasi, mempunyai persepsi yang baik terhadap stressor dan situasi masalah serta mempunyai lebih banyak alternatif, dan mempunyai *health literacy* yang lebih baik (Stanhope & Lancaster, 2004).

Dukungan sosial yang dimiliki seseorang atau populasi mempunyai pengaruh terhadap status kesehatan. Akses terhadap jaringan dukungan sosial yang kuat membantu menyangga dampak negatif stressor tertentu terhadap individu, sedangkan modal sosial memfasilitasi fungsi komunitas yang sehat (Kawachi, 1999 dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

#### 2.1.1.2 Status Kesehatan

Perubahan dalam status fisiologis normal dapat menyebabkan individu menjadi rentan. Kerentanan terkait perubahan status fisiologis ini dapat disebabkan karena proses penyakit, misalnya penyakit kronis; kecelakaan, cedera, atau masalah kongenital yang menyebabkan kecacatan mental atau fisik, atau karena mempunyai karakteristik fisiologis atau perkembangan tertentu yang memungkinkan kelompok rentan mempunyai risiko yang unik (Stanhope & Lancaster, 2004).

#### 2.1.1.3 Risiko Kesehatan

Populasi rentan tidak hanya mengalami risiko yang banyak dan kumulatif tetapi juga lebih sensitif terhadap dampak dari risiko tersebut. Risiko dapat berasal dari bahaya lingkungan, bahaya sosial, bahaya perilaku personal, bahaya biologis atau akibat genetik. Faktor risiko yang banyak dan kumulatif menyebabkan kelompok populasi *vulnerable* biasanya mempunyai komorbiditas atau banyak penyakit yang saling mempengaruhi (Stanhope & Lancaster, 2004).

#### 2.1.1.4 Marginalisasi

Marginalisasi mengakibatkan masalah kelompok rentan dapat tidak terlihat oleh populasi umum dan kelompok mempunyai kewenangan terbatas untuk memperoleh sumber yang mereka perlukan. Tindakan yang paling tepat untuk mengurangi kesenjangan kesehatan yang dialami kelompok rentan adalah dengan memberikan dukungan ekonomi, pendidikan, dan sosial yang dibutuhkan; mengurangi bahaya lingkungan yang dihadapi,

serta mengembangkan kebijakan publik yang meningkatkan kesehatan (Flaskerud, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

### 2.1.2 Dampak Kerentanan

Dampak kerentanan dapat negatif misalnya status kesehatan yang rendah dibandingkan populasi yang lain, atau positif dengan intervensi yang positif. Sebagai contoh intervensi keperawatan kesehatan yang kompeten secara budaya, berfokus pada keluarga, dan berorientasi komunitas dapat meningkatkan status kesehatan populasi rentan dan memberikan kepada kelompok sarana dan sumber untuk meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Stanhope & Lancaster, 2004).

#### 2.1.2.1 Dampak Kesehatan yang Buruk dan Kesenjangan Kesehatan

Populasi rentan sering dianggap mengalami kesenjangan kesehatan karena mengalami dampak kesehatan yang buruk dibandingkan populasi yang lain terkait morbiditas dan mortalitas. Kesenjangan kesehatan pada kelompok rentan terjadi pada area akses perawatan, kualitas perawatan dan kesesuaian perawatan dengan budaya dan bahasa, serta status kesehatan (USDHSS, 2001 dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Akibat kesenjangan kesehatan dan faktor lain yang berkontribusi kelompok rentan mempunyai risiko yang tinggi untuk mengalami masalah kesehatan. Kelompok rentan ditemukan mempunyai prevalensi penyakit kronis yang tinggi, penyakit menular yang tinggi, laju mortalitas akibat kejahatan dan kekerasan yang tinggi; serta diperkirakan terkena dampak kesehatan pada aspek status fungsional, persepsi kesejahteraan fisik dan emosional secara keseluruhan, kualitas hidup, serta kepuasan terhadap pelayanan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

#### 2.1.2.2 Stress Kronik

Kesehatan yang buruk menciptakan stress karena individu dan keluarga berusaha untuk mengelola masalah kesehatan dengan sumber yang tidak

adekuat. Populasi rentan menghadapi stressor yang banyak, sehingga mengelola banyak stressor yang menyebabkan stress kronik cenderung akan terjadi. Hal ini dapat memicu perasaan tidak ada harapan pada kelompok rentan (Stanhope & Lancaster, 2004).

#### 2.1.2.3 Perasaan Tidak Ada Harapan

Perasaan tidak ada harapan diakibatkan oleh suatu perasaan terhadap dampak emosional yang kuat dari ketidakberdayaan dan isolasi sosial. Perasaan tidak ada harapan berkontribusi terhadap suatu siklus kerentanan yang berkelanjutan dengan menciptakan perasaan kendali yang terbatas terhadap kondisi kesehatan dan sosial ekonomi seseorang (Stanhope & Lancaster, 2004).

#### 2.1.2.4 Siklus Kerentanan

Faktor yang memungkinkan seseorang menjadi rentan dan dampak kerentanan menciptakan suatu siklus dimana dampak memperkuat faktor predisposisi, menyebabkan dampak kesehatan yang lebih banyak (Stanhope & Lancaster, 2004). Untuk mengatasinya siklus ini harus diputus di salah satu bagiannya.

### 2.2 *Agregate* Diabetisi sebagai Kelompok Rentan

Kelompok diabetisi adalah salah satu kelompok rentan yang disebabkan terutama karena faktor status kesehatan serta risiko kesehatan. DM merupakan suatu sindrom klinis kelainan metabolik yang ditandai oleh adanya hiperglikemia yang disebabkan oleh defek sekresi insulin, defek kerja insulin atau keduanya (Escott-Stump, 2008). Kondisi DM menimbulkan perubahan fisiologis tubuh berupa peningkatan gula darah melebihi kadar normal. Peningkatan gula darah menyebabkan berbagai proses di dalam tubuh terutama sirkulasi di pembuluh darah kecil maupun besar tidak berjalan sebagaimana mestinya. Kondisi ini dapat mengakibatkan komplikasi pada berbagai organ tubuh.



Diantara risiko kesehatan yang menonjol pada pada kelompok diabetisi adalah risiko perilaku kesehatan. Kondisi kesehatan yang kronis dan penatalaksanaan perawatan yang kompleks menyebabkan banyak terjadi perilaku ketidakpatuhan terhadap program perawatan pada kelompok diabetisi. Hasil penelitian menunjukkan diantara 88 diabetisi hanya 47 (57 %) yang masuk dalam kategori perilaku patuh terhadap program perawatan DM (Waluya, 2008). Ketidakpatuhan dapat meningkatkan risiko diabetisi untuk mengalami penurunan kondisi sampai timbul komplikasi.

DM merupakan salah satu jenis kondisi kesehatan kronis yang prevalensinya tinggi. Kondisi kesehatan kronis adalah kondisi yang tidak dapat disembuhkan dengan prosedur bedah atau terapi medis jangka pendek (Miller dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999), serta menyebabkan ketidakmampuan jangka panjang atau permanen yang menghambat fungsi fisik, psikologis atau sosial seseorang (Hymovich & Hagopian, 1992). Beberapa ciri penderita penyakit kronis termasuk diabetisi menyebabkannya termasuk ke dalam kelompok rentan. Karakteristik tersebut meliputi kondisi yang memburuk seiring waktu atau bersifat progresif, tidak dapat disembuhkan atau *irreversible*, melibatkan banyak sistem atau bersifat kompleks, tujuan pengobatan hanya mengendalikan gejala, melibatkan orang signifikan dari penderita dan berduka kronis, serta ketersembunyian gejala dan stigmatisasi (Anderson & Mc Farlane 2004).

### 2.2.1 Dampak Kerentanan Pada Kelompok Diabetisi

Dampak kerentanan yang umum terjadi pada diabetisi adalah berupa penurunan status kesehatan seiring perkembangan penyakit sampai dengan timbulnya komplikasi .

#### 2.2.1.1 Dampak Kesehatan yang Buruk

DM dapat memicu berbagai komplikasi yang terjadi di dalam tubuh baik dampak pada mikrovaskuler atau makrovaskuler. Komplikasi DM yang dapat terjadi meliputi komplikasi akut, yaitu infeksi yang sulit sembuh,

koma hiperglikemik, koma hipoglikemik; serta komplikasi kronik yang mencakup retinopati, katarak, glaukoma, nefropati diabetik, neuropati, *diabetic foot*, serangan jantung, stroke, disfungsi seksual, serta *fatty liver* (kariadi, 2009). Komplikasi kronik serta dampak fatal berupa kematian pada diabetisi umumnya terjadi secara bertahap seiring perkembangan penyakit. Hasil penelitian kohort retrospektif Ramsey et al (1999) pada tahun 1993-1995 terhadap 8.905 diabetisi di AS menunjukkan 514 orang diantaranya mengalami ulkus kaki (*cumulative incidence* 5.8 %) setelah 3 tahun diobservasi. Tujuh puluh tujuh (15 %) pasien mengalami osteomielitis serta 80 (15.6 %) memerlukan amputasi pada saat atau setelah didiagnosis ulkus kaki. Masa hidup setelah 3 tahun pasien DM yang mengalami ulkus kaki mencapai 72 %, lebih kecil dibandingkan dengan pasien DM tanpa ulkus kaki yang mencapai 87 %.

#### 2.2.1.2 Stress Kronik dan Perasaan Tidak Ada Harapan

Kondisi kesehatan kronis seperti DM dan komplikasi maupun kompleksitas perawatannya dapat menyebabkan ketidakpastian dan ketidakberdayaan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Penelitian oleh Ningsih (2008) menunjukkan masalah psikososial yang dialami oleh diabetisi yang mengalami komplikasi ulkus diabetik meliputi merasa ketakutan, tidak berdaya, merasa menjadi beban, menyalahkan diri sendiri, merasa tidak sebebaskan atau seaktif seperti sebelumnya, serta merasa tidak percaya diri dalam bergaul.

DM dan komplikasinya serta kompleksitas perawatannya dapat menyebabkan depresi pada penderitanya. Penelitian menunjukkan bahwa diantara 166 diabetisi 109 (65.7 %) diantaranya mengalami gejala depresi (Isworo, 2008). Masalah mental pada diabetisi harus diantisipasi dan dikelola dengan baik karena dapat menimbulkan masalah lain atau memperburuk status kesehatan penderita.

### 2.2.1.3 Siklus Kerentanan

Dampak DM yang multipel dan mengenai semua aspek kehidupan penderita maupun keluarga dapat memicu terjadinya siklus kerentanan. Biaya perawatan DM cukup tinggi apalagi pada diabetisi yang sudah mengalami komplikasi. Menurut Javit dan Chiang () secara umum biaya kesehatan pada diabetes mencakup biaya langsung dan tidak langsung. Biaya langsung meliputi biaya hospitalisasi, perawatan jangka panjang, kunjungan dokter, serta biaya pengobatan, pemeriksaan laboratorium dan biaya lain untuk terapi dan pengelolaannya. Sedangkan biaya tidak langsung meliputi kehilangan produktivitas akibat kesakitan jangka pendek, kehilangan produktivitas akibat kecacatan permanen dan kematian prematur. Biaya perawatan Diabetisi di Indonesia per bulan menurut penelitian Andayani (2006) rata-rata mencapai Rp 208.500 per bulan dengan alokasi pembiayaan terbesar pada biaya obat (59,5 %) serta biaya mengatasi komplikasi (31%).

Biaya perawatan yang cukup tinggi maupun dampak ekonomi yang merugikan dapat menyebabkan kemiskinan relatif pada diabetisi maupun keluarga sebagai sistem pendukung terdekat. Kemiskinan akan menciptakan kerentanan baru pada diabetisi dan keluarga.

## 2.3 Konsep Kepatuhan

Kepatuhan terhadap program perawatan merupakan isu yang sangat relevan dengan penyakit kronik, termasuk DM. Penyakit kronik umumnya membutuhkan perawatan yang lama dan kompleks sehingga mempengaruhi kepatuhan diabetisi terhadap program perawatan. Kepatuhan merujuk pada 2 kata dalam bahasa inggris yaitu *adherence* dan *compliance*. Menurut Delamater (2006) istilah *adherence* lebih tepat digunakan karena melibatkan peran aktif klien. *Adherence* didefinisikan sebagai “keterlibatan aktif, sukarela, dan kolaboratif pasien dalam suatu rangkaian perilaku yang dapat diterima secara timbal balik/ 2 belah pihak untuk memperoleh suatu hasil yang terapeutik (Meichenbaum & Turk, 1987 dalam Delamater, 2006).

Sedangkan *compliance* didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana perilaku seseorang sesuai dengan anjuran medis (Haynes, Taylor & Sackett, 1979 dalam Delamater, 2006)

### 2.3.1 Faktor yang Berkaitan dengan Kepatuhan

Beberapa faktor mempengaruhi kepatuhan seseorang terhadap program perawatan penyakit DM. Faktor tersebut meliputi (Delamater, 2006) :

#### 2.3.1.1 Faktor Demografi

Faktor demografi seperti etnis minoritas, status sosial ekonomi yang rendah, serta tingkat pendidikan yang rendah ditemukan berkaitan dengan kepatuhan terhadap program perawatan yang rendah serta tingkat kematian akibat DM yang tinggi (Delamater et al, 2001 dalam Delamater, 2006).

#### 2.3.1.2 Faktor Psikologis

Kondisi psikologis diabetisi sangat mempengaruhi kepatuhannya dalam melaksanakan program perawatan. Kepercayaan kesehatan terkait DM, misalnya tentang keseriusan penyakit DM, kerentanannya terhadap komplikasi serta keefektivan program perawatan dapat menimbulkan kepatuhan yang lebih baik (Brownlee-Duffeck, Peterson, Simonds, Goldstein, Kilo, Hoette; 1987, dalam Delamater, 2006). Diabetisi cenderung patuh terhadap program perawatan apabila rejimen perawatan bersifat rasional atau masuk akal, dianggap efektif, kemanfaatannya dipercaya lebih besar daripada biaya yang harus dikeluarkan, dirasakan mampu dilakukan, serta perilaku terkait rejimen didukung oleh lingkungan (Delamater, 2006). Penelitian oleh Bangun (2008) menunjukkan bahwa keyakinan pasien terkait program pengobatan mempengaruhi kepatuhan pasien DM dalam melaksanakan perawatan.

Kondisi psikologis yang tidak baik dapat menyebabkan penurunan perawatan diri serta status kesehatan pada diabetisi. Hasil penelitian Ardiani (2009) menunjukkan adanya keterkaitan antara tingkat depresi dengan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari diabetisi. Lebih lanjut diabetisi dengan depresi berpeluang sebesar 18,89 kali untuk mengalami

kadar gula darah yang buruk dibandingkan dengan yang tidak depresi (Isworo, 2008).

#### 2.3.1.3 Faktor sosial

Faktor sosial baik dari keluarga, teman maupun dukungan sosial atau kelompok berkaitan erat dengan kepatuhan diabetisi dalam melaksanakan perawatan (Wang & Fenske, 1996; Ismonah, 2008; ). Hasil penelitian Chlebowy, Hood, dan LaJoie (2010) membandingkan bahwa faktor eksternal yang meliputi dukungan keluarga, sebaya dan petugas kesehatan mempengaruhi secara positif terhadap ketaatan diabetisi dalam manajemen diri, sebaliknya faktor internal yang meliputi ketakutan terkait monitoring glukosa, kegagalan dalam pengendalian diri terkait kebiasaan diet, kegagalan memori, serta kegagalan diri yang dirasakan dalam mengendalikan diabetes ditemukan menghambat perilaku manajemen diri

#### 2.3.1.4 Faktor pemberi layanan kesehatan dan sistem medis

Dukungan dan hubungan yang baik antara petugas kesehatan dengan klien harus terpenuhi agar diabetisi mematuhi program perawatan. Dukungan dari petugas kesehatan baik perawat, dokter maupun yang lain akan meningkatkan kepatuhan diabetisi dalam melaksanakan program perawatan sekaligus mencapai pengendalian gula darah yang baik (Sherbourne, Ordway, Di Matteo & Kravtiz; Aubert et al; DCCT dalam Delamater 2006).

#### 2.3.1.5 Faktor terkait penyakit dan perawatan

DM merupakan kondisi yang berlangsung lama, membutuhkan perawatan yang kompleks dalam jangka panjang, serta dapat menyebabkan gejala dan komplikasi yang multipel. Kondisi kesehatan yang kronik, rangkaian gejala yang beragam atau tidak jelas, rejimen perawatan yang kompleks, serta rejimen yang membutuhkan perubahan gaya hidup menyebabkan kepatuhan yang rendah (Haynes, Taylor & Sackett, 1979 dalam Delamater, 2006).

## 2.4 Keperawatan Berfokus Pada Keluarga dengan DM

Keluarga menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) adalah kumpulan dua orang individu atau lebih yang tinggal di dalam satu tempat atau berdekatan; mempunyai ikatan emosional yang sama; terlibat dalam posisi sosial, peran, dan tugas yang saling berkaitan; dan berbagi ikatan budaya serta perasaan afeksi/ emosi dan saling memiliki. Keluarga merupakan satu unit yang utuh terdiri dari bagian-bagian yang tidak terpisahkan. Apabila salah satu bagian mengalami masalah maka keluarga yang lain akan terpengaruh.

Kesehatan maupun kesakitan anggota keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain maupun keluarga secara keseluruhan. Pengaruh keluarga terhadap kesehatan anggota keluarga maupun sebaliknya bersifat timbal balik (Wright & Leahey, 2000). Hal ini berarti masalah kesehatan individu anggota keluarga akan mempengaruhi sistem keluarga secara keseluruhan, sebaliknya sistem keluarga yang tidak adaptif akan menimbulkan dampak kesehatan pada individu anggota keluarga. Adanya satu masalah kesehatan kronis yang serius, termasuk DM, pada salah satu anggota keluarga menyebabkan dampak yang mendalam pada sistem keluarga, terutama pada struktur peran keluarga dan pelaksanaan fungsi keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

### 2.4.1 Peran Keluarga Pada Keluarga yang Mengalami DM

Peran didefinisikan sebagai seperangkat perilaku yang relatif sama yang ditentukan secara normatif dan diharapkan dari seorang pemilik posisi sosial tertentu (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Secara umum peran di dalam keluarga terbagi menjadi 2, yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal merupakan peran yang eksplisit yang dimiliki keluarga, sedangkan peran informal merupakan peran yang implisit, tidak selalu identik dengan posisi anggota keluarga. Peran informal diperlukan untuk memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga (Satir, 1967 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) dan/ atau mempertahankan keseimbangan keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Peran formal umumnya terkait dengan peran orang tua dan pernikahan meliputi ayah-suami, ibu-istri, anak laki-laki-saudara laki-laki, anak perempuan-saudara perempuan (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Nye dan Gecas (1976, dalam Friedman, Bowden & Jones 2003) mengidentifikasi 8 peran dasar dalam posisi sosial suami-bapak dan istri-ibu, yaitu provider, *housekeeper*, perawatan anak, rekreasional, peran kekerabatan, terapeutik, peran seksual, serta *companionship*. Peran ini umumnya dipenuhi oleh anggota keluarga yang berada di posisinya, misalnya ayah mencari nafkah dan ibu mengurus rumah. Pada kasus lain peran ini dapat bervariasi, misalnya pada keluarga orang tua tunggal maka ibu atau ayah berperan sekaligus mencari nafkah dan mengurus rumah.

Peran informal diperlukan untuk memenuhi kebutuhan integratif dan adaptif keluarga (Friedman, Bowden & Jones 2003). Beberapa peran informal yang ada pada keluarga meliputi pendorong, peng-harmonis, pemrakarsa-kontributor, peng-kompromi, penghambat, dominator, *blamer*, pengikut, pencari perhatian, martir, *the great stone face*, *pal*, *the family scapegoat*, *placator*, *the family caretaker*, *the family pioneer*, *the irrelevant one* atau distraktor, coordinator keluarga, *the family go between*, serta *the bystander* (Benne & Sheats, 1948; Hartman & Laird, 1983; Kantor & Lehr, 1975; Satir, 1972; Vogel & Bell, 1960; dalam Friedman, Bowden & Jones 2003). *The family caretaker* adalah anggota keluarga yang terpanggil untuk nurture dan merawat anggota keluarga lain yang membutuhkan.

Peran *caretaker* keluarga pada keluarga dengan DM biasanya dilakukan oleh ibu atau anak perempuan. Ibu merupakan *care giver* utama pada keluarga. Sedangkan anggota keluarga laki-laki memberikan dukungan dan afeksi pada *care giver* utama (Friedman, Bowden & Jones 2003).

Pada kondisi anggota keluarga sakit DM terdapat 2 tipe perubahan peran yang terjadi akibat kehilangan atau ketidakmampuan anggota keluarga.

Pertama, keluarga yang tidak sakit mempunyai sumber internal dan eksternal yang cukup untuk melaksanakan kewajiban dan tugas peran dasar yang diperlukan yang tidak bisa dilaksanakan anggota keluarga yang sakit DM. Kedua, keluarga gagal memperoleh sumber internal dan eksternal yang dibutuhkan. Hal ini dapat menimbulkan konflik peran didalam keluarga. Akibatnya peran dasar dan yang dibutuhkan tidak dilakukan atau dilakukan tapi tidak memuaskan (Friedman, Bowden & Jones 2003)

#### 2.4.2 Fungsi Keluarga Pada Keluarga yang Mengalami DM

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) keluarga mempunyai 5 fungsi yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan penempatan sosial, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, serta fungsi perawatan kesehatan. Sedangkan menurut Duval dan Miller (1985, dalam Allender, Rector & Warner, 2010) keluarga mempunyai 6 fungsi yaitu memberikan afeksi, memberikan keamanan, menanamkan identitas, meningkatkan afiliasi, memberikan sosialisasi, serta menegakkan kendali. Pemenuhan fungsi ini akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga.

Fungsi afektif merupakan dasar utama untuk pembentukan maupun kelanjutan unit keluarga sehingga merupakan fungsi keluarga yang paling vital. Kemampuan pemenuhan kebutuhan afeksi akan menentukan apakah keluarga akan bertahan atau bubar (Friedman, Bowden & Jones 2003). Afeksi yang berkelanjutan menciptakan atmosfer perawatan dan kepedulian (*care*) bagi semua anggota keluarga, yang penting untuk kesehatan, pengembangan, serta kelanggengan keluarga (Allender, Rector & Warner, 2010). Kepedulian dan dukungan keluarga yang adekuat akan menentukan keberhasilan diabetisi dalam beradaptasi terhadap penyakit DM dan penatalaksananya yang kompleks.

Dalam konteks fungsi sosialisasi keluarga mengenalkan norma dan budaya, nilai, sikap, tujuan, serta pola perilaku yang ada di dalam keluarga



maupun yang ada di masyarakat kepada setiap anggota keluarga. Melalui sosialisasi anggota keluarga juga belajar tentang peran dan kemandirian dalam hidup (Allender, Rector & Warner, 2010). Fungsi sosialisasi juga mencakup penanaman konsep, sikap dan perilaku kesehatan pada anggota keluarga terutama anak; penanaman konsep kontrol dan nilai terkait norma, serta kendali internal terkait kedisiplinan (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Sikap dan pola perilaku yang tepat terkait pencegahan DM sebaiknya ditanamkan oleh keluarga terhadap semua anggota keluarga sejak dini, sehingga anggota keluarga terbiasa mempunyai sikap dan berperilaku yang dapat mencegah terjadinya DM. Demikian halnya sikap dan perilaku anggota keluarga yang sudah mengalami DM, akan sangat dipengaruhi oleh bagaimana keluarga mendukung dan mendukung perilaku yang tepat terkait penatalaksanaan DM. Perilaku yang tepat kemudian akan menghasilkan perawatan DM yang berhasil.

Keamanan dan penerimaan merupakan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh keluarga bagi anggotanya. Keluarga merupakan tempat yang aman bagi anggota untuk melepaskan diri dari persaingan di dunia luar dan menjamin bahwa anggota keluarga diterima apa adanya. Ketergantungan dalam unit keluarga meningkatkan kepercayaan diri dan jaminan diri diantara anggotanya. Hal ini berkontribusi terhadap kesehatan mental dan emosional mereka dan membekali mereka dengan ketrampilan yang diperlukan untuk ber-koping terhadap dunia di luar. (Allender, Rector & Warner, 2010). Diabetisi cenderung akan mengalami dampak baik fisik maupun psikososial yang dapat menurunkan kualitas hidupnya. Rasa aman dan penerimaan yang diterima diabetisi seperti apapun keadaan dan kondisinya dari keluarga akan menjadi penyangga terhadap stressor baik internal maupun eksternal yang dialami oleh diabetisi. Hal ini akan membantu mencegah dampak lanjut yang lebih buruk pada diabetisi.

Fungsi perawatan kesehatan merupakan salah satu fungsi utama keluarga. Fungsi ini berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik anggota keluarga

yang meliputi pangan, sandang, papan, serta perawatan kesehatan (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Keluarga adalah sistem dasar dimana perilaku dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan, dan ditetapkan. Keluarga berfungsi bagi pemenuhan kebutuhan promosi dan pencegahan perawatan kesehatan, serta tempat berbagi yang utama terkait perawatan sakit bagi anggotanya (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Keluarga mempunyai tanggung jawab utama untuk memprakarsai dan mengatur pelayanan yang diberikan oleh profesi perawatan kesehatan (Pratt, 1977, 1982 dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003).

Keberhasilan upaya kesehatan ditentukan oleh keluarga karena pengaruhnya dalam membentuk perilaku dan menciptakan lingkungan yang sehat (Pratt, 1982 dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Pada kasus diabetisi dalam konteks keluarga dukungan keluarga sangat menentukan keberhasilan perawatan DM. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan teman atau kelompok diabetes memperbaiki perawatan diri universal maupun perawatan diri terkait penyakit pada kelompok diabetisi (Wang & Fenske, 1996). Sebaliknya, ketidakadekuatan dukungan keluarga akan menghasilkan status kesehatan yang buruk pada diabetisi. Hasil penelitian Isworo (2008) menunjukkan bahwa diabetisi dengan dukungan keluarga yang non suportif berpeluang 19,74 kali untuk mengalami kadar gula darah yang buruk dibandingkan dengan pasien yang mempunyai dukungan keluarga yang suportif

Fungsi ekonomi berfokus pada pemenuhan kebutuhan sumber yang cukup terkait keuangan, tempat tinggal, serta material; dan alokasinya yang tepat dengan proses pengambilan keputusan. Fungsi ini dapat mengindikasikan kemampuan keluarga dalam memenuhi dan mengalokasikan dengan tepat kebutuhan sandang, pangan, papan serta perawatan kesehatan (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Biaya perawatan dan dampak ekonomi yang cukup signifikan akibat DM akan mempengaruhi fungsi ekonomi keluarga. Apabila anggota keluarga yang mengalami DM adalah pencari nafkah

keluarga, apalagi pencari nafkah utama maka keluarga diharuskan membuat penyesuaian dan perencanaan keuangan yang tepat agar fungsi ekonomi keluarga dapat terpenuhi secara adekuat.

## 2.5 Strategi Pencegahan Pada Komunitas atau Keluarga dengan DM

### 2.5.1 Pencegahan Primer

Fokus utama pencegahan primer adalah merubah faktor risiko sebelum penyakit DM terjadi, terutama faktor risiko perilaku yang dapat dimodifikasi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Tingkat pencegahan ini merupakan fokus utama praktik keperawatan kesehatan komunitas lanjut. Kreativitas dan visi diperlukan untuk mengidentifikasi pendekatan yang efektif dalam membentuk perilaku sehat pada klien komunitas (Ervine, 2002)

Perawat bertindak sebagai pendidik dan konselor bagi individu terkait penurunan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Pendidikan kesehatan dan konseling ini semaksimal mungkin melibatkan pemberdayaan pada klien (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Perilaku yang dapat dikembangkan untuk mencegah terjadinya DM berfokus pada perubahan gaya hidup untuk menurunkan berat badan serta meningkatkan aktivitas fisik. Dua hal ini dapat mengurangi perkembangan DM tipe 2 hingga 58 % selama periode 3 tahun, bahkan mencapai 71 % pada lansia usia  $\geq 60$  tahun. Terapi obat dengan Metformin menurunkan risiko terjadinya DM hingga 31 % pada semua umur dan ditemukan paling efektif pada usia muda 25-44 tahun serta pada dewasa dengan indeks massa tubuh  $\geq 35$  (NIDDK, 2011).

### 2.5.2 Pencegahan Sekunder

Fokus pencegahan sekunder pada deteksi dini penyakit melalui program skrining serta penatalaksananya. Skrining yang dapat dilakukan untuk deteksi dini penyakit DM adalah dengan identifikasi tanda gejala DM serta pemeriksaan gula darah. Deteksi dini memungkinkan penatalaksanaan dapat dilakukan sesegera mungkin untuk memperlambat perkembangan

penyakit yang sudah terjadi serta meminimalkan kerusakan yang diakibatkan oleh DM. Diagnosis dini penyakit sangat signifikan dilakukan pada penyakit kronis seperti DM yang mempunyai onset kejadian, dengan perkembangan penyakit yang signifikan sebelum munculnya tanda dan gejala klinis. Strategi modifikasi perilaku pada orang dewasa tanpa gejala DM termasuk dalam kategori pencegahan sekunder karena perubahan fisiologis yang menyebabkan DM dimulai pada usia anak atau remaja (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

### 2.5.3 Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier berfokus pada rehabilitasi dan pemulihan setelah masalah kesehatan terjadi untuk meminimalkan morbiditas dan memperbaiki kehidupan klien. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu dengan pemeriksaan pada bagian tubuh yang mungkin mengalami komplikasi akibat DM. Sebagai contoh, hasil penelitian Lavery et al (2007) terhadap 173 orang di AS menunjukkan bahwa tindakan monitoring suhu pada 6 tempat di kaki setiap hari menggunakan termometer kulit infra merah dapat efektif memberikan petunjuk awal adanya ulkus kaki diabetik.

Pada penyakit kronis seperti DM perawat komunitas harus memperhatikan aspek fisik dan psikologis yang terkait. Sebagai contoh adanya kelompok swa-bantu (*self help group*) atau kelompok dukungan (*support group*) dapat menjadi dukungan psikososial yang signifikan bagi diabetisi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Dukungan kelompok ditemukan berpengaruh terhadap perawatan diri diabetisi. Hasil penelitian Wang dan Fenske (1996) menunjukkan bahwa diabetisi dengan dukungan keluarga dan teman atau kelompok diabetes mempunyai perawatan diri universal maupun perawatan diri terkait penyakit yang lebih baik dibandingkan dengan yang tidak mempunyai dukungan.

## 2.6 Peran Perawat Komunitas Dalam Konteks Perawatan Keluarga dengan DM

Program promosi kesehatan merupakan fokus utama kerja perawat kesehatan komunitas yang mengelola masalah kesehatan kronis seperti DM (*American Public Health Association (APHA)*, 1981; *American Nurse Association*, 1986; *Canadian Public Health Association*, 1990 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Program ini dapat dikembangkan baik pada level individu, keluarga, kelompok, maupun populasi.

Menurut *Canadian Public Health Association* (1990, dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999,) peran perawat terkait program promosi kesehatan berbasis determinan masalah kesehatan DM meliputi :

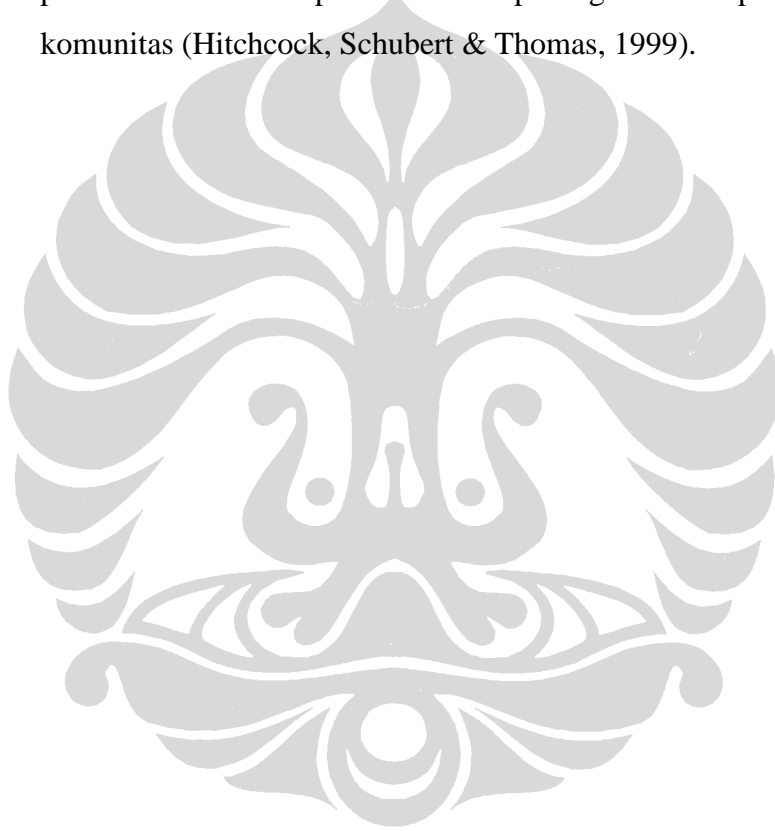
- a. Membantu komunitas, keluarga, dan individu dalam mengambil tanggung jawab untuk mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan, pengendalian, dan pengaruh mereka terhadap determinan masalah kesehatan DM.
- b. Mem-fasilitasi dan memediasi untuk mengembangkan strategi komunitas, kelompok, atau individu yang membantu masyarakat mengantisipasi, berkoping dengan, dan mengelola perubahan maturasional dan lingkungan.
- c. Mendorong kemampuan komunitas, keluarga, dan individu untuk menyeimbangkan pilihan-pilihan dengan tanggung jawab social untuk menciptakan masa depan yang lebih sehat.
- d. Memprakarsai dan berpartisipasi dalam aktivitas promosi kesehatan melalui kemitraan dengan pihak lain, termasuk komunitas, sejawat, dan sektor lain.

Perawat kesehatan komunitas berperan sebagai pengelola, perencana, dan koordinator sumber bagi diabetisi dan keluarga dalam mengeksplorasi sumber-sumber promosi kesehatan dan pencegahan penyakit DM yang ada di komunitas (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Dalam konteks reformasi kesehatan, perawat kesehatan komunitas juga berperan sebagai pengembang dan perencana kebijakan, serta pelaksana dalam program dan pelayanan pencegahan DM (Hitchcock, Schubert & Thomas,

1999). Dalam konteks yang luas peran ini dapat dilakukan misalnya dengan melakukan advokasi kepada *stake holder* setempat terkait penyediaan fasilitas umum yang dapat digunakan oleh masyarakat untuk berolah raga sehingga dapat mengurangi gaya hidup sedentaris yang berkontribusi terhadap timbulnya DM.

Perawat juga berperan sebagai peneliti terkait identifikasi program promosi dan pencegahan yang efektif serta sebagai fasilitator dalam transfer hasil penelitian ke dalam praktik terkait pencegahan dan penatalaksanaan DM di komunitas (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).



## BAB 3

### METODE PENELITIAN

Bab III membahas berbagai konsep dan aplikasi metodologi dalam penelitian. Konsep dan aplikasi yang dibahas meliputi desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, cara dan prosedur penelitian, pengolahan dan analisis data, serta keabsahan data.

#### 3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah suatu metode penelitian yang efektif untuk memahami masalah atau informasi yang spesifik secara budaya tentang nilai, opini, perilaku, dan konteks sosial pada masyarakat tertentu berdasarkan sudut pandang subjek penelitian atau partisipan (*Family Health International*, 2010). Sedangkan menurut Creswell (1998) penelitian kualitatif adalah suatu proses penelitian tentang pemahaman yang berdasar pada tradisi metodologi penelitian tertentu yang mengeksplorasi suatu masalah sosial atau masalah manusia. Pada penelitian kualitatif peneliti menyusun suatu gambaran yang kompleks, holistik, menganalisis kata-kata, melaporkan pandangan-pandangan informan secara rinci, dan melakukan penelitian di dalam suatu lingkungan yang alamiah.

Alasan yang mendasari pemilihan metode kualitatif pada penelitian ini sesuai pendapat Creswell (1998). Alasan pertama adalah diperlukan adanya pandangan yang rinci terkait masalah penelitian, dengan metode kualitatif aspek-aspek kecil dan rinci terkait fenomena perawatan DM di rumah dapat dieksplorasi lebih mendalam karena tidak membatasi pada variabel-variabel tertentu. Alasan ke dua penelitian akan dilakukan pada setting partisipan diabetisi yang sebenarnya. Metode penelitian kualitatif memungkinkan hal ini karena peneliti berinteraksi langsung dengan partisipan dan merasakan langsung situasi dimana partisipan tinggal atau beraktivitas sehingga dapat lebih terpapar fenomena yang diteliti secara nyata.

Menurut Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) makna bagaimana sebenarnya pengalaman menjalani kondisi kesehatan kronis seperti DM sekaligus perawatannya yang lama paling baik didefinisikan oleh diabetisi itu sendiri. Pengalaman ini bersifat individual, kompleks, dan dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk budaya, nilai, maupun kepercayaan seseorang, sehingga pengalaman ini lebih tepat diteliti dengan pendekatan kualitatif.

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi yaitu suatu metode penelitian yang kuat, kritis, dan sistematis tentang suatu fenomena. Tujuan penelitian fenomenologi adalah untuk membedah struktur atau esensi dari pengalaman nyata tentang suatu fenomena dalam pencarian kesatuan makna yaitu identifikasi esensi dari suatu fenomena, dan deskripsinya yang akurat melalui pengalaman nyata kehidupan sehari-hari (Speziale & Carpenter, 2003). Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi digunakan dalam penelitian ini karena penelitian dilakukan untuk menggali secara mendalam bagaimana sebenarnya makna dan arti fenomena pengalaman diabetisi dalam melaksanakan perawatan di rumah.

### **3.2 Populasi dan Sampel**

Populasi pada penelitian ini adalah diabetisi atau penderita DM yang tinggal di wilayah kelurahan Tugu Cimanggis Depok. Partisipan dalam penelitian kualitatif tidak harus dipilih secara acak karena tidak menekankan pada generalisasi hasil penelitian (Polit & Beck, 2004). Partisipan dalam penelitian kualitatif dipilih dengan kriteria yang sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk menggambarkan suatu pengalaman yang mereka alami (Speziale & Carpenter, 2003). Informan yang dipilih dalam penelitian kualitatif adalah yang mempunyai pengetahuan terkait fenomena, artikulatif, reflektif, dan mau berbicara panjang lebar dengan peneliti (Polit & Beck, 2004).



Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan metode *purposive sampling* dengan strategi *criterion sampling*, yaitu teknik sampling dengan memilih kasus yang paling memberikan manfaat bagi penelitian dengan menetapkan kriteria calon partisipan (Polit & Beck, 2004). Calon partisipan yang direkomendasikan oleh *key informan* yang pada rancangan awalnya adalah kader. Pada pelaksanaan penelitian *key informan* yang dipilih tidak hanya kader tetapi juga mahasiswa FIK UI tahap profesi yang sedang melaksanakan praktek di wilayah setempat. Hal ini dilakukan karena keterbatasan data diabetisi yang ada pada kader serta keterbatasan waktu kader.

Partisipan sengaja dipilih oleh peneliti dengan pertimbangan mempunyai karakteristik tertentu yang dapat memperkaya data penelitian. Peneliti menghubungi kader dan mahasiswa tahap profesi untuk mengidentifikasi diabetisi yang berada di wilayah RW setempat, kemudian dari daftar nama diabetisi yang diberikan kader atau mahasiswa, peneliti akan memilih diantaranya untuk menjadi partisipan sesuai dengan kriteria yang ditentukan. Wilayah RW yang direncanakan akan dimasukkan dalam pilihan calon partisipan meliputi RW 8, 9, 10, dan 11. Empat RW ini dipilih karena berdasarkan data awal terdapat jumlah penderita yang cukup banyak. Pada pelaksanaan penelitian RW 9 tidak digunakan dikarenakan peneliti kesulitan menemui kader yang ada sehingga RW 9 diganti dengan RW 2, dengan pertimbangan berdasarkan data awal jumlah diabetisi calon partisipan mencukupi.

Kriteria inklusi partisipan yang menjadi sumber data penelitian adalah:

1. Mampu berkomunikasi verbal dan memahami bahasa Indonesia
2. Telah didiagnosis DM minimal sejak 2 tahun yang lalu

Sesuai dengan penelitian Handley, Pullon, dan Gifford (2010) tentang pengalaman hidup diabetisi dewasa dengan DM tipe 2 di Selandia Baru serta penelitian Purba (2008) tentang pengalaman ketidakpatuhan penderita terhadap penatalaksanaan DM, rencana partisipan yang akan diikutsertakan dalam penelitian ini adalah 8 sampai 9 orang. Pada saat pelaksanaan

penelitian jumlah partisipan disesuaikan dengan pendapat Speziale dan Carpenter (2003) bahwa jumlah partisipan ditentukan dengan batasan tercapainya saturasi data, yaitu tidak didapkannya data atau informasi baru lagi dan hanya mendapatkan pengulangan data dari partisipan. Pada penelitian saturasi data terjadi pada partisipan ke 8 sehingga jumlah partisipan pada penelitian berjumlah 8 orang diabetisi.

### **3.3 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.3.1 Tempat Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di wilayah Kelurahan Tugu Cimanggis Depok. Alasan pemilihan tempat penelitian karena Kelurahan Tugu dan Kota Depok secara umum merupakan daerah urban di mana komposisi penduduk termasuk diabetisinya bersifat multietnik dan multikultural sehingga dapat diasumsikan mempunyai nilai dan budaya yang beragam terkait pengalaman dalam perawatan DM. Angka kejadian DM di Kota Depok cukup tinggi dan cenderung meningkat setiap tahunnya, demikian juga dengan di wilayah Kelurahan Tugu sehingga diperkirakan jumlah partisipan penelitian mencukupi. Kondisi DM yang kronik menyebabkan perawatannya cenderung lebih banyak terjadi dalam setting di rumah, sehingga peneliti menetapkan setting di rumah sebagai fokus maupun tempat penelitian. Selain itu alasan pemilihan tempat yang lain adalah akses fasilitas kesehatan yang mudah bagi diabetisi serta adanya program terkait DM termasuk dari FIK UI.

#### **3.3.2 Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan sejak bulan Februari sampai dengan Juli 2011 mulai dari pengembangan proposal sampai dengan perbaikan dan pengumpulan hasil penelitian. Pengumpulan data di lapangan dilakukan pada tanggal 17 Mei 2011 – 10 Juni 2011.

### 3.4 Etika Penelitian

Partisipan dalam penelitian ini adalah diabetisi yang melaksanakan perawatan DM di rumah. Pertimbangan etik diperlukan untuk menjamin tidak adanya pelanggaran hak partisipan selama dan sesudah proses penelitian. Menurut Polit dan Hungler (1999) terdapat 3 prinsip etik utama yang menjadi dasar panduan dalam penelitian yaitu *beneficence*, penghormatan terhadap martabat manusia, serta keadilan.

Prinsip *beneficence* adalah prinsip etika penelitian yang mengharuskan proses penelitian memberikan manfaat serta tidak menimbulkan bahaya bagi partisipan, bebas dari eksploitasi dan mempunyai rasio risiko/ keuntungan yang positif bagi partisipan (Polit, Beck, Hungler; 2001; Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti mendiskusikan dengan partisipan bahwa dengan berperan serta dalam penelitian ini partisipan telah berjasa ikut menyumbangkan sesuatu yang bermanfaat bagi orang lain, khususnya sesama diabetisi.

Prinsip menghargai martabat manusia diterapkan dengan menghormati prinsip otonomi atau hak untuk menentukan pilihan sesuai kehendak sendiri tanpa paksaan serta hak terhadap keterbukaan informasi tentang penelitian secara penuh (Polit, Beck, Hungler; 2001). Partisipan adalah pihak yang paling berhak terhadap informasi tentang pengalaman dalam melaksanakan perawatan DM di rumah sehingga untuk untuk mendapatkan informasi tersebut peneliti meminta ijin kesediaan partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti mempersilahkan partisipan untuk terlibat dalam penelitian secara sukarela tanpa tekanan dari pihak peneliti maupun pihak lain. Terkait dengan pelaksanaan penggalan data, peneliti menyerahkan kepada partisipan kapan partisipan mempunyai waktu luang dan kesediaan untuk diwawancarai.

Peneliti menjelaskan secara lisan dan tertulis kepada partisipan tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian, batasan keterlibatan partisipan, hak-hak

partisipasi dan jaminan hak-hak partisipan. Setelah partisipan memahami informasi tentang penelitian dengan jelas, partisipan dipersilahkan memutuskan dengan sadar dan tanpa paksaan untuk ikut serta atau tidak ikut serta dalam penelitian ini. Partisipan yang bersedia ikut serta sebagai bukti tertulis partisipan akan diminta untuk mengisi dan menandatangani pernyataan kesediaan menjadi partisipan penelitian. Pada partisipan yang buta huruf dibacakan terlebih dahulu lembar pernyataan kesediaan menjadi partisipan, kemudian dipersilahkan cap jempol.

Prinsip keadilan dalam penelitian diterapkan dengan cara menjamin hak partisipan untuk mendapatkan perlakuan yang adil serta hak mendapatkan privasi (Polit, Beck, & Hungler 2001). Peneliti memilih calon partisipan berdasarkan kriteria yang ditentukan sesuai tujuan penelitian, bukan berdasarkan kecenderungan yang lain. Semua calon partisipan mendapatkan kesempatan yang sama untuk terlibat dalam penelitian.

Pada rancangan awal proses penggalian data hanya melibatkan peneliti dan partisipan, sehingga partisipan dapat menyampaikan informasi secara mendalam dan bebas. Pada saat pengambilan data dilakukan di rumah, 2 partisipan di temani oleh keluarga dengan alasan satu partisipan mengalami sakit jantung dan satu partisipan mengalami komplikasi yang mengganggu pemenuhan ADL sehingga partisipan membutuhkan bantuan pendamping selama wawancara. Peneliti mengantisipasi hal ini dengan menyampaikan kepada partisipan dan keluarga pendamping bahwa informan utama adalah partisipan sehingga keluarga yang mendampingi hanya memberikan informasi bila perlu saja dan terkait dengan penelitian. Hal ini menurut peneliti berhubungan dengan masalah etika penelitian yaitu *confidentiality* atau kerahasiaan karena adanya orang lain di dalam rumah, meskipun orang lain tersebut adalah keluarga, saudara atau tetangga. Hal ini juga dapat menyebabkan tidak tergalinya data yang mendalam yang mungkin dirahasiakan oleh partisipan termasuk kepada keluarganya.

Peneliti berusaha meminimalisir masalah etika ini dengan meminta persetujuan partisipan dengan adanya keluarga yang mendampingi. Hasilnya semua partisipan yang didampingi menyatakan setuju dan tidak keberatan dengan adanya keluarga yang mendampingi. Selain itu peneliti juga mengajukan alternatif tempat penelitian di luar rumah apabila menurut partisipan akan lebih menjamin kerahasiaan data yang disampaikan. Pada proses penelitian semua partisipan setuju untuk dilakukan di rumah partisipan kecuali partisipan 8, wawancaranya di warung tetangga.

Pemenuhan prinsip *anonimity* dilakukan dengan tidak menuliskan nama pada transkripsi tetapi dengan kode untuk menjaga kerahasiaan informasi tentang partisipan. Peneliti menyampaikan jaminan kepada partisipan bahwa informasi yang teridentifikasi dalam penelitian hanya akan digunakan dan dipublikasikan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas partisipan. Rekaman hasil wawancara disimpan dalam bentuk data komputer dan verbatim secara aman dengan menggunakan *password* khusus, dipergunakan hanya untuk kepentingan penelitian dan dimusnahkan setelah penyimpanan selama lima tahun.

### **3.5 Cara dan Prosedur Penelitian**

#### **3.5.1 Cara Penelitian**

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam dan observasi. Wawancara yang dilakukan pada penelitian kualitatif ini adalah dengan wawancara semi terstruktur. Wawancara semi terstruktur dilakukan karena peneliti ingin memastikan bahwa suatu rangkaian topik yang spesifik tercakup di dalam wawancara. Hal ini dilakukan dengan cara peneliti menyusun panduan wawancara sebelum penelitian dilakukan (Polit & Back, 2004).

Observasi dalam penelitian kualitatif dilakukan secara tidak terstruktur dan menjadi tambahan yang penting bagi data hasil wawancara. (Polit & Back, 2004). Pengamatan yang dilakukan mampu mendapatkan data

tentang perilaku non verbal serta situasi lingkungan yang relevan dengan penelitian.

Pada penelitian digunakan alat bantu pengumpul data berupa MP 4 *player* untuk merekam informasi berupa suara dari partisipan, pedoman wawancara berupa pertanyaan semi terstruktur yang membantu peneliti dalam mengarahkan pertanyaan sesuai tujuan penelitian, catatan lapangan, serta diri peneliti sendiri sebagai instrumen penelitian. Penggunaan alat berupa MP 4 *player* menghasilkan suara rekaman yang jernih, jelas dan mudah dalam pengoperasiannya baik saat proses perekaman maupun saat pemutaran ulang untuk dibuat verbatim karena bisa ditransfer ke dalam program komputer. Uji validitas dan reliabilitas alat perekam dilakukan dengan uji coba merekam suara peneliti dan partisipan uji coba sebelum proses penelitian dimulai. Alat perekam dinyatakan valid karena suara yang dihasilkan cukup jelas dan jernih. Pada proses verbatim ditemukan banyak suara selain partisipan yang men-distraksi kejelasan suara partisipan sehingga peneliti harus mengulang pemutaran beberapa kali dalam proses verbatim.

Pada penelitian digunakan panduan wawancara yang disusun oleh peneliti, berupa pertanyaan semi terstruktur yang disusun berdasarkan tujuan penelitian yang berisi lima pertanyaan pokok yang dikembangkan oleh peneliti untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan. Pertanyaan wawancara meliputi bagaimana persepsi diabetisi terhadap penyakit DM dan perawatannya, bagaimana pengalaman diabetisi dalam pelaksanaan perawatan DM di rumah, bagaimana motivasi diabetisi dalam melaksanakan perawatan DM di rumah, bagaimana faktor yang mendukung dan menghambat diabetisi dalam melaksanakan perawatan DM di rumah, serta bagaimana arti dan makna melakukan perawatan DM di rumah bagi partisipan. Pada bagian pertanyaan dimana partisipan mengalami kesulitan untuk memahami pertanyaan maka peneliti saat itu

juga memodifikasinya menjadi kata-kata yang dapat dipahami oleh partisipan.

Pada penelitian juga dilakukan observasi yang didokumentasikan ke dalam catatan lapangan untuk mencatat data non verbal dan situasi lingkungan yang relevan dengan hasil wawancara. Format catatan lapangan dikembangkan berdasarkan komponen penggalan data dengan observasi tidak terstruktur menurut Polit, Beck, dan Hungler (2001), yang meliputi beberapa pertanyaan. Pertanyaan pertama tentang latar fisik yang berfokus pada pertanyaan dimana lokasi penelitian, gambaran situasi penelitian, serta konteks perilaku yang tidak terungkap. Pertanyaan ke dua tentang partisipan yang berfokus pada pertanyaan siapa yang ada di rumah bersama partisipan saat penggalan data, berapa orang yang ada di rumah, apa yang mereka lakukan dan sebagainya. Metode observasi menggunakan alat bantu berupa bolpen dan lembar catatan lapangan.

Pada penelitian peneliti juga berperan sebagai instrumen sehingga dilakukan uji coba terhadap kemampuan peneliti untuk melakukan wawancara dan pencatatan lembar observasi. Uji coba dilakukan kepada partisipan yang memiliki karakteristik yang sama dengan kriteria sampel. Instrumen dinyatakan valid setelah peneliti mampu mendapatkan informasi secara mendalam serta mampu melakukan pengamatan sehingga mendapatkan data yang dibutuhkan sesuai tujuan penelitian

### **3.5.2 Prosedur Penelitian**

Pada penelitian ini proses pengumpulan data dibagi menjadi 3 tahapan yaitu :

#### **3.5.2.1 Tahap Persiapan**

Sebelum melaksanakan penelitian peneliti mengajukan penerbitan surat ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan UI, kemudian setelah itu meneruskannya kepada Badan Kesbangpolinmas Kota Depok serta

Kelurahan Tugu. Setelah diterbitkan surat ijin, peneliti melakukan pendekatan dan komunikasi dengan kader setempat dan mahasiswa profesi FIK UI yang praktek di wilayah setempat untuk mengidentifikasi calon partisipan yang sesuai dengan kriteria penelitian. Setelah teridentifikasi calon partisipan peneliti melakukan pendekatan kepada calon partisipan dengan mendatangi rumah partisipan, mengenalkan diri, menjelaskan hal-hal terkait penelitian yang meliputi tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian, serta menjalin keakraban dengan partisipan agar terbina hubungan saling percaya. Setelah calon partisipan memahami hal-hal terkait penelitian dan setuju untuk ikut serta dalam penelitian serta terbina hubungan saling percaya calon partisipan diminta menandatangani lembar persetujuan ikut serta dalam penelitian. Setelah itu peneliti membuat kesepakatan dengan partisipan waktu dan tempat penggalan data dilakukan.

#### **3.5.2.2 Tahap Pelaksanaan**

Wawancara akan dilakukan berdasarkan kontrak waktu yang telah disepakati bersama antara peneliti dan partisipan. Posisi peneliti dan partisipan kadang berdampingan dan kadang berhadapan karena menyesuaikan dengan kondisi di rumah partisipan. MP4 diletakkan dengan jarak  $\pm 30$  cm dari partisipan. MP4 sedapat mungkin diletakkan pada tempat yang tidak terlihat agar tidak mengganggu keleluasaan partisipan dalam menyampaikan (Polit & Back, 2004). Peneliti mencoba merekam suara peneliti dan partisipan terlebih dahulu, kemudian diputar kembali rekaman suaranya. Setelah hasil uji coba suara rekaman baik wawancara dimulai.

Proses wawancara diawali dengan percakapan informal sosial dengan partisipan untuk mencairkan suasana. Kemudian wawancara dilanjutkan dengan menanyakan pertanyaan pokok yaitu pengalaman partisipan dalam melaksanakan perawatan DM di rumah. Kemudian diberikan respon terhadap jawaban partisipan dengan pertanyaan yang lebih dapat



menggali pengalaman partisipan secara rinci dan menjawab seluruh informasi yang ingin didapatkan sesuai tujuan penelitian. Wawancara dilanjutkan dengan pertanyaan pokok berikutnya setelah dirasa informasi yang disampaikan oleh partisipan telah mencukupi. Meskipun urutan wawancara berdasarkan pedoman pertanyaan yang sistematis, saat membahas topik tertentu muncul bahasan tentang topik lain yang penting peneliti menggali bersama dengan partisipan.

Pada saat penelitian digunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh partisipan menyesuaikan dengan tingkat pemahaman partisipan dan dilakukan klarifikasi saat itu juga terhadap jawaban partisipan pada saat dirasakan ada jawaban yang menyimpang dari pertanyaan ataupun jawaban yang belum jelas. Pada saat proses wawancara berlangsung percakapan peneliti dan partisipan direkam secara keseluruhan

Catatan lapangan digunakan oleh peneliti untuk mencatat komunikasi non verbal yang ditampilkan oleh partisipan dan kondisi lingkungan pada saat wawancara. Selama proses wawancara peneliti berkonsentrasi terhadap jawaban partisipan, menggali secara mendalam berdasarkan jawaban partisipan dan sekaligus melakukan pencatatan lembar observasi terhadap hal-hal selain verbal partisipan, yang dirasakan relevan dengan pernyataan partisipan. Proses wawancara diakhiri dengan menyimpulkan hasil wawancara yang telah dilakukan. Setelah semua topik terjawab peneliti memberikan ucapan terima kasih kepada partisipan atas partisipasinya serta melakukan terminasi sementara dengan membuat kontrak untuk melakukan pertemuan selanjutnya untuk melakukan validasi hasil penelitian.

### **3.5.2.3 Tahap Terminasi**

Pada tahap ini dilakukan validasi gambaran fenomena yang dialami oleh partisipan sebelum data digabungkan ke dalam deskripsi akhir yang mendalam. Proses validasi dilakukan dengan meminta partisipan mencerna kisi-kisi tema hasil analisis data yang dibacakan oleh peneliti,

kemudian ditanyakan apakah kisi-kisi tema tersebut sesuai dengan apa yang telah disampaikan partisipan selama proses wawancara. Setelah partisipan mengklarifikasi kesesuaian hasil analisis data dengan penyampaian pada saat dan wawancara, peneliti memberitahukan bahwa proses pengumpulan data telah selesai. Peneliti kemudian menyampaikan terimakasih dan penghargaan terhadap keikutsertaan partisipan dalam penelitian.

### **3.6 Pengolahan dan Analisis Data**

#### **3.6.1 Pengolahan data**

Transkripsi hasil pengumpulan data dilakukan segera setelah setiap proses wawancara selesai. Penulisan dilakukan dengan pembuatan transkrip dalam bentuk verbatim berdasarkan hasil wawancara dan lembar observasi.

#### **3.6.2 Analisis data**

Pada penelitian ini digunakan metode analisis data fenomenologi deskriptif yang sering digunakan menurut Collaizi (1978 dalam Polit, Beck, Hungler, 2001); karena langkah-langkah analisis data cukup sederhana, jelas dan terperinci. Tahapan yang dilakukan dalam penelitian ini, meliputi :

- a. Membaca semua naskah untuk memperoleh suatu perasaan atau kecenderungan terkait penelitian. Proses membaca dilakukan secara berulang setiap naskah transkripsi sampai peneliti memperoleh gambaran makna fenomena penelitian yang disampaikan partisipan.
- b. Me-review setiap naskah dan menurunkan pernyataan-pernyataan partisipan yang signifikan. Peneliti memeriksa transkrip berulang kemudian menandai pernyataan partisipan yang penting dan berkaitan dengan tujuan penelitian dengan *highlighter* dan menuangkan pernyataan tersebut ke dalam transkrip.
- c. Memilah makna dari setiap pernyataan partisipan yang signifikan (memformulasi makna). Pernyataan partisipan yang signifikan

kemudian dianalisis makna yang terkandung di dalamnya kemudian makna yang teridentifikasi dituangkan dalam draft kisi-kisi tema.

- d. Menyusun makna-makna yang sudah diformulasikan ke dalam kelompok-kelompok tema

Makna yang teridentifikasi kemudian dikelompokkan berdasarkan tema yang memayungi.

a) Merujuk kembali kelompok tema kepada naskah yang asli untuk validasi. Peneliti memeriksa naskah pengelompokan tema kemudian membandingkan dengan transkrip verbatim awal. Setelah kelompok tema sesuai dengan transkrip awal tema dinyatakan valid.

b) Ketidaksesuaian di antara kelompok tema kemudian di catat, data atau tema yang tidak sesuai tidak langsung diabaikan. Tema yang tidak sesuai ditelusuri ulang di mana letak kesalahannya kemudian baru ditetapkan validitas maknanya.

- e. Mengintegrasikan hasil ke dalam deskripsi yang lengkap/ mendalam terkait fenomena penelitian. Tema dan sub tema yang sudah teridentifikasi kemudian dituangkan ke dalam deskripsi naratif yang mendalam dan rinci.

- f. Memformulasikan deskripsi fenomena penelitian secara lengkap dan mendalam ke dalam suatu pernyataan identifikasi yang jelas. Deskripsi naratif hasil penelitian dituliskan dalam suatu format yang baik dan lengkap.

- g. Menanyakan kepada partisipan tentang temuan penelitian sebagai langkah validasi yang terakhir. Peneliti membacakan naskah deskripsi hasil penelitian kepada partisipan untuk dicermati. Kemudian partisipan memberikan penilaian bahwa deskripsi hasil penelitian yang dituangkan sesuai atau tidak dengan pengalaman yang sebenarnya dirasakan partisipan. Setelah menurut partisipan sesuai maka deskripsi penelitian yang dituangkan dikatakan valid.

### 3.7 Keabsahan Data

Hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya apabila mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat (Speziale & Carpenter, 2003). Teknik operasional yang akan dilakukan untuk membuktikan keakuratan penelitian adalah sebagai berikut :

#### 3.7.1 *Credibility*

*Credibility* adalah asas penelitian yang menetapkan bahwa penelitian menghasilkan temuan yang kredibel atau valid (Lincoln & Guba, 1985; dalam Speziale & Carpenter, 2003). Kredibilitas pada penelitian kualitatif dapat ditingkatkan dengan teknik kebersamaan yang lama dengan partisipan dan pengamatan yang terus menerus, triangulasi, *peer debriefing*, *member checking*, serta pencarian bukti penelitian yang tidak mendukung hasil penelitian (Polit & Beck, 2004). Tertib asas *credibility* pada penelitian ini dilakukan dengan teknik *member checking*. Peneliti meminta partisipan penelitian untuk memeriksa kisi-kisi tema hasil analisis data, kemudian partisipan diminta untuk memberikan umpan balik apakah kisi-kisi tema hasil analisis data sesuai dengan maksud yang disampaikan oleh partisipan terkait pengalaman yang dialami pada saat wawancara. Partisipan menyetujui tema-tema yang ada sehingga hasil penelitian dinyatakan kredibel atau valid.

#### 3.7.2 *Dependability*

Kriteria *dependability* terpenuhi setelah peneliti menunjukkan kredibilitas hasil penelitian (Speziale & Carpenter, 2003). *Dependability* merupakan persamaan asas *reliability* pada penelitian kuantitatif yang berarti stabilitas data yang didapatkan seiring waktu maupun kondisi (Polit & Beck, 2004). Aspek *dependability* pada penelitian kualitatif dapat ditingkatkan dengan teknik prosedur *step wise replication* atau *inquiry audit* (Polit & Beck, 2004). Tertib asas *dependability* pada penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan *inquiry audit*, yaitu suatu proses audit yang dilakukan oleh *external reviewer* untuk meneliti kecermatan data-data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian. Auditor dalam penelitian ini adalah

dosen pembimbing II tesis yang memeriksa cara dan hasil analisis yang telah dilakukan peneliti, serta memberikan penekanan dan arahan dalam menggunakan data hasil penelitian yang telah diperoleh untuk digunakan selama proses analisis data.

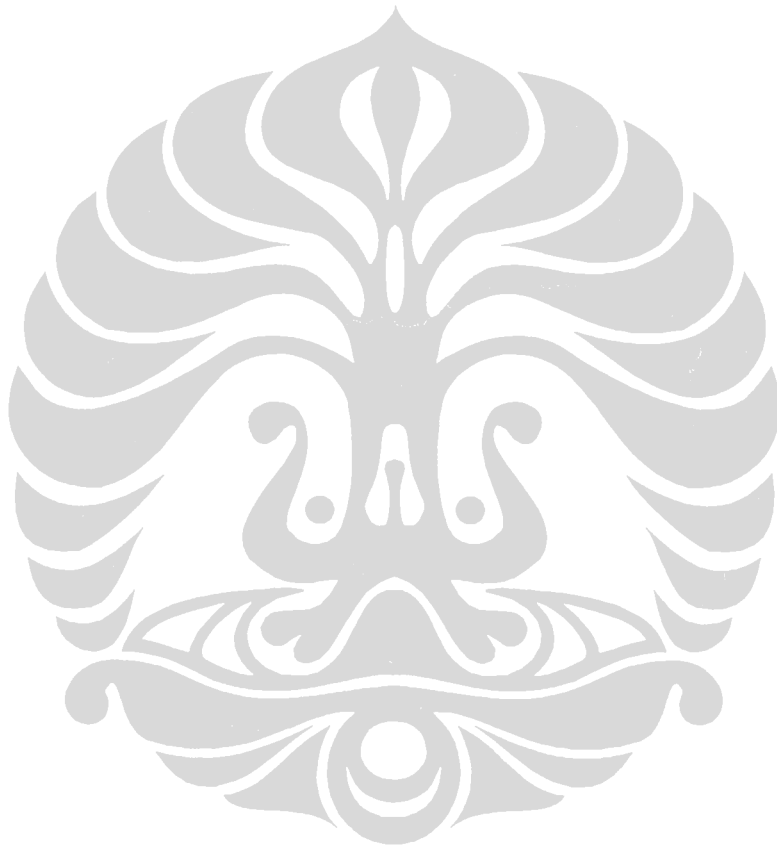
### 3.7.3 *Confirmability*

Tujuan *confirmability* adalah untuk menggambarkan sejelas mungkin bukti dan proses proses pemikiran yang berujung pada kesimpulan penelitian (Speziale & Carpenter, 2003). *Confirmability* merujuk pada netralitas atau objektivitas data penelitian, yang berarti persetujuan dua orang atau lebih yang independen tentang keakuratan, relevansi atau makna data penelitian (Polit & Beck, 2004). *Confirmability* dapat ditingkatkan dengan teknik *bracketing*, mempertahankan jurnal reflektif, serta *inquiry audit* dengan *audit trail*. Tertib asas *confirmability* pada penelitian ini dilakukan dengan penerapan *bracketing* serta *audit trail*. *Bracketing* dilakukan dengan cara peneliti mengosongkan pikiran terkait fenomena dan menahan diri tidak memasukkan ide dan pemikiran peneliti baik pada saat penggalan maupun analisis data. *Audit trail* dilakukan dengan cara mengumpulkan semua material dan hasil dokumentasi penelitian yang berupa transkrip wawancara dan catatan lapangan secara sistematis. Orang lain yang netral dan independen serta mempunyai kemampuan analisis penelitian, dalam hal ini pembimbing, dipersilahkan untuk memeriksa dan menilai bahwa dilihat dari proses penelitian dan hasilnya penelitian dinyatakan objektif.

### 3.7.4 *Transferability*

*Transferability* menurut Lincoln dan Guba (1985) dalam Polit dan Beck (2004) merujuk secara mendasar pada kemampuan generalisasi data, bahwa hasil penelitian dapat ditransfer kepada setting atau kelompok lain. Cara yang diterapkan dalam penelitian ini untuk menjamin *transferability* hasil penelitian ini adalah dengan cara menggambarkan tema-tema hasil penelitian kepada diabetisi lain yang tidak terlibat dalam penelitian yang

memiliki karakteristik serupa, kemudian diidentifikasi apakah sampel tersebut menyetujui tema-tema yang dihasilkan oleh penelitian ini.



## BAB 4

### HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang berbagai pengalaman diabetisi dalam melakukan perawatan DM di rumah. Penelitian menghasilkan beberapa tema yang memberikan gambaran tentang fenomena bagaimana diabetisi melakukan perawatan di rumah. Hasil penelitian ini dibagi menjadi 2 bagian. Bagian pertama menjelaskan secara singkat gambaran karakteristik partisipan. Bagian ke dua membahas analisis tematik tentang pengalaman diabetisi melakukan perawatan di rumah.

#### 4.1 Gambaran Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang yang berada pada rentang usia dewasa dan lansia. Empat partisipan adalah perempuan dengan latar belakang pendidikan SD dan SMA. Deskripsi lengkap karakteristik partisipan terlihat pada Tabel 4.1 berikut :

**Tabel 4.1 Gambaran Karakteristik Partisipan Penelitian**

No	Kode Partisipan	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Suku	Lama Didiagnosis DM
1	P1	52 Tahun	Laki-laki	SMA	Pemborong	Jawa	10 Tahun
2	P2	64 Tahun	Laki-laki	Pendidikan Kepolisian	Pensiunan Polri	Jawa	11 Tahun
3	P3	57 Tahun	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga/ Pedagang	Jawa	Belasan tahun (partisipan tidak yakin)
4	P4	61 Tahun	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Betawi	9 Tahun
5	P5	56 Tahun	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Jawa	3 tahun

No	Kode Partisipan	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Suku	Lama Didiagnosis DM
6	P6	P6	Perempuan	SMA	Wiraswasta/ usaha katering	Sunda	10 tahun
7	P7	68 Tahun	Perempuan	SD	Ibu Rumah Tangga	Betawi	3 Tahun
8	P8	45 Tahun	Perempuan	SMA	Ibu Rumah Tangga	Jawa	3 Tahun

## **4.2. Hasil Analisis Tematik**

### **4.2.1 Tujuan Khusus Mengetahui Persepsi Diabetisi terhadap Penyakit DM dan Perawatannya**

Pada penelitian ini untuk tujuan khusus mengetahui persepsi diabetisi terhadap penyakit DM dan perawatannya teridentifikasi beberapa tema yaitu karakteristik penyakit DM, penyebab DM, manajemen perawatan DM, serta keyakinan terkait penyakit DM dan perawatannya.

#### **4.2.1.1 Karakteristik Penyakit DM**

Penyakit DM mempunyai beberapa karakteristik yang membedakannya dengan penyakit lain. Karakteristik penyakit DM menurut partisipan meliputi penyakit yang sulit sembuh, penyakit yang sering kambuh, penyakit yang menetap, penyakit yang semakin memburuk, penyakit yang mematikan, serta penyakit DM menjadi penyebab dari banyak penyakit lain.

Karakteristik penyakit DM yang sulit sembuh diungkapkan oleh 3 partisipan, salah satunya partisipan 3. Partisipan 3 adalah partisipan yang paling lama mengalami DM, bahkan partisipan menyatakan tidak ingat lagi kapan sebenarnya mengalami DM. Partisipan sudah mencoba segala cara tetapi penyakit DM-nya tidak sembuh juga. Contoh pernyataan partisipan tentang sulit semuhnya penyakit DM adalah sebagai berikut :



*“ ... makanan juga udah banyak yang dihindari, nggak kaya dulu-dulu istilahnya dipantang udah banyak yang dipantang, tapi ya ini, penyakitnya itu kayaknya susah untuk turun...” (P3)*

Karakteristik penyakit DM yang sering kambuh diungkapkan oleh 4 partisipan, salah satunya partisipan 6. Partisipan 6 merasakan kegagalan dalam manajemen perawatan DM-nya, meskipun partisipan meyakini bahwa kedisiplinan dalam perawatan DM merupakan kunci keberhasilan pengendalian gula darah. Partisipan menyatakan sering lupa atau sengaja melanggar aturan diet, tidak melakukan olah raga karena sibuk, sering stres karena memikirkan target pekerjaan sebagai tukang masak, bahkan kadang lupa tidak minum obat. Kondisi ini menyebabkan gula darah partisipan sering naik dan menimbulkan keluhan, sehingga partisipan menyatakan bahwa salah satu ciri-ciri penyakit DM adalah sering kambuh. Contoh pernyataan sebagai berikut :

*“ ... ibu beli obat di apotik minum obat pagi dua tapi laen obatnya dan siang dua malam dua bener kalo ibu ingetin rada turun . jenis obatnya dua macam sempat turun dua minggu dari seratus, empat ratus Sembilan puluh sampai seratus Sembilan puluh, terus ibu lupa makan obat. Terus naik lagi tiga ratus sembilan puluh. jadi turun naik turun naik .... Jadi pengen stabil nya gimana gitu ... ” (P6)*

Karakteristik penyakit DM yang menetap diungkapkan oleh partisipan 6 dengan membandingkan penyakit DM dengan penyakit lain sebagai berikut :

*“ ... soalnya kan kalau penyakit biasa mudah sembuh udah di kasi obat langsung sembuh tapi kalau penyakit ini (DM)-kan netap ... ” (P6)*

Karakteristik penyakit DM yang memburuk seiring waktu diungkapkan oleh partisipan 3 yang mengalami DM belasan tahun dan merasakan penurunan kondisi seiring perkembangan penyakit sebagai berikut :

*“ ... namanya orang kena diabet, itu bukan semakin membaik tapi semakin memburuk... ” (P3)*

Karakteristik penyakit DM yang mematikan diungkapkan oleh partisipan 3 dan partisipan 6 yang melihat keluarga, saudara, tetangga, teman, atau orang lain yang mengalami DM meninggal pada usia yang masih muda. Pernyataan partisipan adalah sebagai berikut :

*“ ... sekitar lima tahun dia begitu, kena diabet itu sekitar lima sampai tuju tahunan, kurang lebih, itu dah langsung jatuh tu ... meninggal, jadi nggak, nggak sampe ... jangka panjang, ya paling lama sampe sekitar tuju tahunan itu ... ” (P3)*

*“ ... jarang sampai umur enam puluh, tujuh puluh, kebanyakan lima puluh ke bawah aja udah pada ini (meninggal) kalau punya gula mah... ” (P6)*

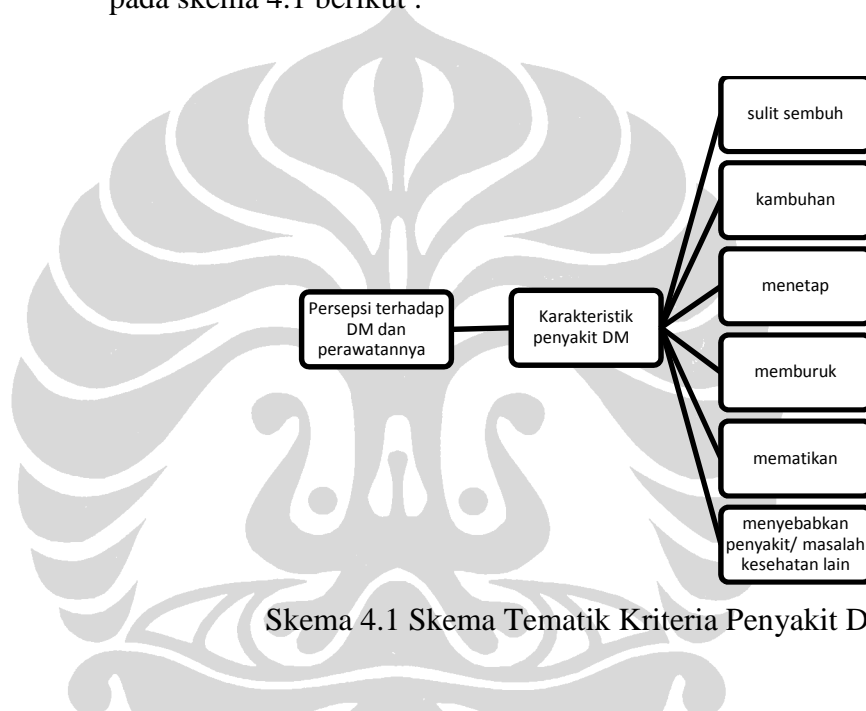
Karakteristik penyakit DM adalah penyakit yang dapat menjadi penyebab banyak penyakit lain atau komplikasi diungkapkan oleh partisipan 4 dan partisipan 5 yang mengalami komplikasi DM gangguan penglihatan akibat katarak. Partisipan 5 menyatakan pernah diberi informasi oleh dokter bahwa katarak yang dialaminya dapat terjadi karena DM yang dialaminya. Tetapi partisipan sendiri menganggap gangguan penglihatan yang dialaminya terjadi karena pada suatu waktu partisipan sedang membaca kitab suci, tiba-tiba seperti ada sesuatu yang menebarkan pasir ke matanya sehingga dia tidak bisa melihat sampai sekarang. Pernyataan partisipan adalah sebagai berikut :

*“ kalau penyakit gula ... kena jadinya kena jantung, kena paru-paru, kena asam urat emang katanya kemana aja tu gula makanya, soalnya itu paling dulu gitu ” (P4)*

*“ ... emang biasanya kalo sakit gula lari ke mata biasanya ga liat , paru-paru, jantung gitu ... ” (P5)*

Partisipan 2 yang merasa berhasil dalam melakukan perawatan dan gula darahnya cukup stabil menyatakan bahwa sifat bahaya atau mematikan penyakit DM adalah relatif. Apabila DM dirawat dengan baik, disiplin dalam diet, olah raga, maupun mengelola stres dengan baik, maka diabetisi dapat hidup sehat, dan sebaliknya.

Pernyataan partisipan tentang karakteristik penyakit DM menghasilkan kelompok tema. Gambaran tematik karakteristik penyakit DM terlihat pada skema 4.1 berikut :



Skema 4.1 Skema Tematik Kriteria Penyakit DM

Persepsi partisipan terhadap penyakit DM merupakan dasar pemahaman konsep-konsep yang lain terkait penyakit. Tema penyebab penyakit DM yang teridentifikasi dalam penelitian dibahas dalam subbab berikut.

#### 4.2.1.2 Penyebab Penyakit DM

Faktor penyebab penyakit DM menurut partisipan meliputi ketidakseimbangan masukan dan pemanfaatan makanan oleh tubuh, fungsi pankreas yang tidak optimal, penyebab yang tidak jelas, serta karena penyakit yang sudah diderita sebelumnya. Faktor predisposisi penyakit DM menurut partisipan meliputi gaya hidup, faktor sosial, serta faktor keturunan. Penyebab kenaikan gula darah menurut partisipan meliputi

stres baik psikologis maupun fisik, pelanggaran aturan diet berupa makan lebih banyak dan makan makanan manis, serta akibat lupa minum obat.

Penyebab penyakit DM berupa ketidakseimbangan masukan dan pemanfaatan makanan, terutama makanan manis diungkapkan oleh partisipan 2 dan partisipan 7. Partisipan 2 yang sebelum mengalami DM sering makan berlebihan meyakini pola kelebihan asupan makanan yang berlebihan yang bersamaan dengan penggunaan dalam bentuk aktivitas yang kurang sebagai penyebab DM. Sedangkan partisipan 7 yang secara budaya dibiasakan lebih sering makan makanan manis, menduga hal inilah yang menjadi penyebab dirinya mengalami DM. Pernyataan partisipan tentang hal tersebut adalah sebagai berikut :

*” ... istilahnya kelebihan bahan pembuangan kurang, ya ngendap ...” (P2)*

*“ ... tahu tuh bisa kena gula, kebangetan banyak makan gula apa gimana (tertawa), makan banyak gula kali dulu waktu, kecil ... makan apa-apa pengen manis, ngeteh manis, pengen ngopi, manis, Eneg, minum teh manis ... (P7)*

Penyebab penyakit DM berupa fungsi pankreas yang tidak optimal diungkapkan oleh partisipan 2 yang merupakan seorang pensiunan Polri dan rutin berkonsultasi terkait DM-nya dengan dokter spesialis, sebagai berikut :

*” ... istilahnya fungsi pankreas nggak optimal ...” (P2)*

Penyebab penyakit DM berupa penyebab yang tidak jelas diungkapkan oleh partisipan 5. Partisipan 5 menyatakan seringkali apabila dirinya periksa ke pelayanan kesehatan dokternya jarang memberikan pemahaman terkait penyakit DM. Hal ini menurut partisipan terjadi karena dokter tidak ingin membebani pikiran yang dapat berakibat buruk pada dirinya, sehingga informasi lebih sering diberikan kepada

keluarganya yang mengantar. Ini menyebabkan belum tepatnya pemahaman partisipan terkait penyebab DM. Fenomena ini tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

*” ... Saya ga tau punya gula, saya periksa di dokter tau-tau ada gula makanya saya kencing terus...” (P5)*

Penyebab penyakit DM berupa penyakit lain yang diderita sebelumnya diungkapkan oleh partisipan 3 yang mengalami banyak komplikasi penyakit. Interaksi berbagai penyakit menimbulkan pemikiran pada partisipan bahwa penyakit lambung atau maag yang diderita sebelumnya merupakan penyebab awal semua penyakit yang sekarang dialami, termasuk DM. Hal ini tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

*” ... pertama-tama saya kena penyakit lambung ... lha setelah kena lambung itu, juga kena, asam urat, kena asam urat, lha terus, kayaknya makin melebar, lha terus, nggak selang, lama, nggak tahu tahun berapa persisnya, otomatis kena, hipertensi juga, jadi ya mungkin karena, emang kalau udah kena lambung itu biasanya terus merembet kemana-mana ... na terus kena diabet itu ...” (P3)*

Faktor predisposisi penyakit DM menurut partisipan meliputi gaya hidup, faktor sosial, serta faktor keturunan. Faktor predisposisi penyakit DM berupa gaya hidup khususnya diet yang tidak tepat seperti diungkapkan oleh partisipan 2 sebagai berikut:

*” ... awalnya istilahnya sebelum pensiun itukan saya, boleh dikatakan sembilan puluh persen makan enak, awalnya dari itu....” (P2)*

Faktor predisposisi penyakit DM berupa faktor sosial yaitu teman atau kolega yang sering mengajak makan yang kurang tepat dan sulit untuk ditolak seperti diungkapkan oleh partisipan 2 sebagai berikut:

*” ... Si A ngajak makan mau nggak mau gimana, si B ngajak makan mau nggak mau gimana ....” (P2)*

Faktor predisposisi penyakit DM berupa faktor keturunan diungkapkan oleh partisipan 8. Partisipan awalnya tidak mengetahui bahwa keturunan mempengaruhi terjadinya DM. Setelah partisipan didiagnosis DM ternyata diketahui bahwa banyak saudara partisipan yang juga mengalami DM, bahkan dengan kondisi yang lebih buruk daripada partisipan. Hal ini mendasari pemahaman partisipan bahwa faktor keluarga atau keturunan berpengaruh menyebabkan DM pada seseorang. Hal ini seperti dinyatakan partisipan 8 sebagai berikut:

*” ... dari mana asalnya... ga taunya saudara saya ada gula juga...” (P8)*

Menurut partisipan kenaikan kadar gula darah disebabkan karena berbagai faktor yang meliputi stres, melanggar aturan diet, serta lupa minum obat. Faktor pencetus kenaikan kadar gula darah berupa stres psikologis diungkapkan oleh 4 partisipan, diantaranya adalah partisipan 2 dan partisipan 5. Partisipan 2 menyatakan bahwa akar semua masalah kesehatan yang dialaminya adalah karena pikiran. Partisipan menyatakan mempunyai stresor yang sangat sulit dihilangkan. Hal inilah yang menyebabkan gula darah partisipan sering tidak stabil. Partisipan 5 sudah mengalami komplikasi DM yaitu katarak pada ke-2 matanya dan dikarenakan keluhan penyakit masih ada sehingga belum juga bisa dilakukan operasi penggantian lensa. Keadaan tidak bisa melihat bagi partisipan menjadikan lebih banyak dan sering stres yang dialami, karena seringkali partisipan hanya dapat menduga-duga apa yang sedang terjadi di sekitarnya. Pernyataan partisipan adalah sebagai berikut :

*“ ... biang semua penyakit itu karena pikiran ... (P3)*

*“ ... kalau nggak ada pikiran nggak mungkin tinggi... (P5)*

Sedangkan faktor pencetus kenaikan kadar gula darah berupa stres fisik karena harus mengasuh cucu diungkapkan oleh partisipan 4 yang sudah lansia. Hal ini menyebabkan partisipan lelah dan kemudian sering terjadi setelah itu gula darahnya meningkat. Hal ini seperti diungkapkan partisipan sebagai berikut :

*” ... kalau lagi kecapean ngejar-ngejar bocah ... Jalan mulukan kadang cucu lompat-lompatan, apaan, saya mau nggak mau, orang kita duaan, ya capek jadi suka kumat (P4)*

Faktor pencetus kenaikan kadar gula darah karena pelanggaran terhadap aturan diet berupa makan lebih banyak dari porsi yang semestinya dan makan makanan manis diungkapkan oleh partisipan 6 dan partisipan 7 yang merasa belum dapat melaksanakan manajemen perawatan secara disiplin. Pernyataannya adalah sebagai berikut :

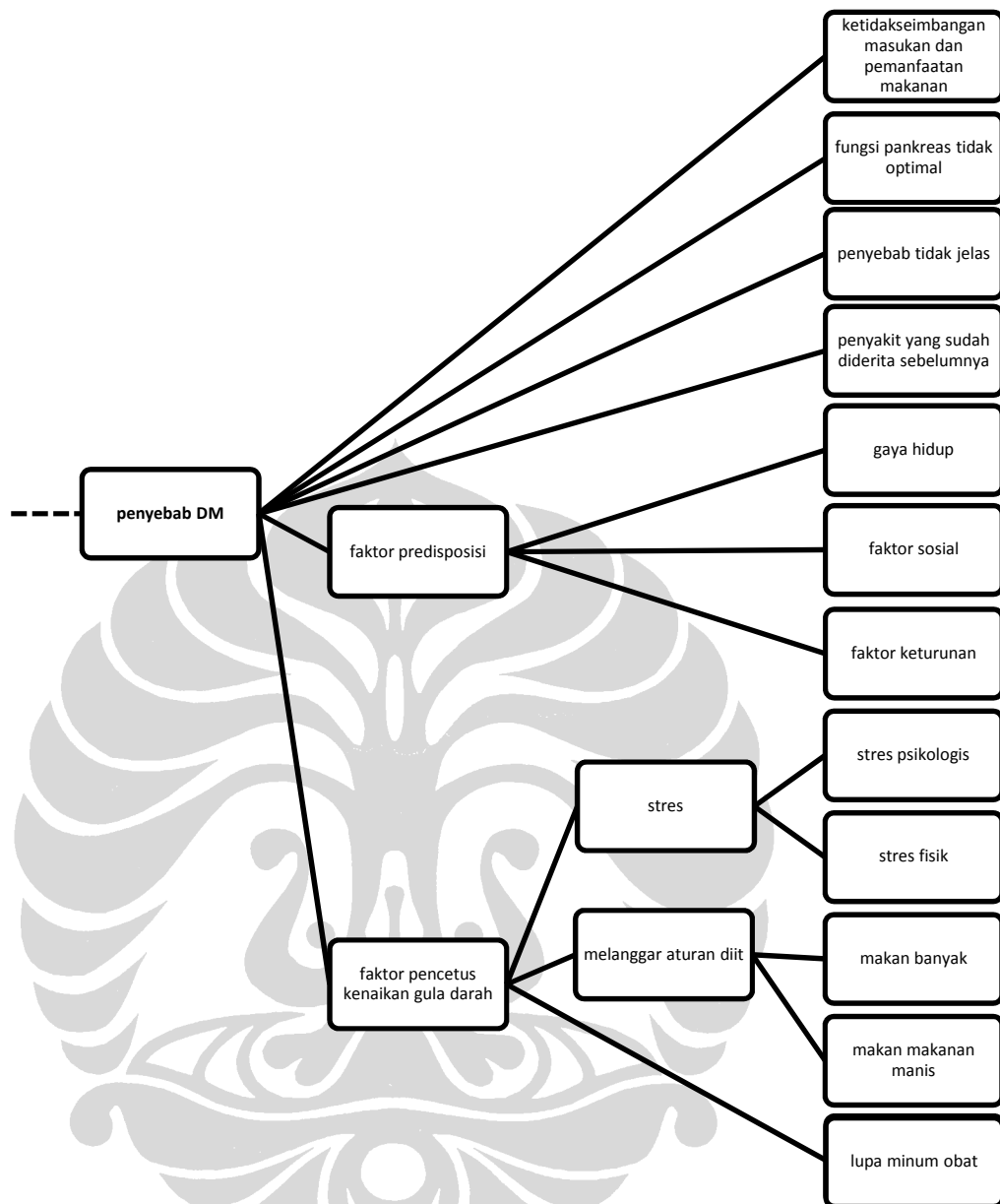
*” ... makan manis banyak... berasa...” (P6)*

*” ... kalau lagi makan banyak, keliwat ... berasa...” (P7)*

Faktor pencetus kenaikan gula darah karena lupa minum obat diungkapkan oleh partisipan 6. Lupa minum obat pada partisipan 6 terjadi terutama pada saat dia sibuk dan berada di luar rumah karena tidak ada yang mengingatkan. Partisipan merasakan setelah lupa minum obat pasti gula darahnya tinggi. Pernyataan partisipan adalah sebagai berikut :

*” ... ya gitu, tapi obat tetap di minum, ya obat tapi kalau lupa minum obat gula nya tinggi ...” (P6)*

Pernyataan partisipan menyusun kelompok tema penyebab penyakit DM. Skema tematik penyebab penyakit DM tergambar pada Skema 4.2 berikut :



Skema 4.2 Skema Tematik Penyebab Penyakit DM

Pemahaman terhadap penyebab DM merupakan faktor yang dapat mempengaruhi upaya yang mungkin dilakukan untuk mencegah atau mengatasi DM. Faktor penyebab dan predisposisi DM penting diketahui untuk melaksanakan upaya pencegahan. Sedangkan untuk merawat yang sudah mengalami DM atau diabetisi agar tidak mengalami kenaikan gula darah penting diketahui faktor pencetus naiknya gula darah.



Persepsi partisipan terhadap penyakit yang meliputi karakteristik penyakit dan penyebab merupakan pemahaman dasar terkait penyakit yang akan mempengaruhi bagaimana partisipan bersikap dan berperilaku menghadapi penyakit DM-nya. Persepsi terhadap penyakit dan penyebabnya mendasari pemahaman dan pengalaman partisipan terkait manajemen perawatan pada DM yang dijalani serta upaya-upaya yang dilakukan untuk merawat DM-nya. Persepsi dan pengalaman partisipan dalam melaksanakan perawatan DM tergambar pada paparan berikutnya.

#### **4.1.3 Manajemen Perawatan DM**

Beberapa topik teridentifikasi pada ungkapan persepsi partisipan tentang manajemen perawatan. Topik tersebut meliputi strategi koping, terapi obat, manajemen diet, serta efektivitas manajemen perawatan.

Topik strategi koping yang dilakukan menghadapi penyakit DM dan perawatannya mengidentifikasi beberapa kategori yang meliputi pentingnya koping yang positif dalam pengelolaan DM, strategi koping yang dilakukan, serta sulitnya melaksanakan strategi koping yang adaptif.

Koping yang positif merupakan aspek yang penting dalam pengelolaan DM diungkapkan oleh partisipan 2 yang merasakan manajemen perawatannya cukup berhasil ditandai dengan kadar gula darah yang stabil serta badan yang terasa bugar. Partisipan menyatakan menata pikirannya agar tidak mudah stres, karena stres menurut pengalamannya sendiri akan menyebabkan kenaikan kadar gula darah dengan cepat. Pernyataan partisipan tentang pentingnya strategi koping adalah sebagai berikut :

*" ... ikut dominan ya masalah pikiran ... pikiran ini nggak usah neko-neko (tertawa) ... " (P2)*

Strategi koping yang dilakukan partisipan adalah dengan cara berpikir realistis serta menerima. Strategi koping dengan cara berpikir realistis diungkapkan oleh partisipan 2. Menurut partisipan berpikir yang realistis dapat mencegah kenaikan gula darah. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

*” ... jangan coba-coba, mikir yang di luar jangkauan ... pemikiran itukan banyak makan kalori, jadi, kalau umpamanya tidak terpenuhi cita-cita kita, ya siap-siaplah jadi orang ... kecewa (tertawa) ... kan gitu ... jadi boso jowone mapan ngono lho mas ...” (P2)*

Strategi koping dengan cara menerima diungkapkan oleh partisipan 2 dan partisipan 5 sebagai berikut :

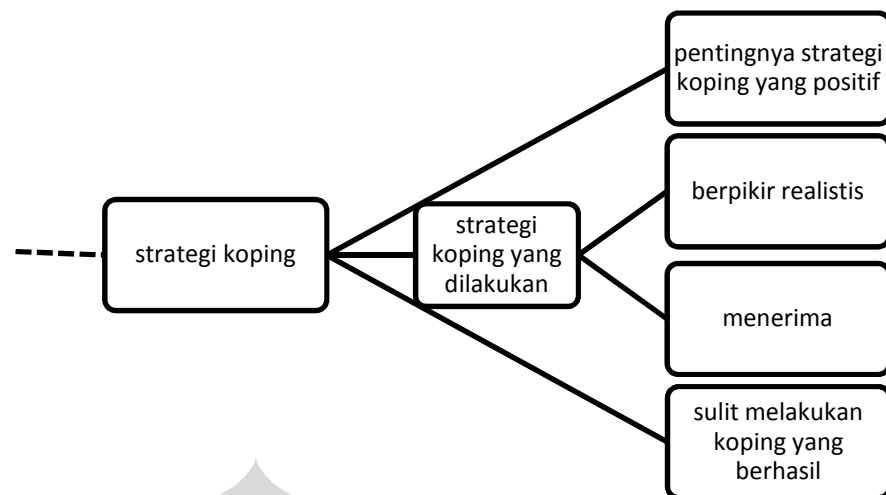
*” ... harus banyak bersyukur, pasrah, mapan, tawakal ...” (P2)*

*” ... bebasin, segala-galanya yang ngasih Alloh...” (P5)*

Partisipan merasakan kesulitan dalam melakukan koping yang berhasil, hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 3 yang selalu terpikirkan tentang anaknya yang menikah dengan tetangga yang sudah mempunyai suami dan akibat-akibat yang ditimbulkan sebagai berikut :

*” ... Tapi yo, ndelalahnya memang, masalah itu (pikiran tentang anak) yang, yang sulit di (menangis) ...ilangi, itu yang bisa meredakan opo yo...” (P3)*

Pernyataan partisipan tentang strategi koping menyusun kelompok subtema strategi koping pada tema manajemen perawatan DM. Skema tematik subtema strategi koping tergambar pada skema 4.3 berikut :



Skema 4.3 Skema Tematik Strategi koping

Beberapa topik terkait terapi obat DM diungkapkan oleh partisipan yang meliputi konsumsi obat harus rutin, terus menerus, dosis dapat disesuaikan dengan kondisi; serta harga obat DM yang murah.

Partisipan 1 dan partisipan 3 menyatakan bahwa konsumsi obat harus rutin. Partisipan 3 tidak pernah tidak mengkonsumsi obat karena partisipan merasa tidak dapat optimal melaksanakan manajemen perawatan selain dengan obat, sehingga obat itulah yang dapat menurunkan gula darah. Sedangkan partisipan 1 menyatakan sebenarnya konsumsi obat harus rutin, tetapi karena mengkonsumsi obat dari terapi alternatif yang mempunyai fungsi yang sama dengan obat medis DM maka partisipan 1 tidak mengkonsumsi obat dari dokter. Fenomena rutinitas minum obat seperti dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

*” ... ya tetep obat, saya nggak pernah ninggalin obat ...” (P3)*

Partisipan 1 menyesuaikan dosis obat DM dengan perasaan subyektif terkait kondisi gula darah. Pada saat partisipan merasa kadar gula darahnya tinggi partisipan minum 2 tablet, sedangkan pada saat partisipan merasakan kadar gula darahnya turun atau normal partisipan

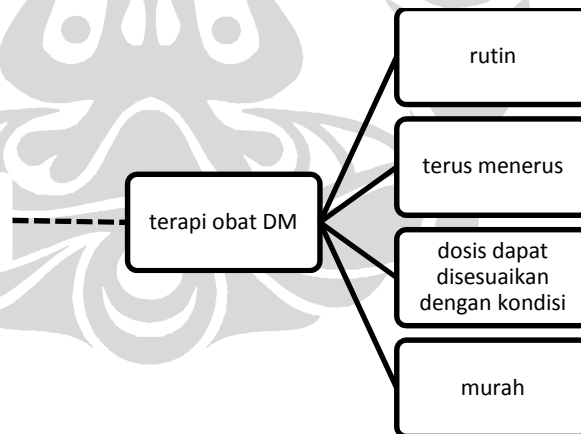
minum satu tablet. Hal ini dilakukan partisipan berdasarkan perasaannya saja tanpa berkonsultasi lebih dulu dengan dokter. Hal ini dinyatakan partisipan sebagai berikut :

*” ... kadang-kadang kalau gulanya lagi naik, itu makannnya harus ... sehari ... sehari dua kali ... kalau lagi anu (turun) udah ...sehari aja, sehari sekali ...” (P1)*

Terapi obat DM bersifat murah dan terjangkau diungkapkan oleh partisipan 6 karena belum mengalami komplikasi akibat DM sehingga obat yang diperlukan hanya yang untuk mengendalikan gula darah saja. Hal ini seperti pernyataan partisipan sebagai berikut :

*” ... (harga obat) ga terlalu tinggi lah bisa terjangkau...” (P6)*

Pernyataan partisipan menyusun kelompok tema persepsi terhadap terapi obat DM. Skema tematik terapi obat DM tergambar pada skema 4.4 sebagai berikut :



Skema 4.4 Skema Tematik Terapi Obat DM

Beberapa topik terkait manajemen diet DM diungkapkan oleh partisipan yang meliputi manajemen diet merupakan bagian manajemen perawatan DM yang sulit serta sering dilanggar.

Manajemen diit pada DM merupakan perawatan yang sulit diungkapkan oleh partisipan 2 yang merasa berhasil dalam manajemen diit. Keberhasilan ini menurut partisipan ditentukan dengan keberhasilan mengatasi sulitnya merubah kebiasaan diit yang tidak tepat menjadi diit yang sesuai untuk diabetisi. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

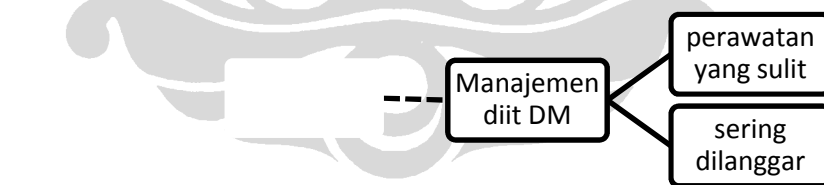
*” ... biasa makan enak dan banyak ... mengalihkan ke yang sederhana itu agak susah...” (P2)*

Manajemen diit pada DM merupakan perawatan yang sering dilanggar diungkapkan oleh partisipan 1 dan 7 sebagai berikut :

*” ... kadang-kadang mbandhel ke warung minum kopi ...” (P1)*

*” ... kadang-kadangan harus tetep tonjok (kenyang), makan banyak...” (P7)*

Pernyataan partisipan tentang persepsi terhadap manajemen diit DM membentuk kelompok subtema manajemen diit DM. Skema tematik persepsi partisipan terhadap manajemen perawatan DM tergambar pada skema 4.5 berikut :



Skema 4.5 Skema Tematik Manajemen Diit DM

Beberapa topik terkait efektivitas manajemen perawatan DM diungkapkan oleh partisipan yang meliputi manajemen perawatan DM yang efektif serta kunci keberhasilan dalam manajemen DM.

Menurut partisipan perubahan diri atau gaya hidup lebih efektif dibandingkan dengan terapi obat. Hal ini diungkapkan oleh partisipan

2 yang sudah merasakan efektivitas manajemen perawatan dengan diit, olah raga, serta strategi koping yang tepat saja tanpa obat medis, partisipan hanya mengkonsumsi obat herbal yang sewaktu-waktu saja dikonsumsi sesuai kebutuhan sebagai berikut :

*” ... obat-obat apa aja yang ...obat dari Amerika yang paten-paten itu ... ternyata ya, eeee nggak begitu ini ... yo membantu, tapi sedikit sekali membantunya ... hasilnya ternyata nggak ini (efektif), setelah saya temukan ini (pemikiran tentang efektivitas manajemen perawatan non farmakologis), o ternyata diri kita sendiri ... tapi dibantu rumah sakit Pasar Rebo itu ... ya pertama dilarang keras merokok ... perbaiki, perbaiki, Alhamdulillah, sampe sekarang ini, jadi saat ini saya mengerjakan pekerjaan apapun selama saya mampu dan bisa nggak akan saya tolak, pekerjaan apa saja...”*  
(P2)

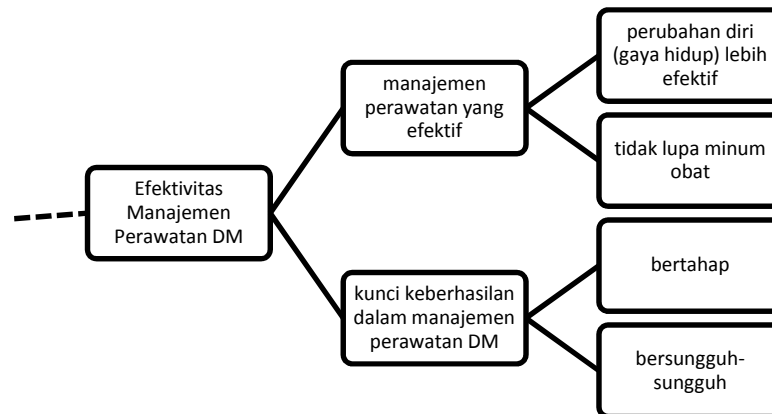
Manajemen perawatan yang efektif adalah dengan tidak lupa minum obat diungkapkan oleh partisipan 6 yang merasa kesulitan melaksanakan manajemen perawatan non farmakologi dengan olah raga maupun diit dan bahkan minum obat pun sering lupa sebagai berikut :

*” ... ia, kadang lupa. Mungkin kalau rutin bisa turun mungkin, tapi kadang ibu terlalu sibuk jadi lupa kalau udah enak badan ya udah tapi kalau udah lemas, ngaduk-ngaduk ini (masakan) terasa pegal, pasti gulanya tinggi, oh ya bener...”* (P6)

Menurut partisipan kunci keberhasilan dalam pengelolaan perawatan DM adalah bertahap dan bersungguh-sungguh. Hal ini diungkapkan oleh partisipan 2 sebagai berikut :

*” ... biasa makan segini, ... mengurangnya, bertahap, ... tapi dah, dah pasang niat ya, kalau kita udah pasang niat, insyaAlloh akan kita lakukan, jadi enteng...”* (P2).

Pernyataan partisipan tentang efektivitas manajemen perawatan menyusun kelompok efektivitas manajemenperawatan DM. Hal ini tergambar pada skema 4.6 berikut :



Skema 4.6 Skema Tematik Efektivitas Manajemen Perawatan DM

#### 4.1.4 Keyakinan Terkait DM dan Perawatannya

Beberapa topik muncul dalam wawancara terkait keyakinan tentang DM dan perawatannya yang meliputi jenis DM, pantangan terkait pola makan, serta pantangan terkait pola aktivitas dan istirahat pada Diabetisi.

Partisipan meyakini ada 2 jenis penyakit DM yaitu gula basah dan gula kering. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 7 sebagai berikut :

*” ... kalau saya katanya gula kering gitu ... kebanyakan yang nggak nahan gitu gula basah ...” (P7)*

Menurut partisipan gula kering adalah penyakit DM yang tidak menimbulkan luka, sedangkan gula basah adalah penyakit DM yang dapat menimbulkan luka meskipun tidak ada pencetus. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 7 sebagai berikut :

*” ... (gula kering) yang nggak ngoreng, nggak ngoreng ... kadang-kadang biar ada anu (luka) gitu, baik gitu, kalau yang gula basah tu, kadang-kadang gede, gede, gede... mledhuk sendiri gitu, ...” (P7)*

Menurut partisipan pantangan terkait pola makan pada diabetisi adalah tidak boleh makan terlalu malam dan tidak boleh makan malam dengan nasi. Makan terlalu malam dan makan malam dengan nasi diyakini dapat menimbulkan kenaikan gula darah sehingga harus dihindari. Partisipan 5

mengganti makan malam tidak dengan nasi tetapi dengan makanan pengganti yaitu kentang, roti atau apel. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

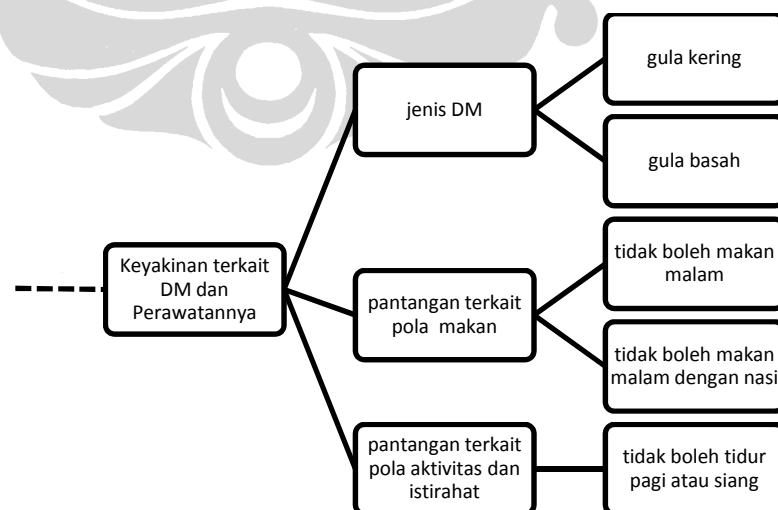
” ... makan malam nggak boleh kelewat jam lima...” (P7)

” ... kalo malam ga boleh makan nasi ...kalo malam kentang, roti, sama kadang apel” (P5)

Menurut partisipan pantangan terkait pola aktivitas dan istirahat pada diabetisi adalah tidak boleh tidur pagi atau siang. Tidur pagi atau siang hari menurut partisipan dapat menyebabkan kenaikan gula darah. Hal ini diungkapkan oleh 3 partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

” ... kalau pagi dilarang nggak boleh tidur gitu ... Katanya gulanya naik kalau tidur pagi, bawaanya lagi ngantuk ya, kalau kumat ya pasti ngantuk ...” (P4)

Pernyataan partisipan membentuk kelompok tema keyakinan terkait penyakit DM dan perawatannya. Skema tematik keyakinan terkait penyakit DM dan perawatannya tergambar pada skema 4.7 sebagai berikut :



Skema 4.7 Skema Tematik Keyakinan Terkait DM dan Perawatannya



Persepsi dan keyakinan diabetisi merupakan faktor penting yang mendasari perilaku. Persepsi dan keyakinan yang sudah tepat terkait DM akan menghasilkan perilaku yang adaptif dalam mengelola perawatan DM. Fenomena perilaku diabetisi dalam perawatan DM di rumah teridentifikasi dalam tujuan khusus ke-2 yaitu, mengetahui pengalaman diabetisi dalam melaksanakan perawatan di rumah.

#### **4.2.2 Tujuan Khusus Mengetahui Pengalaman Diabetisi Dalam Melaksanakan Perawatan DM di Rumah**

Tujuan khusus mengetahui pengalaman diabetisi melakukan perawatan di rumah mengidentifikasi beberapa tema yaitu perubahan akibat penyakit DM dan atau komplikasi DM yang dialami, respon terhadap diagnosis DM dan atau komplikasi serta perawatannya, modifikasi diet yang (pernah) dilakukan, pelaksanaan olah raga, pelaksanaan pengobatan, pemanfaatan pengobatan atau terapi yang tepat, serta upaya lain.

##### **4.2.2.1 Perubahan Akibat Penyakit DM atau Komplikasi yang Dialami**

Partisipan mengalami berbagai perubahan setelah mengalami DM yang meliputi perubahan fisik, perubahan fungsi seksual, serta perubahan sosial ekonomi.

Perubahan fisik yang dialami partisipan meliputi sering buang air kecil, sakit kepala atau pusing, penurunan berat badan, lemas, serta luka yang lama sembuhnya. Sebagian besar keluhan ini menjadi awal partisipan kontak dengan petugas kesehatan dan kemudian didiagnosis DM. Hal ini seperti contoh ungkapan partisipan sebagai berikut :

” ... pas ke rumah gitu pengen kencing mulu sehari sampe 5 kali kencing ... ” (P4)

*” ... o kalo itu saya mah gemuk banget waktu sebelum sakit, dah itu lama-lama kurus. kurus langsung saya periksa ke dokter yaitu gula...” (P8)*

*” ... Rasanya lemes, nggak bisa jalan jauh lemes gitu, dulu waktu kita belum punya penyakit mah, kemana aja enak ...” (P7)*

*” ... Pertamanya ini kaki saya tu, itu disini (memegang kaki), kaki saya bolong trus ke bawah, trus di bawa ke dokter E dua kali ke dokter E di dekat ini trus kagak sembuh-sembuh juga, bawa lagi ke dokter....belum sembuh juga masih belum juga masih aja...” (P6)*

Perubahan fungsi seksual berupa penurunan gairah seksual dialami oleh partisipan setelah mengalami DM. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 2 sebagai berikut :

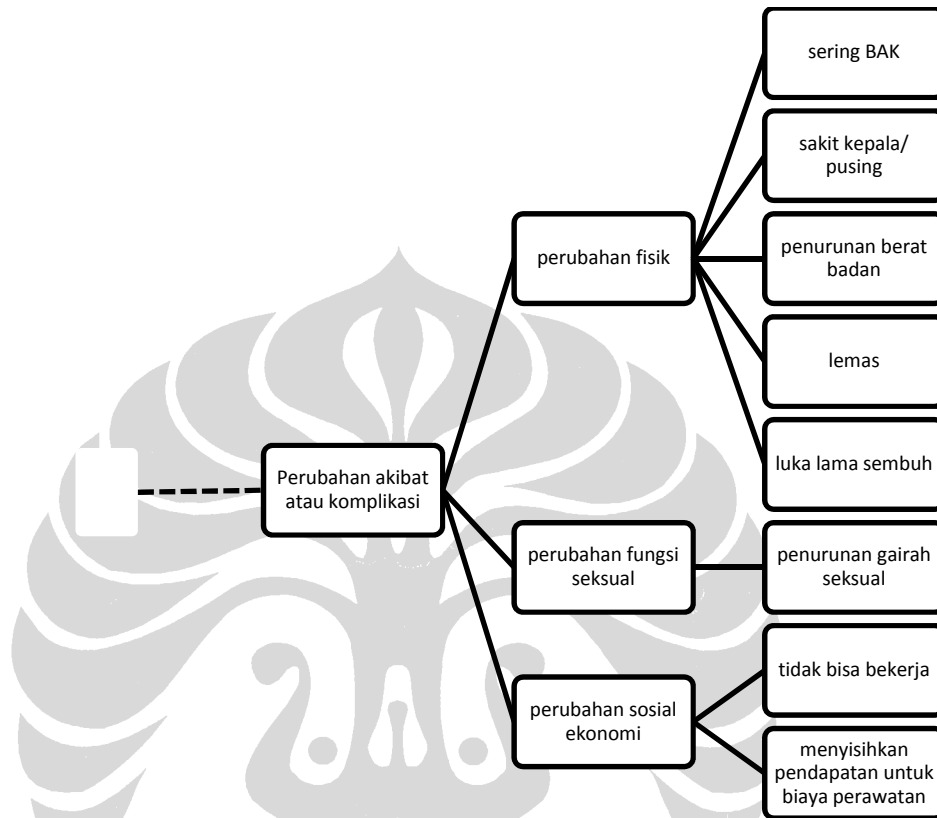
*” ... istilahnya udah nggak gairah aja, nggak gairah,...” (P2)*

Perubahan sosial ekonomi yang dialami partisipan setelah mengalami DM dan atau komplikasinya adalah tidak bisa melaksanakan tugas serta harus menyisihkan pendapatan untuk biaya perawatan. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 1 yang mengalami DM sudah 10 tahun dan 3 bulan terakhir didiagnosis penyakit jantung serta partisipan 3 yang mengalami DM belasan tahun dan mengalami banyak komplikasi penyakit yang bersamaan sehingga harus mengeluarkan biaya yang tidak sedikit sebagai berikut :

*” ... selama ini yang nggak bisa kerja tu kira-kira sekitar, dua bulanan ini, dua bulan setengah ini, terus, kalau kerja gitu ya, kadang-kadang, kadang-kadang kalau lagi, apa itu, lagi, mungkin tinggi kali gulanya ya ... wo itu ... kadang-kadang mau bangun aja mau jatuh gitu ... langsung periksa, periksa gula ... (P1)*

*” ... kita berobat di sini kalau, sama obat-obat nya kan mahal, lima puluh, a saya kalau berobat seminggu lima puluh, dalam sebulan lima kali ke dokter udah berapa, kan kebutuhan kan masih banyak...” (P3)*

Pernyataan partisipan membentuk kelompok tema perubahan akibat DM atau komplikasinya. Skema tematik perubahan akibat DM atau komplikasinya tergambar pada skema 4.8 berikut :



Skema 4.8 Skema Tematik Perubahan akibat DM atau Komplikasi

#### 4.2.2.2 Respon Terhadap Diagnosis DM atau Komplikasinya

Beberapa respon dialami oleh partisipan setelah didiagnosis DM atau komplikasinya. Respon terhadap diagnosis DM yang dialami partisipan meliputi menyangkal, stres, takut, sedih dan pesimis, serta menderita.

Merasa menyangkal terhadap diagnosis diungkapkan oleh partisipan 1 serta partisipan 8. Partisipan 1 merasa melakukan olah raga sudah cukup baik sehingga ketika didiagnosis merasa menyangkal dan tidak percaya. Sedangkan partisipan 8 merasa tidak percaya terkena DM karena menurutnya tidak ada factor risiko yang dimilikinya, walaupun sekian waktu kemudian diketahui bahwa partisipan mempunyai factor risiko

berupa factor keturunan yang terbukti dengan banyaknya saudara yang juga terkena DM. Fenomena ini dinyatakan partisipan sebagai berikut :

*” ... olahraga saya ... pull kayaknya, tapi masih kena juga ...” (P1)*

*” ... saya kok menderit gula kaya gini dari mana itu lo asalnya ...” (P8)*

Merasa stres diungkapkan oleh partisipan 2 serta partisipan 5. Partisipan 2 merasa stres terutama pada masa awal didiagnosis DM dan belum menemukan cara yang tepat mengelola DM-nya sehingga kadar gula darahnya cenderung tinggi. Demikian juga partisipan 5 mengalami hal yang sama, bahkan partisipan 5 juga merasa stres karena disamping kadar gula darahnya tidak turun tekanan darahnya pun sulit untuk turun. Hal ini seperti diungkapkan partisipan sebagai berikut :

*” ... Selama tinggi itu, ya kita, istilahnya uring-uringan lah, diri kita sendiri, jadi kita berangkat dari diri kita sendiri, ya, itu (stres memikirkan penyakit), bukan memperbaiki malah memperparah, kan kita, sama dokter sentra medika, dokter Angkatan Darat, dia ngasih saran, ini, ini, ini, ini ... itu tadi sarannya makan, olahraga, pikiran (tertawa) ...” (P2)*

*” ... Klo dulu tukang ndhredheg, suka kemari gitu saya stres darahnya tinggi gulanya tinggi ...” (P5)*

Merasa takut diungkapkan oleh 3 partisipan. Rasa takut dipicu oleh kemungkinan terjadinya komplikasi DM, yang paling menakutkan bagi partisipan adalah terjadinya luka yang sulit sembuh yang mengharuskan amputasi. Hal ini seperti contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

*” ... takut banget saya kalo sampe sakit gula ada yang kakinya yang dibuntungin,...” (P5)*

*” ... pikiran was was juga , orang orang sampe kurus banget, sudah kurus orang orang juga ga ketolong kalo uda luka...” (P6)*

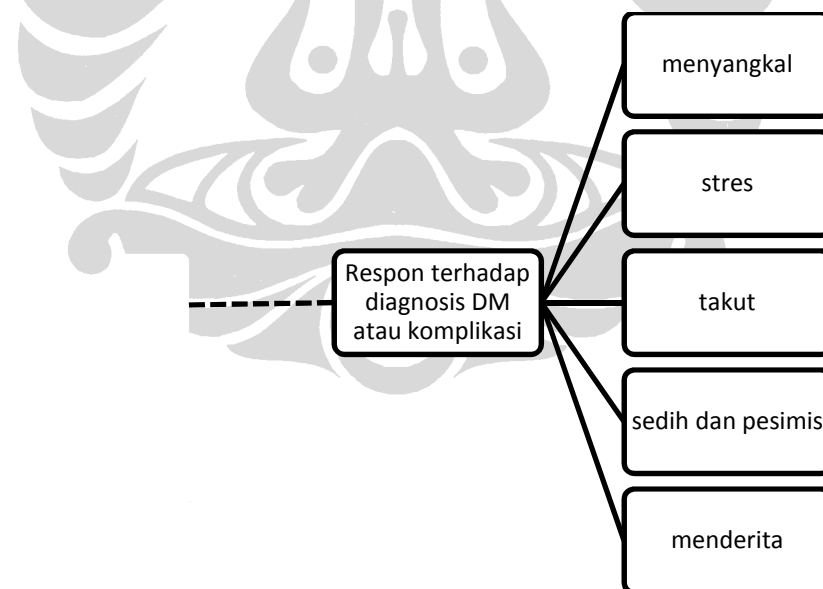
Merasa sedih dan pesimis diungkapkan oleh partisipan 8 yang pernah diberi informasi oleh tetangganya bahwa DM tidak ada obatnya, obatnya mati, sebagai berikut :

*” ... yang namanya kecil hati ya sedih mas, asal liat orang nangis mulu saya ... pas waktu tau gula itu” (P8)*

Merasa menderita karena bayangan tidak akan bebas lagi makan sesuai keinginan diungkapkan oleh partisipan 8 sebagai berikut :

*” ... ya menderita mas, menderitanya gini saya mau makan banyak enak kan gak bisa, ya gitu aja, pokoknya kalo makan inget gitu aja, ya temen-temen makan enak saya nya gak bisa ya gitu aja, jadikan gak leluasa makannya ...” (P8)*

Pernyataan partisipan menyusun kelompok tema respon terhadap diagnosis DM atau komplikasinya. Skema tematik respon terhadap diagnosis DM atau komplikasi tergambar pada skema 4.9 berikut :



Skema 4.9 Skema Tematik Respon Terhadap Diagnosis DM atau Komplikasi

#### 4.2.2.3 Respon Terhadap Pengaturan Manajemen Perawatan DM

Beberapa respon dialami oleh partisipan setelah diharuskan menjalani manajemen perawatan DM. Respon terhadap pengaturan manajemen perawatan DM yang dialami partisipan meliputi kebingungan mengelola DM dan penyakit lain yang terjadi bersamaan, menyangkal, serta keputusan.

Merasa bingung mengelola penyakit DM dan penyakit lain yang terjadi bersamaan diungkapkan oleh partisipan 3 yang mengalami banyak komplikasi penyakit yang bersamaan yaitu hipertensi, asam urat, gastritis, bahkan chikungunya. Kebingungan terjadi karena anjuran untuk penyakit yang satu menjadi pantangan bagi penyakit yang lain. Hal ini seperti diungkapkan partisipan sebagai berikut :

*” ... itu gimana caranya mengatasi penyakit, diobatin yang satu, satunya lagi nggak mau ...” (P3)*

Menyangkal terhadap manajemen perawatan DM dan atau komplikasinya diungkapkan oleh partisipan 3 karena merasa hampir semua makanan dilarang untuk dikonsumsi karena partisipan mengalami komplikasi penyakit yang banyak. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

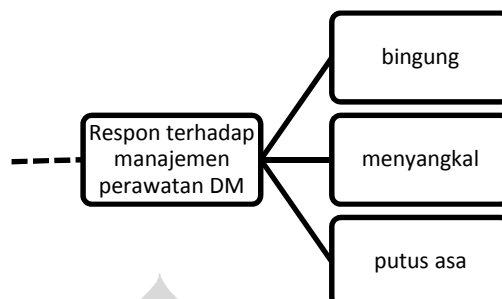
*” ... terus saya ini ada asupan gizi darimana .... semua hampir banyak yang dipantang...” (P3)*

Merasa putus asa dengan kegagalan manajemen perawatan diungkapkan oleh partisipan 3 yang merasakan kegagalan dalam manajemen perawatan berupa koping yang efektif dan partisipan 6 yang merasa gagal dalam semua manajemen perawatan DM sebagai berikut :

*” ... jadi ada masalah kecil gitu susah diilangi, udah kita minta, sholat ... tapi rasanya susah ...” (P3)*

*” ... gimana ya habis udah coba ini itu masih gini juga...” (P6)*

Pernyataan partisipan menyusun kelomok tema respon terhadap manajemen perawatan DM. Skema tematik respon terhadap manajemen perawatan DM tergambar pada skema 4.10 berikut :



Skema 4.10 Skema Tematik Respon Terhadap Manajemen Perawatan DM

#### 4.2.2.4 Perasaan Subjektif Saat Gula Darah Tinggi

Setelah sekian waktu mengalami DM, diabetisi dapat mengenali secara subjektif pada saat seperti apa gula darah mereka tinggi. Perasaan subjektif yang dialami partisipan saat gula darah sedang tinggi berupa keluhan yang fisik serta perubahan pola fungsi.

Beberapa keluhan dialami oleh partisipan pada saat gula darah sedang meningkat meliputi pusing, nyeri local dan umum, demam, ketidaknyamanan tubuh, haus, lapar, lemas, mengantuk, nyeri otot, kaki kebas, kekakuan pada kaki, serta gatal-gatal. Keluhan tersebut seperti dicontohkan dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

*" ... Ia, kalau lagi kumat tu aus, trus lapar, lemas, kalau kumat kepala goyang-goyang, gitu sehari-hari saya kalau dirumah, saya tidur aja ..."*  
(P4)

*" ... ntar kalau kadar gula tu tinggi, ini kaki kaku, pada sakit, dipegang sakit, gitu...tapi ini gak tau beberapa hari ini saya emang keluhan saya ini lemes aja..ya gak enak pokoknya badan saya ini..."*  
(P8)

*" ... langsung naik terus panas terus ibu kurang tidur glebak glebuk pindah sana pindah sini panas pindah kesini dingin sini ..."* (P6)

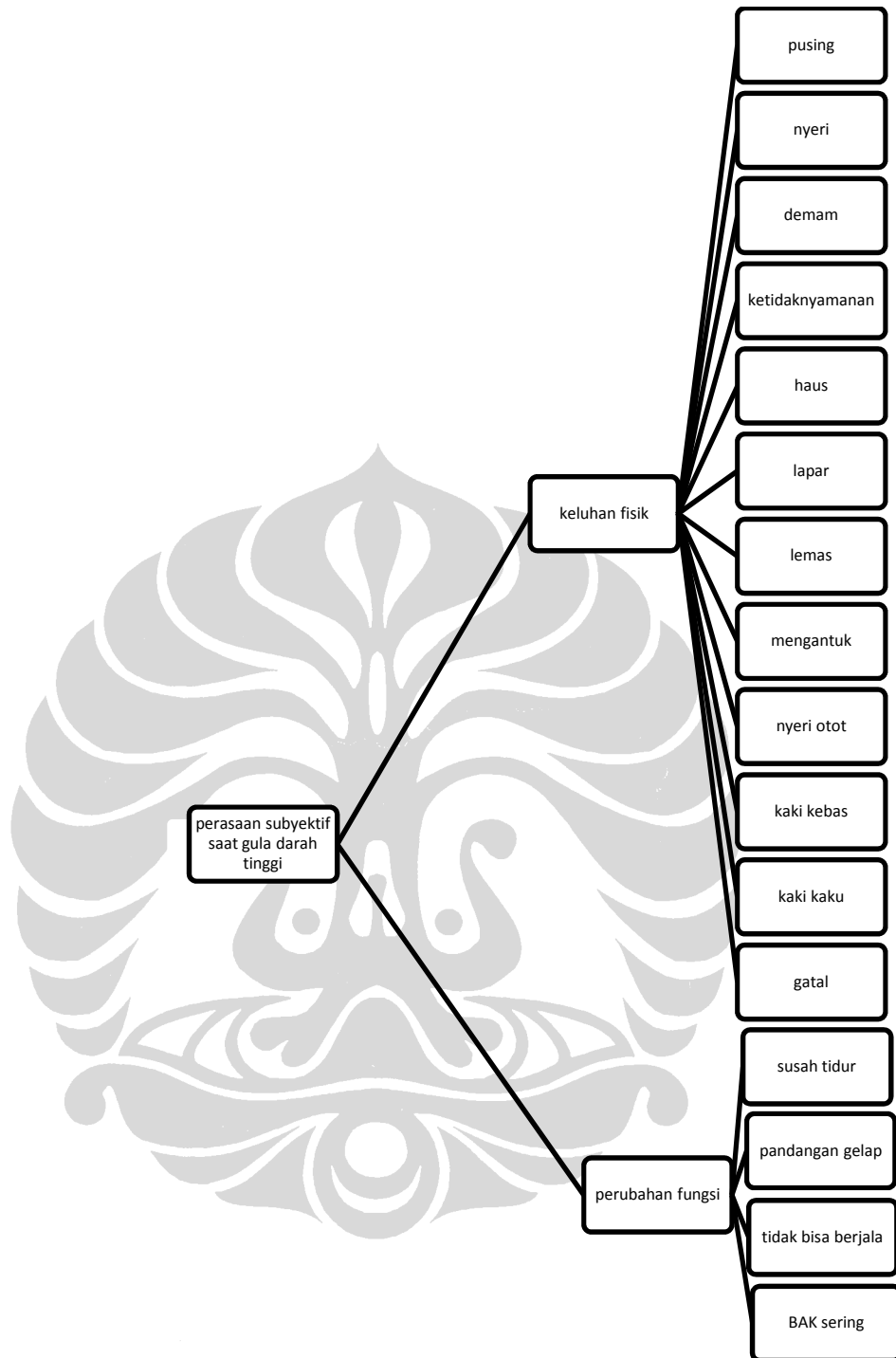
Beberapa perubahan pola fungsional juga terjadi pada diabetisi. Perubahan pola fungsi tersebut meliputi sering buang air kecil (BAK), tidak bisa berjalan, pandangan gelap, serta susah tidur. Hal ini seperti contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

*” ... kalo tinggi kencing terus, kalo batuk kencing kadang-kadang ga tahanan ...” (P5)*

Pernyataan partisipan menyusun kelompok tema perasaan subjektif saat gula darah sedang tinggi. Skema tematik perasaan subjektif saat gula darah sedang tinggi tergambar pada skema 4.11 berikut :







Skema 4.11 Skema Tematik Perasaan Subyektif Saat Gula Darah Tinggi

#### 4.2.2.5 Modifikasi Diit yang Dilakukan

Modifikasi diit dilakukan dengan mengatur diit yang berubah setelah mengalami DM. Mengatur diit dilakukan dengan mengatur jumlah makan dan pola makan dengan alasan mengkonsumsi diit yang sudah dimodifikasi dapat menurunkan kadar gula darah meskipun makan dengan porsi lebih banyak.

Mengatur jumlah makan dilakukan dengan mengurangi dan memperbanyak konsumsi untuk diit tertentu. Sedangkan mengatur pola dilakukan dengan mengkonsumsi makanan rendah gula dan makanan pengganti nasi. Mengurangi konsumsi adalah dengan mengurangi konsumsi nasi dan makanan atau minuman manis. Memperbanyak konsumsi yaitu dengan memperbanyak konsumsi sayur, memperbanyak konsumsi lauk, serta memperbanyak konsumsi buah. Hal ini terlihat dalam contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

*” ... Kalau nasi, terutama nasi, itu boleh dikatakan saya makannya udah sedikit, ... sekepelan (memeragakan kepalan tangan)... ” (P3)*

*” ... cara minum..minum juga gak pernah manis..kalo lemes sekali baru di bikin air manis ... ” (P8)*

*” ... makan dikit aja, sayuran yang banyak ... lauknya yang banyak ... ” (P7)*

Mengatur pola makan pada diit DM adalah dengan mengkonsumsi makanan rendah gula serta mengkonsumsi makanan pengganti nasi. Makanan rendah gula yang dikonsumsi partisipan meliputi nasi yang tidak baru, beras merah, serta gula rendah kalori serta mengkonsumsi makanan pengganti nasi. Alasan mengkonsumsi diit yang dimodifikasi adalah kadar glukosa rendah serta agar bisa makan lebih banyak. Hal ini seperti contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

" ... Ya dalam keseharian, paling ya, pas ini kan, kalau udah ada nasi kemaren, saya makan nasi itu diler dulu, kan biasanya nasi kemaren saya taruh ditumpangin yang baru, kalau nggak ya udah dibiarin aja di situ, mejik kom, rais kuker gitu, terus nanti saya nyintuk, didinginin dulu, setelah dingin, baru kita makan ..." (P3)

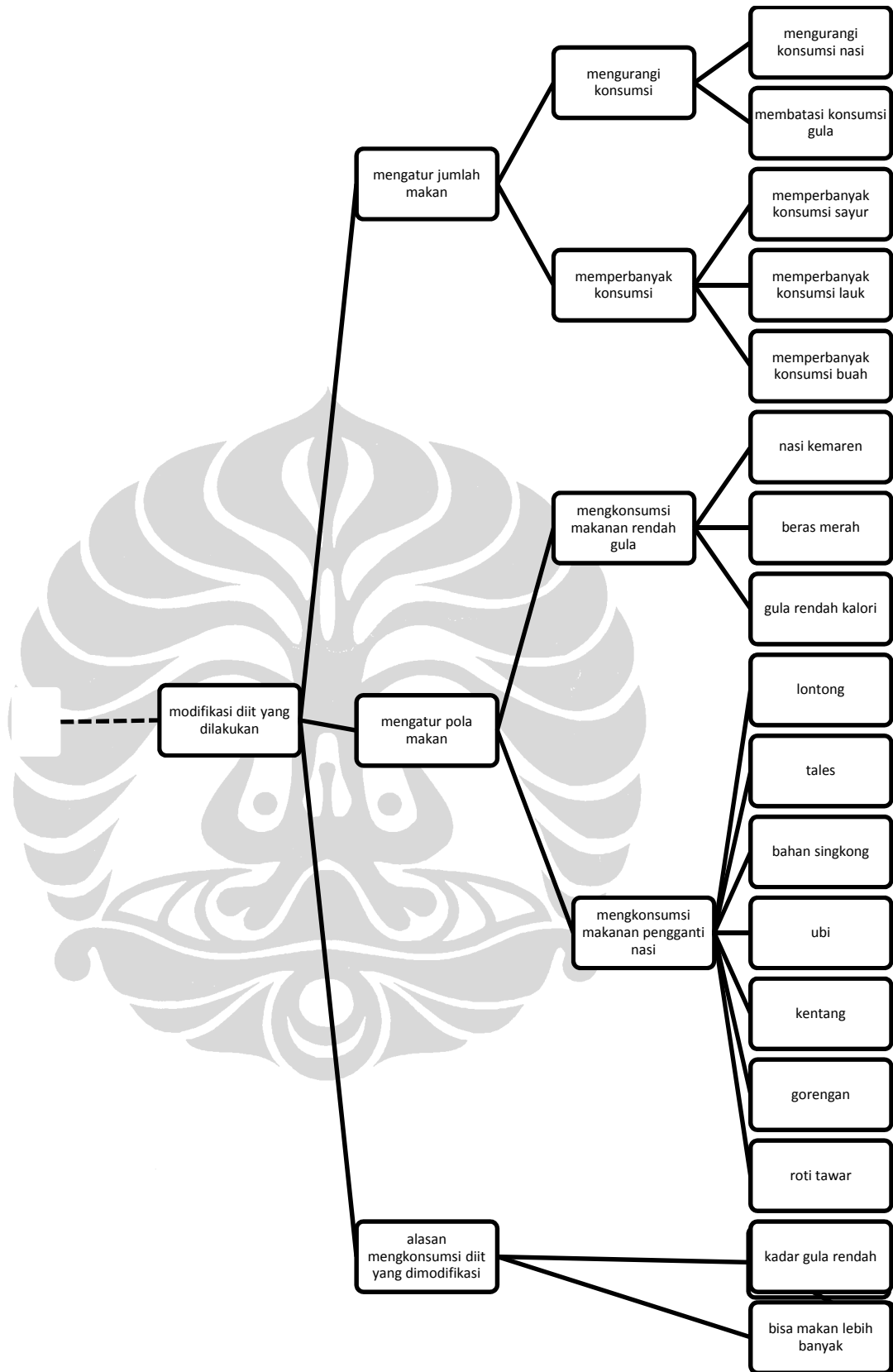
" ... trus kalo kadang-kadang saya bikin nasi merah..kalo beras merah rada banyakan sepiring kecil..ya kebanyakan ..." (P8)

" ... nyeduh susu, teh, gulanya gula tropikal aja, nggak makan gula putih ..." (P7)

" ... terus kalau ibu makan kulupan aja tu, cepet turun ... ya, seperti ubi rebus, singkong, kayak gitu-gitu ... terus apa namanya tuh, kentang ... " (P6)

" ... (beras merah) kata nya ini, kadar itunya kurang, gulanya ... kadar gulanya kurang katanya ... " (P6)

Pernyataan partisipan menyusun kelompok tema modifikasi diit DM yang dilakukan. Skema tematik modifikasi diit yang dilakukan tergambar pada skema 4.12 berikut :



Skema 4.12. Skema Tematik Modifikasi Diit yang Dilakukan

#### 4.2.2.6 Aturan Diit DM

Aturan diit DM bertujuan membatasi masukan glukosa sehingga seimbang dengan penggunaannya. Beberapa hal memotivasi diabetisi untuk mempertahankan aturan diit. Aturan diit yang dipatuhi menimbulkan dampak baik positif maupun negatif pada diabetisi. Aturan diit DM dirasakan tidak mudah sehingga timbul pelanggaran terhadap aturan diit yang cenderung terjadi pada situasi tertentu dengan berbagai alasan.

Pada sub tema hal yang memotivasi untuk mempertahankan aturan diit teridentifikasi 2 kategori yaitu berpikir tentang substansi makan serta sudah merasakan kenyamanan dengan pola diit. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

*" ... ukuran makan ya gitu-gitu aja ..."* (P2)

*" ... istilah setelan mobilnya sudah pas, saya pertahankan ..."* (P2)

Pada sub-sub tema dampak positif mematuhi aturan diit muncul 3 kategori yaitu badan terasa nyaman, gula darah stabil, serta merasa bugar.

Dampak positif mematuhi aturan diit berupa badan yang terasa nyaman diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

*" ... emang enak sih kalau nggak makan sembarangan ...enak di badan gitu ..."* (4)

*" ... Ya gitu rasanya kalau kita nggak makan banyak rasa enak, kalau makan banyak, ya berasa ..."* (P7)

Dampak positif mematuhi aturan diit berupa gula darah yang stabil diungkapkan oleh partisipan 2 sebagai berikut :

*" ... kayaknya relatif stabil ... kemarenkan sempat mencapai seratus sembilan puluh lima ya ..."* (P2)

Dampak positif mematuhi aturan diit berupa perasaan badan yang lebih bugar diungkapkan oleh partisipan 2 dan partisipan 8 sebagai berikut :

*” ... (setelah mengurangi porsi nasi dalam sehari-hari) melaksanakan apa aja nggak ada rasa males ...” (P2)*

Dampak negatif mematuhi aturan diit yang dirasakan partisipan yaitu berkurangnya tenaga, tetapi dampak ini dirasakan terutama saat awal melaksanakan aturan diit, setelah beradaptasi gejala tenaga yang menurun sudah berkurang. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 2 sebagai berikut :

*” ... (setelah mengurangi porsi menjadi empat puluh persen) Ya, otomatis faktor tenaga sedikit ... berkurang ...” (P2)*

Alasan melanggar aturan diit pada partisipan meliputi kebosanan, lupa, kecerobohan, serta keinginan. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

*” ... makan nggak enak bosan ...” (P1)*

*” ... cuman makannya, kadang-kadang ibu lupa, udah diatur lupa gitu, begitu-begitu aja ...” (P7)*

*” ... kepengen ... ibu kalau abis makan harus ngemil ...” (P6)*

Situasi saat melanggar aturan diit pada partisipan yaitu saat merasa sehat, tidak ada yang mengawasi atau mengingatkan, sibuk, tersedia banyak makanan, serta tersedia makanan kesukaan. Partisipan 6 yang bekerja sebagai tukang masak merasakan hambatan dalam mematuhi aturan diit. Pada saat harus masak di rumah orang hambatannya adalah kesibukan yang menyebabkan lupa dengan aturan diit, tidak ada anggota keluarga yang mengingatkan untuk mematuhi aturan diit, sementara pada saat itu biasanya partisipan disediakan makanan yang manis. Kombinasi factor-faktor ini menyebabkan partisipan sulit mematuhi aturan diit saat memasak di rumah orang. Fenomena situasi saat melanggar diit seperti diungkapkan partisipan sebagai berikut :

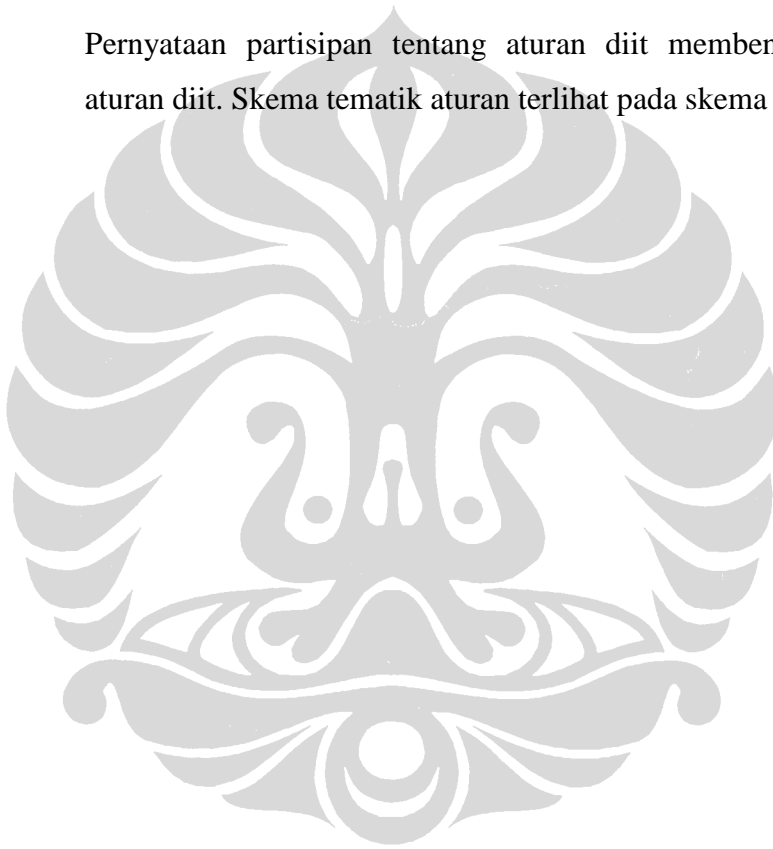
*” ... kalau sudah sehat, kadang-kadang mbhandhel ...” (P1)*

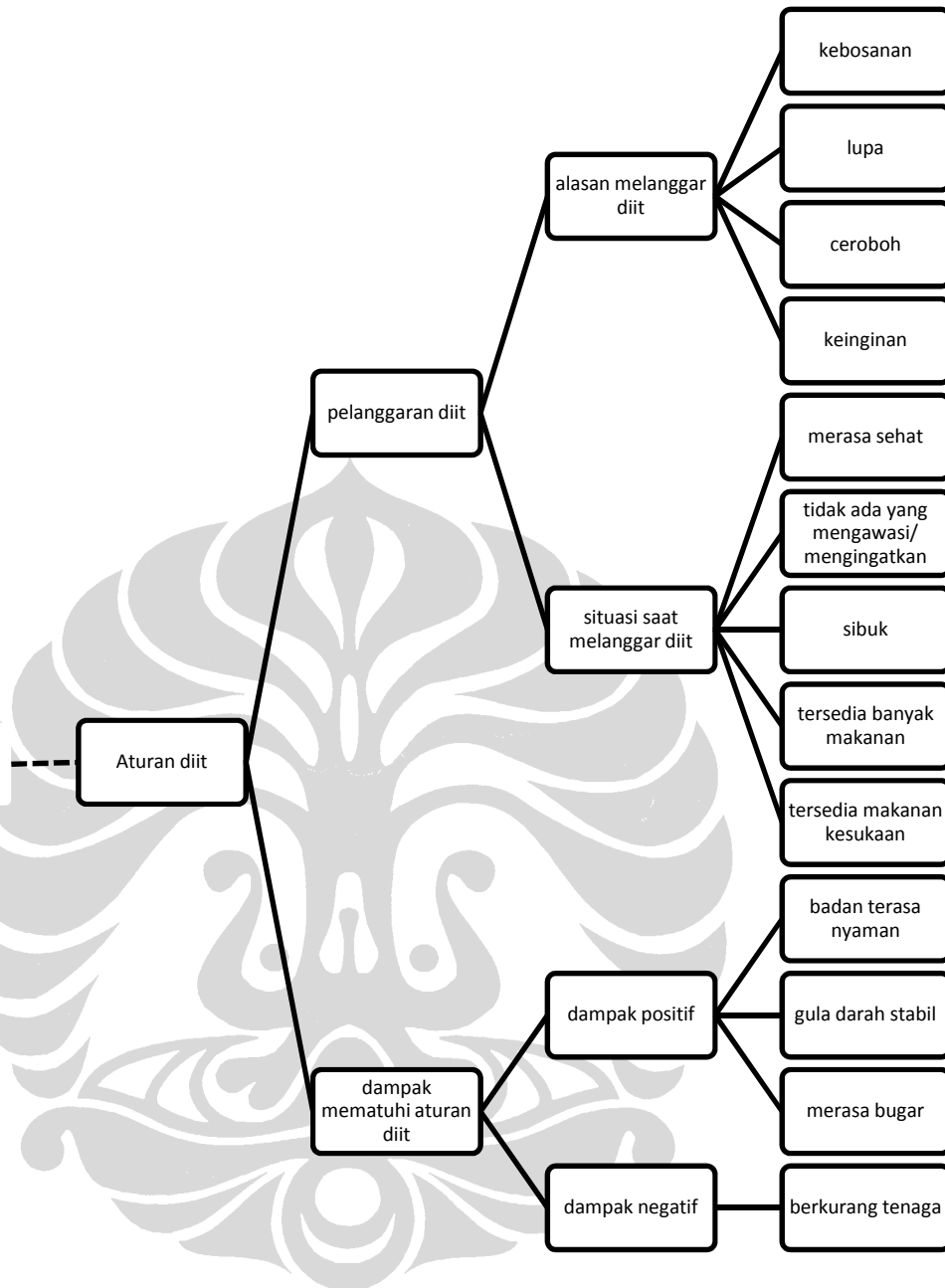
*” ... masak di rumah orang ... suka lupa, nggak ada yang ngingetin ...”  
(P6)*

*” ... bolu, pukis semua nya kan manis-manis apa lagi kalau lagi bayak  
hajatan disitu hambatan, ... susahnya disitu cemilannya kan manis –manis  
rata...” (P6)*

*” ... kan jengkolkan dilarang, gua makan juga ... itukan makanan yang  
anu (meningkatkan) ... nafsu makan ...” (P7).*

Pernyataan partisipan tentang aturan diet membentuk kelompok tema aturan diet. Skema tematik aturan terlihat pada skema 4.13 berikut :





Skema 4.13. Skema Tematik Aturan Dii

#### 4.2.2.7 Pelaksanaan Olah Raga

Olahraga merupakan manajemen perawatan yang penting pada DM. Pengaturan pelaksanaan olah raga pada DM meliputi jadwal, jenis, lama. Jadwal olah raga pada partisipan berkisar dari minimal empat kali seminggu, setiap hari, seminggu sekali, serta sewaktu-waktu. Jenis olah raga yang dilakukan partisipan yaitu lari, jalan kaki, serta olah raga



mengayuh sepeda duduk. Lama olah raga yang dilakukan partisipan meliputi semampunya, (minimal) satu jam, setengah jam, serta minimal lima menit. Olah raga dapat memberikan manfaat bagi diabetisi yaitu badan terasa enak serta jarang kambuh. Meski demikian tidak semua diabetisi dapat melakukan dikarenakan berbagai alasan yakni ketidakmampuan fisik, kesibukan, serta tidak ada yang menemani. Fenomena ini seperti diungkapkan oleh partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

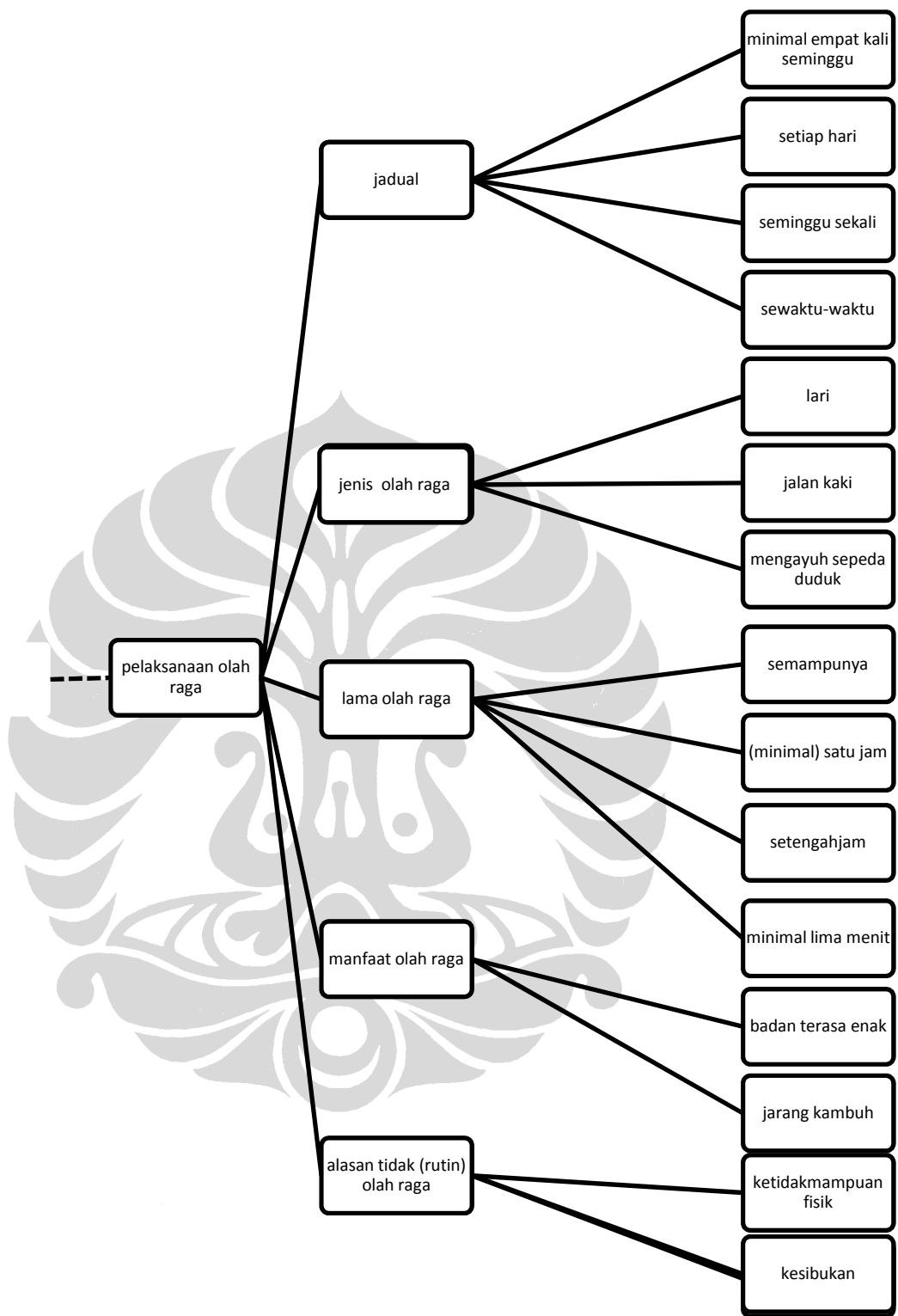
*" ... saya setiap jam lima saya jalan ... ada temen kalau nggak da temen nggak mau ... jam lima sampai jam enam, satu jam ..."* (P4)

*" ... (setelah olah raga), memang rada enak ..."* (P6)

*" ... enak kalau jalan tu jarang kumat..."* (P4)

*"... sebetulnya saya kalo nggak sakit jantung gini olahraga saya ... .. olah raga yang rutin, lari pagi, jalan pagi kalau nggak kuat, kalau saya masih kuat saya lari, itu yang harus rutin sebetulnya..."* (P1)

Pernyataan partisipan membentuk kelompok tema pelaksanaan olah raga. Skema tematik pelaksanaan olah raga terlihat pada skema 4.14 berikut :



Skema 4.14. Skema Pelaksanaan Olah Raga

#### 4.2.2.8 Pelaksanaan Terapi Obat Medis

Terapi obat merupakan salah satu pilar manajemen perawatan DM. Diabetisi mengkonsumsi obat secara rutin agar gula darah terkendali. Berbagai alasan menyebabkan diabetisi tidak minum obat (secara rutin). Pada sub tema praktik minum obat saat ini muncul 3 kategori yaitu tidak minum obat, terus menerus, serta kombinasi dengan obat alternatif. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

*” ... sekarang saya nggak minum obat ... sekarang minum itu aja daun salam..” (P4)*

*” ... saya minum obatnya terus..setiap sebelum makan saya minum obat gula itu Glibenklamid habis itu, setelah setengah jam habis minum baru boleh makan ...” (P8)*

*” ... kalau saya nggak minum obat dari dokter, saya ngrebus ini daun-daunan gitu...” (P3)*

Pada sub tema alasan tidak minum obat medis muncul 4 kategori yaitu mengkonsumsi obat alternatif dengan fungsi yang sama, disetujui oleh pemberi layanan kesehatan, takut efek samping obat, serta merasakan efek samping obat. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

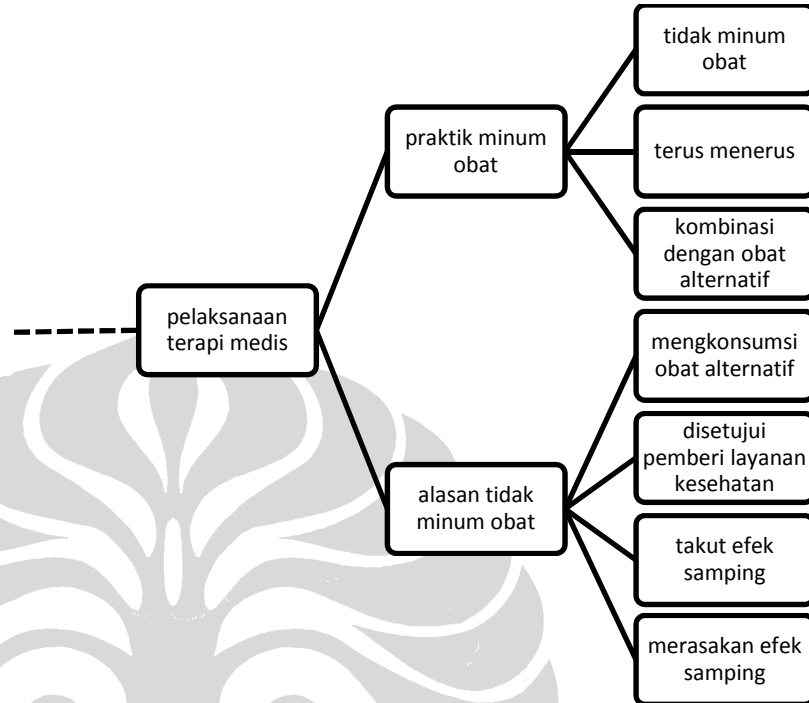
*” ... minum obat dari terapi ...” (P1)*

*” ... konsultasi dengan dokter ... oke...” (P2)*

*” ... Takut saya, udah turun pake ramuan aja udah ya saya nggak minum obat .. Takut ada efeknya gitulah,kan kadang kalau minum obat kebanyakan ada efeknya ... macam-macam kali nggak tahu efeknya, saya nggak tahu cuman dibilang ada efeknya kalau minum obat melulu kan orang-orang 2 bilangannya gitu, ya dah saya nggak minum obatnya ...” (P4)*

*” ... Ya turun, kalo dulu saya periksa tiga ratus, dikasih pil gitu tapi saya lemes, ndhredheg ga kuat ko abis berobat begini, oh berarti pil gulanya ga saya minum akhirnya pilnya saya ga minum alhamdulillah besoknya saya cari sendiri obat yang pahit-pahit orang ajarin yang pait-pait aja ya, turun deh ... (P5)*

Pernyataan partisipan membentuk kelompok tema pelaksanaan terapi medis. Skema tematik pelaksanaan terapi medis tergambar dalam skema 4.15 berikut ini :



Skema 4.15 Skema Pelaksanaan Terapi Obat Medis

#### 4.2.2.9 Pelaksanaan periksa ke pelayanan kesehatan

Pada tema pelaksanaan periksa ke pelayanan kesehatan teridentifikasi 3 sub tema yaitu jadwal periksa dan pelayanan kesehatan yang digunakan.

Pada sub tema jadwal periksa muncul 3 kategori yaitu setiap bulan, saat gula darah sedang tinggi, serta sewaktu-waktu. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

*" ... tiap bulan dikontrol ama bidan sekarang ... " ( P4)*

*" ... la nanti cek ap ke dokter lagi kalau ... ni kalau badan ini dah nggak enak terasa, ini udah gulanya naik, biasanya ini kan mulai demam, demam tinggi kita ini, jadi udah rasa badan itu nggak enak, udah ngrasain demam, ngrasain mriang, tu mbesoknya baru ke, dokter, pas dari dokter sebetulnya obatnya ya sama aja ... " (P3)*

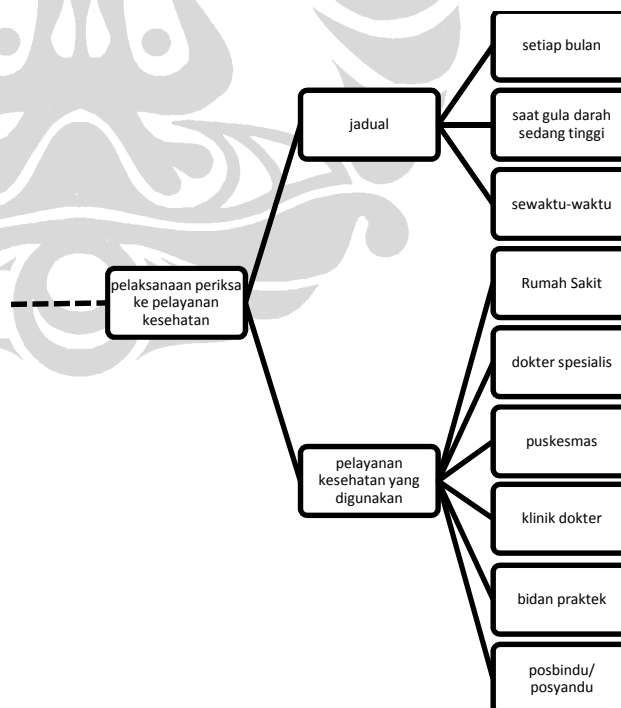
*" ... periksanya jarang, namanya, sekarang anak kagak ada, anak pada kerja, nggak rutin periksanya ... " (P7)*

Pada sub tema pelayanan kesehatan yang digunakan muncul 6 kategori yaitu Rumah sakit, dokter spesialis, puskesmas, klinik dokter, bidan, posbindu atau posyandu. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

” ... saya ke dokter rumah sakit Tugu Ibu, kalau nggak salah ya, kadang-kadang ke Tugu Ibu, kadang-kadang ke puskesmas, kadang-kadang ke dokter klinik sore ...” (P3)

” ... kan kita, sama dokter sentra medika, dokter Angkatan Darat, dia ngasih saran, ini, ini, ini, ini ... itu tadi sarannya makan, olahraga, pikiran (tertawa), dia, spesialis soalnya, dia kalau ngasih resep misalnya, ngasihnya obat generik itu, bukannya yang mahal-mahal ...” (P2)

Pernyataan partisipan membentuk kelompok tema pelaksanaan periksa ke pelayanan kesehatan. Skema tematik periksa ke pelayanan kesehatan tergambar dalam skema 4.16 berikut :



Skema 4.16. Skema Pelaksanaan Periksa ke Pelayanan Kesehatan

#### 4.2.2.10 Pemanfaatan pengobatan/ terapi alternatif untuk DM

Pada tema pemanfaatan pengobatan/ terapi alternatif untuk DM teridentifikasi sub tema yaitu upaya yang dilakukan, jenis pengobatan alternatif, Alasan memanfaatkan terpai alternative, bahan obat alternative DM yang dimanfaatkan, serta efek penggunaan terapi alternatif.

Pada sub tema upaya yang dilakukan muncul 1 kategori yaitu mencoba semua jenis terapi alternatif. Hal ini seperti diungkapkan oleh 4 partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

*” ... Pokoknya namanya alternatif itu semua udah, udah boleh dikatakan, kalau pepatah jawa bilang mubeng kandhang tusuk gelang (tertawa), udah kemana aja orang mbilangin, dijalanin ...”*  
(P3)

Pada sub tema jenis pengobatan alternatif muncul 3 kategori yaitu bekam, pijat, serta obat bahan alam. Hal ini seperti diungkapkan oleh 4 partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

*” ... Ga tahu saya namanya, sakit lho, jarum dimasukin, krek gitu, terus, langsung anu, disedot kayaknya, darahnya ...”* (P1)

*” ... terus pulang dari haji ngobrol sana ngobrol sini, pengalaman sono pengalaman sini, semua ... dari yang refleksi sampe obat yang paling pait di dunia ...”* (P2)

*” ... pake rebusan daun salam, kadang-kadang saya minum jamu pahit sama biyang kunyitnya gitu tiap hari ...”* (P5)

Pada sub tema alasan memanfaatkan terapi alternatif muncul 2 kategori yaitu terapi medis hasilnya belum memuaskan serta harganya yang murah. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

*” ... Kok, saya pulang, sepuluh hari di rumah sakit itu ya, dokter memang memperbolehkan pulang, bukan kemauan saya sendiri gitu ya, mestinya sembilan hari sudah suruh pulang, tapi dokter, bertahan sehari lagi lah, habis itu, dari rumah ... di rumah keluhan saya masih, keluhan saya ini, disini ini kadang-kadang panas (menunjuk tengkuk belakang), sini ini kan (menunjuk punggung bawah) kalo lagi ini, yaitu saya terus ... mengkonsumsi*

*obat dari dokter kira-kira dua minggu, terus saya coba obat terapi, udah tiga kali ya...” (P1)*

*” ... dan soal harga (obat herbal) kayaknya relatif terjangkau, dua puluh ribu lima ratus apa ya segini ...” (P2)*

Pada sub tema bahan obat alternatif yang digunakan untuk DM muncul 2 kategori yaitu bahan herbal dan bahan hewani. Hal ini seperti diungkapkan oleh semua partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

*” ... suruh makan maoni segala macem, tu maoni masih banyak yang nggak dimakan ...” (P1)*

*” ... dulu bapanya pernah cari undur-undur ... Ya saya gimana sih makan undur -undur hidup- hidup memang sih masukin di pisang ... Uda pernah, kemungkinan sih kalo rutin (bisa efektif) sampe bapaknya ngoprek ditanah cari di pabrik ...” (P6)*

Pada sub tema efek penggunaan terapi alternatif muncul 4 kategori yaitu meningkatkan rasa nyaman di tubuh, menurunkan kadar glukosa darah, efek terapeutik tidak memuaskan, serta efek negatif.. Hal ini seperti diungkapkan oleh 4 partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

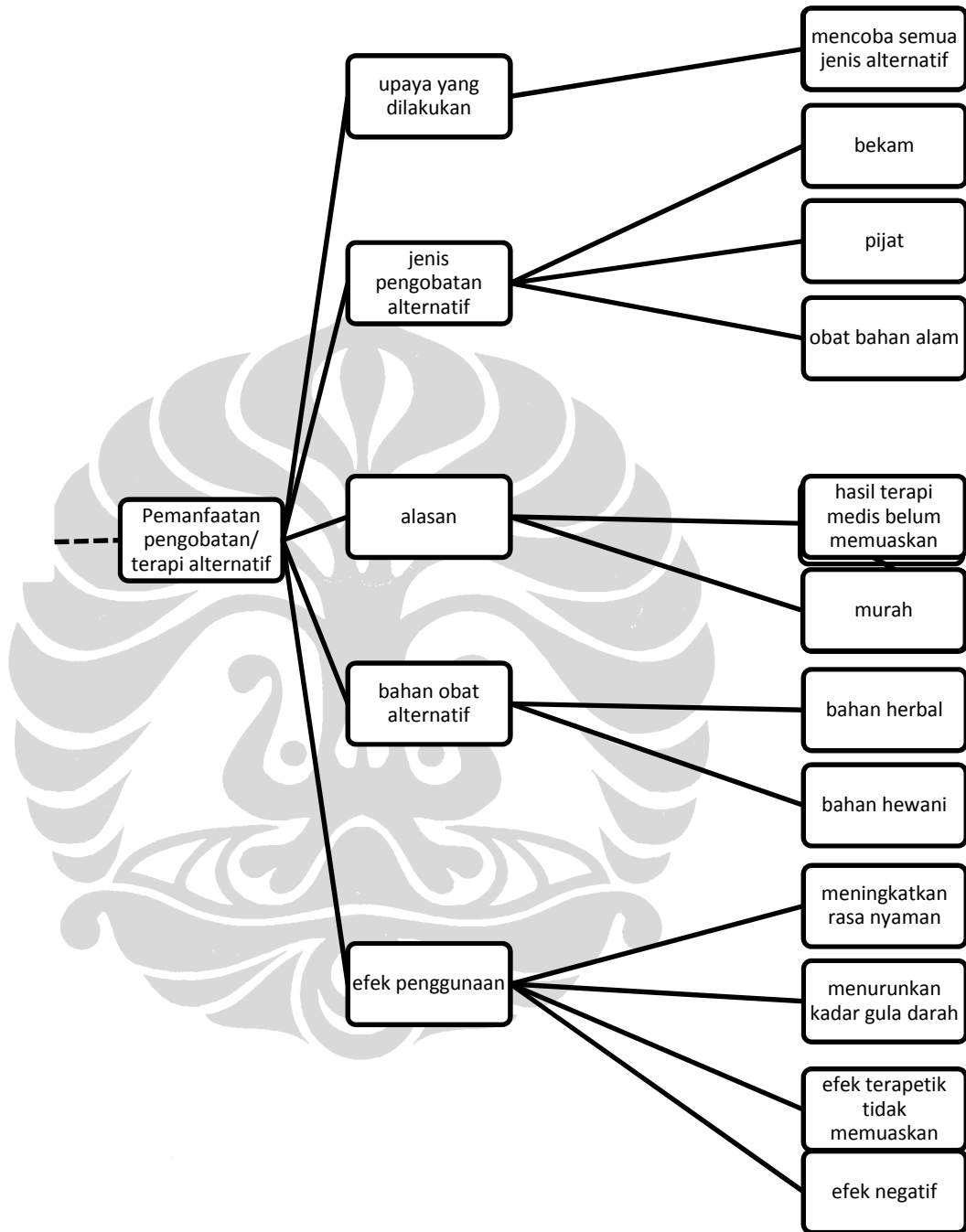
*” ... (setelah mengkonsumsi herbal) efeknya ya, enak aja di badan...” (P2)*

*” ... (gula darah) Kemarin seratus, sembilan puluh lima, kan udah turun banyak itu, mendekati...” (P2)*

*” ... Ya gitu, modelnya rupa-rupa, ada obat yang ... dulu ada orang dari Bogor dateng, kemudian beli apa beli, ya rasanya tapi, enak rasanya abis makan doang, abis itu kerasa lagi, dulu beli sampe berapa ya, tiga ratus saya beli, obat penyakit apa aja katanya, katanya ini bagus, e saya udah beli tapi, saya rasain, ya gitu-gitu aja ...” (P7)*

*” ... daun opo namanya, ya untuk saya kan udah komplikasi ya, penyakitnya, jadi ada meniran, ada kumis kucing, ada daun, opo namanya? Dandang gula, ya udah makan biji maoni, jadi mungkin parahnya lambung, mungkin nggak bisa nampung pait-paitan, kelebihan dosis (tertawa) ... kebanyakan yang minum pait-paitan jadi lambungnya, parah,...” (P3)*

Pernyataan partisipan menyusun kelompok tema pemanfaatan pengobatan/ terapi alternatif. Skema tematik pemanfaatan pengobatan/ terapi alternatif tergambar pada skema 4.15 berikut :



Skema 4. 15 Pemanfaatan Terapi/ Pengobatan Alternatif

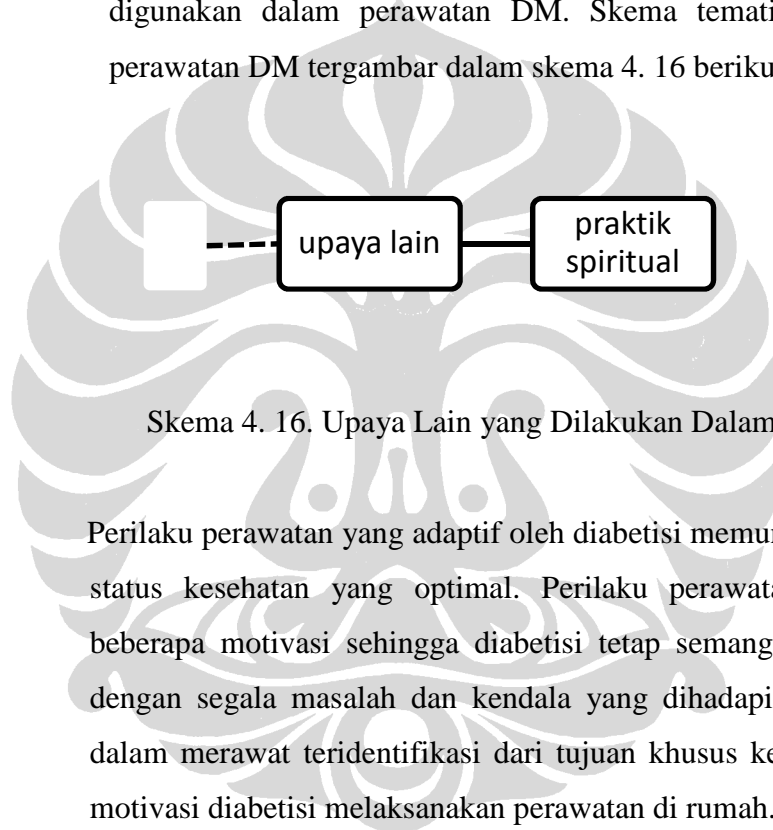


#### 4.2.2.11 Upaya lain yang dilakukan dalam perawatan DM

Pada tema upaya lain yang dilakukan dalam perawatan DM muncul 1 kategori yaitu praktik spiritual. Hal ini seperti diungkapkan oleh semua partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

*” ... Ya saya minta sama Alloh, harus dipulihkan, dialihkan penyakit saya yang di dalam ini...” (P1)*

Pernyataan partisipan menyusun kelompok tema upaya lain yang digunakan dalam perawatan DM. Skema tematik upaya lain dalam perawatan DM tergambar dalam skema 4. 16 berikut :



Skema 4. 16. Upaya Lain yang Dilakukan Dalam Perawatan DM

Perilaku perawatan yang adaptif oleh diabetisi memungkinkan hasil berupa status kesehatan yang optimal. Perilaku perawatan ini didasari oleh beberapa motivasi sehingga diabetisi tetap semangat merawat DM-nya, dengan segala masalah dan kendala yang dihadapi. Fenomena motivasi dalam merawat teridentifikasi dari tujuan khusus ke-3 yaitu, mengetahui motivasi diabetisi melaksanakan perawatan di rumah.

#### 4.2.3 Tujuan khusus mengetahui motivasi diabetisi melaksanakan perawatan di rumah

Pada tujuan khusus mengetahui motivasi partisipan melakukan perawatan di rumah mengidentifikasi tema mempertahankan kualitas hidup dan motivator utama perawatan DM. Mempertahan kualitas hidup yang baik menjadi motivasi diabetisi dalam melakukan perawatan di rumah. kualitas hidup yang diharapkan meliputi kualitas hidup terkait harapan kesehatan,

kebutuhan keluarga, spiritual, dan ekonomi. Motivator utama perawatan DM adalah diri sendiri.

Pada sub tema harapan kesehatan teridentifikasi beberapa kategori yaitu supaya sembuh, supaya normal, supaya sehat, takut dengan kejadian komplikasi DM, panjang umur, serta bisa mandiri agar tidak membebani orang lain. Hal ini seperti diungkapkan oleh semua partisipan sebagai berikut :

*” ... ibu berusaha pengen sembuh kadang Tanya ama dokter obatnya gimana terus katanya sama aj bu obat mahal sama obat murah gimana cara nya biar cepat sembuh, terus bilang ibu harus minum obatnya tetap rutin, kadang saya di ketawain ama dokternya ...” ( P6)*

*” ... takutnya ini apa, takut ngoreng, kalau udah ngorengkan, banyakan yang ngoreng nggak ketulungan, itu si itu (tetangga) nggak berasa kena paku payung, jadi kalau kena, kayak nggak berasa, kena paku payung, masih muda benget orangnya meninggal, kan kalau ngoreng nggak, nggak ketulungan ... udah berapa orang yang ngoreng, kakak saya ampe busuk kemaren, ampe ada dua bulan dirumah sakit, tibang di sini doang ngorengnya (menunjuk kaki bawah), pada rontok, kalau ngoreng rontok ni daging, emang ngerinya ngoreng, makanya anak-anak bilang kalau pergi pake sandal ...” ( P7)*

Pada sub tema harapan terkait kebutuhan keluarga teridentifikasi beberapa kategori yaitu berkumpul dengan keluarga serta melaksanakan tanggung jawab keluarga. Hal ini seperti diungkapkan oleh 6 partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

*” ... Kalau itu (harapan terkait kebutuhan keluarga) ya banyak juga, saya masih muda, kepengen apa itu, kumpul sama anak, keluarga ...” (P1)*

*” ... ya karena kita pengen sembuh..anakku masih ada yang kecil, .biar ini aja mas biar sembuh gitu aja ...” (P8)*

Pada sub tema harapan spiritual teridentifikasi 1 kategori yaitu ibadah. Hal ini seperti diungkapkan oleh 3 partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

*” ... saya mempunyai cita-cita,nabung, kalau nanti umur panjang, (menangis) untuk haji atau umroh...” (P3)*

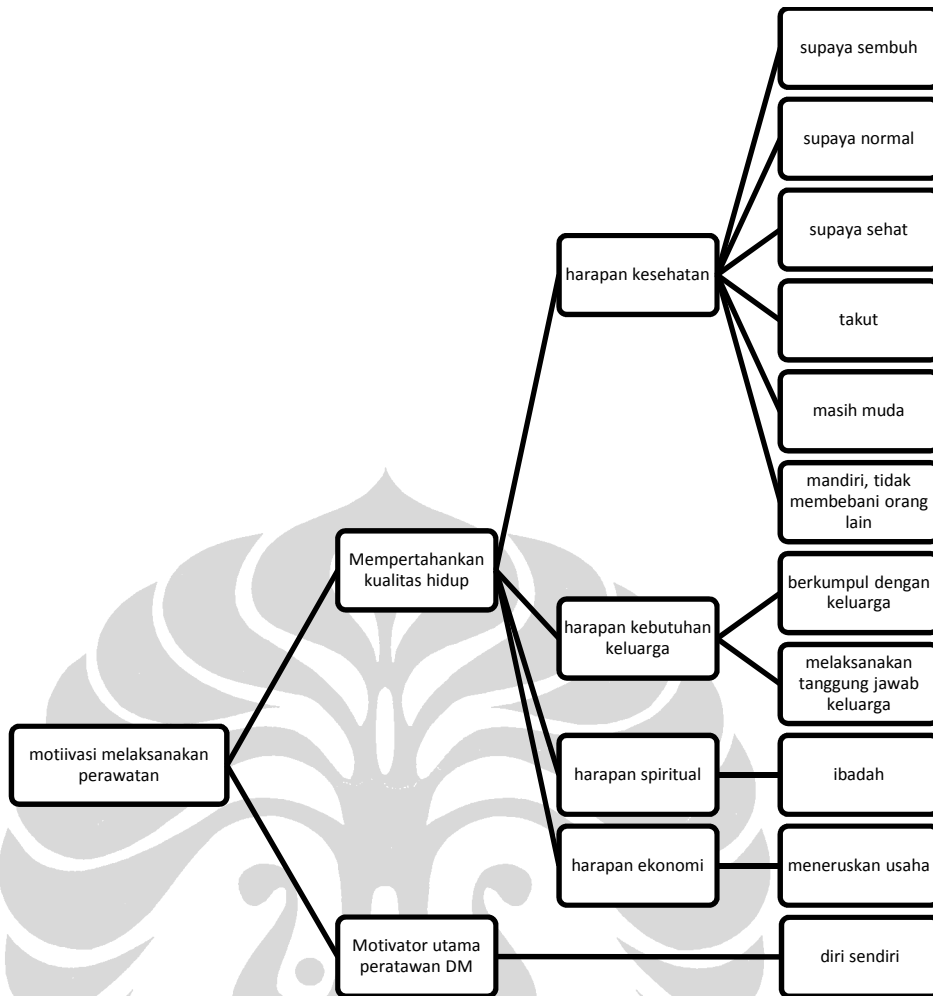
Pada sub tema harapan ekonomi teridentifikasi 1 kategori yaitu meneruskan usaha. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 6 yang mempunyai usaha sebagai tukang masak untuk tetap dapat meneruskan usaha sebagai berikut :

*” ... ya umur panjang ... pengen ya nerusin usaha...” (P6)*

Pada tema motivator utama perawatan DM muncul 1 kategori yaitu diri sendiri. Hal ini seperti diungkapkan oleh 6 partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

*” ... lawan semampu kita, kembalinya ke diri kita sendiri aja, sentralnya di kita ...” (P2)*

Pernyataan partisipan membentuk kelompok tema mempertahankan kualitas hidup dan motivator utama perawatan DM. Skema tematik mempertahankan kualitas hidup dan motivator utama perawatan DM tergambar dalam skema 4. 17 berikut :



Skema 4. 17. Skema Tematik Mempertahankan kualitas hidup dan motivator utama perawatan DM

Motivasi diabetisi dalam merawat DM dipengaruhi oleh berbagai faktor baik yang mendukung maupun menghambat. Factor pendukung dan penghambat pelaksanaan perawatan DM teridentifikasi dalam tujuan khusus ke-4 yaitu, mengetahui factor pendukung dan penghambat pelaksanaan perawatan DM.

#### 4.2.2.4 Tujuan khusus mengetahui faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan perawatan DM di rumah

Faktor pendukung merupakan aspek mempertahankan manajemen perawatan DM. Sumber dukungan merupakan orang-orang terdekat

dengan diabetisi yang memberikan berbagai jenis dukungan yang diperlukan. Hambatan yang dirasakan berupa kemalasan

Pada tema sumber pendukung muncul 3 kategori yaitu keluarga inti, keluarga besar, dan teman. Hal ini seperti diungkapkan oleh semua partisipan dengan contoh sebagai berikut :

" ... (suami) nggantikan tugas saya, nyuci, nggosok, momong cucu, macem-macem kerjaan yang lain ..." (P3)

" ... trus saya gak ngaji-ngaji diginiin sama temen, dah jangan di fikiran Allah mah maha adil, saya mah kalo gak di besar-besarin temen saya dah kecil saya, kalo gak di besar-besarin yang namanya sakit kan pasti, kalo gak di besar-besarin tau ... saya dah kecil ..." (P8)

Pada tema jenis dukungan yang diberikan muncul kategori yaitu mengingatkan, memberikan nasehat, menyediakan keperluan, keuangan, tempat mencurahkan perasaan, memberikan semangat, serta menekankan prioritas pada perawatan kesehatan. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

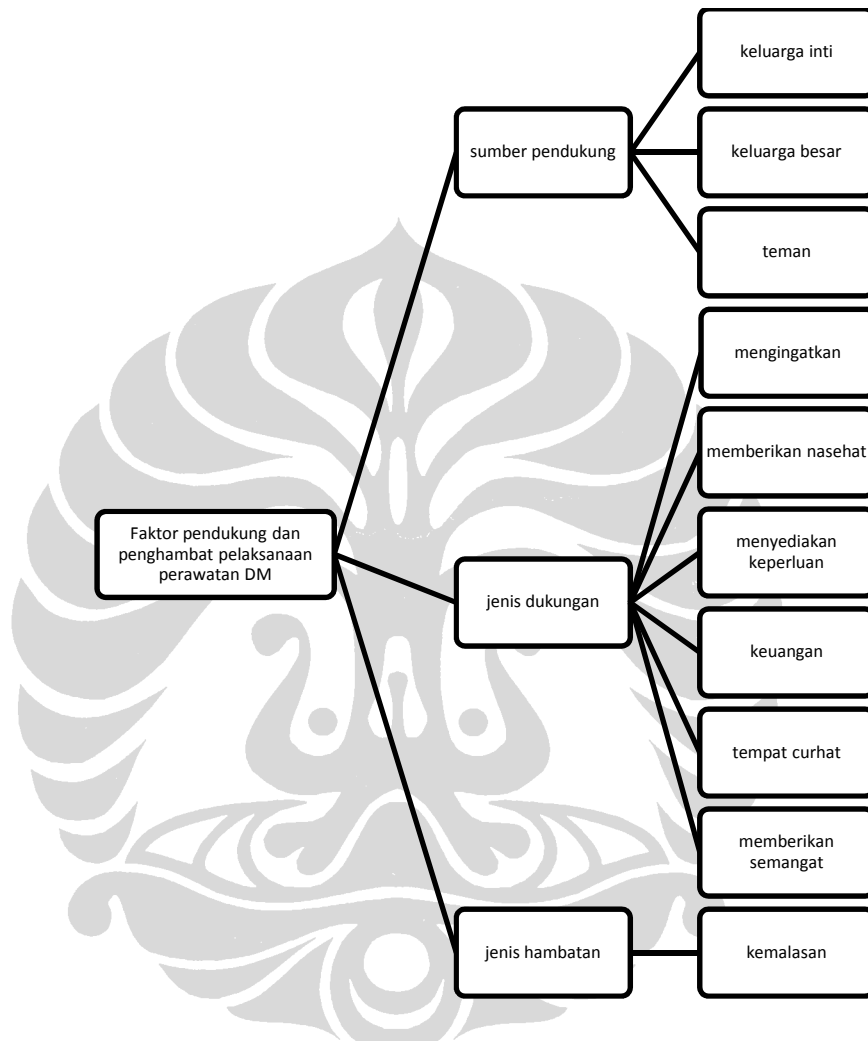
" ... na terus Alhamdulillah ... ya kalau saya si memang ya, gimana ya, didukung juga sama anak, untuk berobat, ya kalau kita ngomong, umpama nggak punya duit nih, saya mau, mbesok mau kontrol gitu, na enaknye dulukan masih dijamin askes juga, terus anak saya yang seminggu sekali pulang yang kontrakannya di Pluit, dia kan pulangnye seminggu sekali, kalau untuk dia kan temennya ada yang di apotik, kadang-kadang tolong beliin obat ini ... " (P3)

" ... makanya saya bilang nggak usah nyari-nyari, yang penting makan, badannya disehatin aja di rumah ..." (P1)

Pada tema jenis hambatan pelaksanaan perawatan di rumah teridentifikasi 1 kategori yaitu kemalasan. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

" ... Ya selama tertata secara baik, nggak ada hambatan, ya kecil sekali lah, hambatannya kan males, males kan bisa... aah ini setan ini, udah kita tanggulangi, kita atasi..." (P2)

Pernyataan partisipan menyusun kelompok tema sumber pendukung, jenis dukungan, serta jenis hambatan. Skema tematik sumber pendukung, jenis dukungan, dan jenis hambatan tergambar dalam skema 4. 18 berikut :



Skema 4.18 Skema Tematik Sumber Dukungan, Jenis Dukungan, dan Jenis Hambatan

Semua pengalaman diabetisi mengalami DM dan melaksanakan perawatannya yang kompleks mempunyai arti dan makna yang khusus. Arti dan makna diabetisi mengalami dan merawat DM teridentifikasi pada tujuan khusus ke-5 yaitu, mengetahui arti dan makna melaksanakan perawatan DM di rumah.

#### 4.2.4 Tujuan khusus mengetahui arti dan makna melaksanakan perawatan DM di rumah

Pada tujuan khusus mengetahui arti dan makna melakukan perawatan DM di rumah bagi partisipan mengidentifikasi tema pengalaman spiritual dan pelajaran hidup. Makna spiritual dengan mengalami DM adalah sebagai ujian, sebagai pemberian dari Tuhan serta sebagai peringatan dari Tuhan untuk “berhenti”. Hal ini seperti diungkapkan oleh 3 partisipan dengan contoh pernyataan sebagai berikut :

*” ... pokoknya kalo saya ... semua yang diuji sama Alloh harus anu, harus kuat, yang sakit maupun keluarga ... harus kuat ...”*  
(P1)

*” ... Itu ikhlas aja,saya percaya ma Allah,karna di bikin begini mesti tabah begitu aja atau ikhlas aja jalaninya ini penyakit dari Allah gitu mesti saya terima,mudah2an di angkat lagi ma Allah biar sehat saya biar biasa ibadah setiap hari gitu ...”* (P4)

*” ... mungkin kalau udah pensiun supaya “gerakan” tidak seperti dulu ...”* (P2)

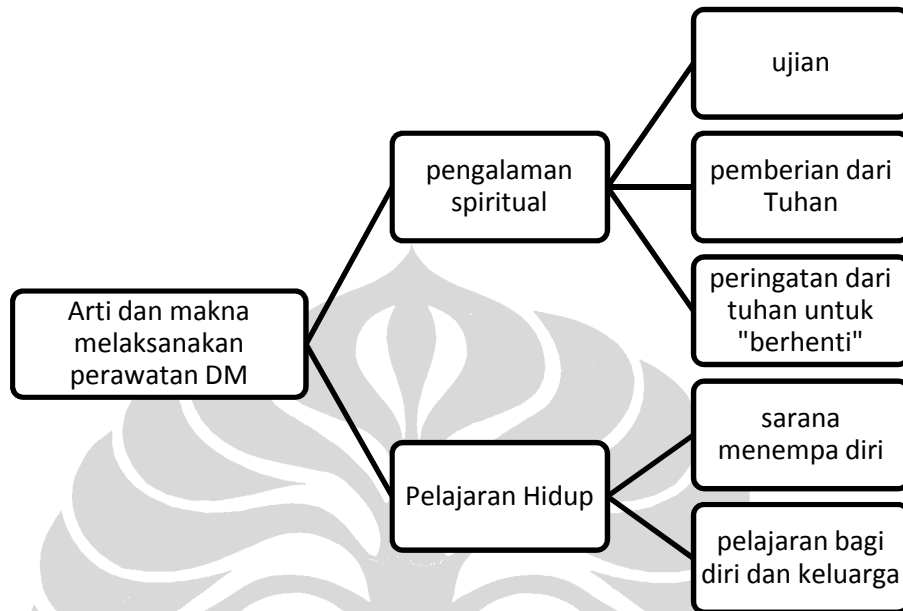
Pada tema pelajaran hidup teridentifikasi kategori yaitu sebagai upaya menempa diri dengan mengurangi kenikmatan dunia. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 2 sebagai berikut :

*” ... kalau saya berusaha semampu saya yo, saya lawan penyakitnya, kitakan namanya, orang jawakan istilahnya, seakan-akan ada, wajib tirakat, tirakat itu dalam arti mengurangi segala kenikmatan dunia ...”*  
(P2)

Mengalami penyakit DM dan diharuskan melakukan perawatan juga memberikan hikmah tersendiri bagi partisipan. Hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan 2 sebagai berikut :

*” ... merupakan pelajaran terutama bagi saya sendiri, kalau anak cucu kalau misalnya makan agak anu, kita bisa ngomong jangan ... jangan ...”* (P2)

Pernyataan partisipan membentuk kelompok tema pengalaman spiritual dan pelajaran hidup. Skema tematik pengalaman spiritual dan pelajaran hidup tergambar pada skema berikut :



Skema 4.19. Skema Tematik Pengalaman spiritual dan Pelajaran Hidup



## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Bagian ini menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian, serta implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan berbagai temuan hasil penelitian dengan konsep teori maupun penelitian sebelumnya. Keterbatasan penelitian menjelaskan perbandingan proses penelitian dengan kondisi ideal penelitian yang semestinya diterapkan. Implikasi penelitian diuraikan sesuai dengan konteks yang dihasilkan dari hasil atau temuan penelitian dan diimplikasikan terhadap tatanan pelayanan, pendidikan, serta penelitian keperawatan.

#### **5.1 Interpretasi Hasil Penelitian**

Diabetisi mengungkapkan bahwa penyakit DM mempunyai beberapa karakteristik yang membedakannya dengan penyakit lain. Karakteristik penyakit DM menurut diabetisi meliputi penyakit yang sulit sembuh, penyakit yang sering kambuh, penyakit yang menetap, penyakit yang semakin memburuk, penyakit yang mematikan, serta penyakit DM menjadi penyebab dari banyak penyakit lain.

DM merupakan salah satu kondisi kesehatan kronis. Pernyataan diabetisi ini sesuai dengan karakteristik kondisi kesehatan kronis menurut Anderson dan Mc Farlane (2004) yang meliputi kondisi yang memburuk seiring waktu (progresif), tidak dapat disembuhkan (*irreversible*), melibatkan banyak sistem (kompleks), tujuan pengobatan hanya mengendalikan gejala, melibatkan keluarga diabetisi dan berduka kronis, serta ketersembunyian gejala dan stigmatisasi. Karakteristik ini menyebabkan diabetisi harus melakukan adaptasi dengan kondisi DM dan perawatannya yang berjangka panjang. Keberhasilan adaptasi terhadap DM dan perawatannya dapat mempertahankan status kesehatan diabetisi.

DM dapat menyebabkan berbagai komplikasi lanjut. Komplikasi akut akibat DM meliputi infeksi yang sulit sembuh, koma hiperglikemik, hipoglikemi,

serta koma hipoglikemik. Komplikasi kronis akibat DM dapat meliputi kelainan pada berbagai organ, misalnya pada mata berupa retinopati, katarak, serta glaukoma; pada ginjal nefropati, pada berbagai organ neuropati, *diabetic foot*, penyakit jantung, stroke, disfungsi seksual, serta *fatty liver* (Kariadi, 2009). Sebagian diabetisi pada penelitian ini sudah mengalami komplikasi DM yang meliputi gangguan penglihatan akibat katarak atau neuropati, penurunan fungsi seksual, keluhan kaki kebas akibat neuropati, hipertensi, stroke, jantung koroner, serta luka di kaki yang lama sembuh. Temuan pada penelitian ini sesuai dengan data di AS yang menunjukkan bahwa tingkat kejadian komplikasi akibat penyakit DM cukup tinggi (NIDDK, 2011).

Komplikasi yang dapat terjadi pada berbagai organ tubuh menyebabkan diabetisi takut mengalaminya. Kepercayaan kesehatan terkait DM, misalnya tentang keseriusan penyakit DM serta kerentanannya terhadap komplikasi dapat menimbulkan kepatuhan yang lebih baik (Brownlee-Duffeck, Peterson, Simonds, Goldstein, Kilo, Hoette; 1987, dalam Delamater, 2006). Pemahaman yang tepat tentang komplikasi yang dapat timbul pada DM dan cara pencegahannya harus dimiliki oleh diabetisi agar mereka patuh dalam melaksanakan perawatan.

Diabetisi menyatakan bahwa penyakit DM disebabkan oleh berbagai faktor. Faktor penyebab penyakit DM menurut diabetisi meliputi ketidakseimbangan masukan dan pemanfaatan makanan oleh tubuh, kegagalan fungsi pankreas, penyebab yang tidak jelas, serta karena penyakit yang sudah ada sebelumnya. Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang ditandai dengan intoleransi glukosa, merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin (Black & Jacob, 1993). Sedangkan menurut Waspadji (dalam Sudoyo, dkk. 2006) Diabetes Mellitus merupakan suatu sindrom klinis kelainan metabolik yang ditandai oleh adanya hiperglikemia yang disebabkan oleh defek sekresi insulin, defek kerja insulin atau keduanya. Insulin dihasilkan oleh pankreas yang berperan menurunkan kadar glukosa darah (Kartini, 2009). Hal ini menunjukkan

bahwa pemahaman diabetisi tentang penyebab DM belum semuanya tepat, sehingga harus dilakukan upaya, misalnya dengan pendidikan kesehatan agar pengetahuan diabetisi lebih tepat.

Pemahaman yang tepat tentang masalah kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku sehat (Green & Kreuter, 1991), termasuk pada DM. Pengetahuan yang tepat tentang faktor penyebab DM memungkinkan seseorang mencegah faktor risiko atau merubah faktor risiko DM yang dimiliki.

Menurut diabetisi pada penelitian ini faktor predisposisi terjadinya penyakit DM meliputi faktor gaya hidup yaitu makan yang berlebihan, faktor sosial yaitu sulitnya menghindari ajakan teman untuk makan yang kurang tepat, serta faktor keturunan. Pernyataan diabetisi sesuai dengan pendapat Black dan Jacob (1993) serta Suyono (dalam Sudoyo dkk. 2006) yang menyatakan bahwa faktor risiko yang dapat meningkatkan risiko DM adalah faktor keturunan, kegemukan, malnutrisi, hipertensi serta usia lebih dari 40 tahun. Pernyataan diabetisi juga sejalan dengan penelitian kohort oleh Hu et al (2001) di AS yang menemukan bahwa kombinasi beberapa faktor gaya hidup seperti mempertahankan indeks massa tubuh  $\leq 25$ , makan diit tinggi serat sereal dan lemak *polyunsaturated* serta sedikit lemak jenuh dan trans, latihan fisik rutin, menghindari merokok serta konsumsi alkohol moderat berkaitan dengan kejadian DM tipe 2. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan diabetisi tentang faktor predisposisi DM sebagian sudah tepat.

Pengetahuan tentang masalah kesehatan termasuk tentang faktor predisposisi penyakit merupakan salah satu dasar untuk menumbuhkan perilaku sehat (Green & Kreuter, 1991). Pengetahuan tentang faktor predisposisi DM dapat menjadi dasar upaya strategi pencegahan primer agar tidak terjadi DM. Pencegahan ini dapat dilakukan dengan mengurangi atau menanggulangi faktor risiko yang ada. Peningkatan pengetahuan tentang faktor predisposisi

DM dengan pendidikan kesehatan menjadi salah satu program yang penting bagi komunitas terutama kelompok risiko tinggi.

Menurut diabetisi dalam penelitian ini kenaikan kadar gula darah dapat disebabkan karena berbagai faktor yang meliputi stress, melanggar aturan diet, serta lupa minum obat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Havel dan Taborsky (2003, dalam Taylor 2009) yang menemukan bahwa stress ditemukan berdampak langsung terhadap kadar glukosa darah dan gejala DM tipe 2. Pengelolaan stres dengan demikian menjadi hal yang penting di dalam manajemen perawatan DM

Konsumsi OHO yang terlambat dapat menimbulkan kenaikan gula darah. Faktor lupa pada diabetisi di dalam penelitian ini sesuai dengan penelitian Chlebowy, Hood, dan LaJoie (2010) yang menemukan faktor internal berupa kegagalan memori merupakan faktor yang ditemukan menghambat perilaku manajemen diri, termasuk konsumsi obat pada diabetisi. Peran orang terdekat diabetisi, terutama keluarga sangat vital dalam mengingatkan diabetisi melaksanakan perawatan secara disiplin.

Kemampuan coping yang baik dalam menghadapi penyakit dan kompleksitas perawatan DM maupun stressor kehidupan yang lain diyakini oleh diabetisi merupakan hal yang sangat penting di dalam perawatan DM. Meski demikian diabetisi menganggap bahwa menerapkan coping yang adaptif merupakan hal yang tidak mudah. Coping yang diterapkan diabetisi meliputi berpikir realistis dan menerima. Pernyataan diabetisi dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian Richardson, Adner, dan Nodstrom (2001) yang menunjukkan bahwa diabetisi jenis IDDM yang mempunyai penerimaan yang lebih tinggi terhadap penyakit mempunyai pengendalian metabolik yang lebih baik yang mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi DM serta mempunyai kemampuan coping yang tinggi. Hal ini menunjukkan pentingnya pengembangan coping yang positif pada diabetisi. Coping yang positif akan berdampak pada penerimaan terhadap penyakit serta kecenderungan untuk

mematuhi program perawatan yang akan menghasilkan status kesehatan yang optimal.

Program perawatan pada diabetisi sebaiknya tidak hanya terbatas pada perubahan perilaku dan terapi obat, tetapi juga mencakup pengembangan coping yang positif. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Grey, Boland, Davidson, Li, dan Tamborlane (1999) yang menunjukkan bahwa diabetisi muda yang mendapat pelatihan ketrampilan coping mempunyai *glycosylated hemoglobin* yang lebih rendah ( $P = .001$ ), *self efficacy* diabetes ( $P = .002$ ) and medis ( $P = .04$ ) yang lebih baik, serta dampak DM terhadap kualitas hidup yang lebih sedikit ( $P = .005$ ) dibandingkan diabetisi yang tidak mendapatkan pelatihan.

Diabetisi menyatakan bahwa konsumsi obat DM harus rutin dan terus menerus. Salah satu faktor pendukung terlaksananya prinsip pengobatan seperti ini adalah fakta bahwa obat DM termasuk dalam kategori obat yang murah dan relatif terjangkau menurut diabetisi. Diabetisi juga menyatakan bahwa dosis obat DM dapat disesuaikan dengan kondisi tanpa harus berkonsultasi dengan petugas kesehatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Kartini (2009) yang menyatakan bahwa diabetisi yang mengkonsumsi obat hipoglikemik oral secara rutin sebaiknya tetap minum meskipun kadar gula darah sudah stabil, karena penurunan gula darah disebabkan efek obat sehingga apabila dihentikan akan berdampak pada kenaikan gula darah. Obat hipoglikemik oral (OHO) dianjurkan bagi diabetisi yang gula darahnya tidak dapat dikendalikan dengan manajemen non farmakologis. Pernyataan diabetisi bahwa dosis OHO dapat disesuaikan dengan kondisi tanpa harus berkonsultasi dengan dokter kurang tepat karena masing-masing OHO mempunyai aturan minum yang meliputi dosis dan frekuensi minum yang sudah ditentukan (Kartini, 2009), sehingga tidak boleh diubah aturan minumnya tanpa berkonsultasi dengan dokter mengingat lama kerja obat maupun efek samping yang dapat ditimbulkan.

Diabetisi menyatakan bahwa manajemen diit DM merupakan perawatan yang sulit serta sering dilanggar. Pernyataan ini sesuai dengan penelitian Ambarwati (2009) yang menemukan bahwa sebagian besar diabetisi tidak patuh terhadap aturan diit DM. Ketidapatuhan terhadap aturan diit DM dapat disebabkan oleh berbagai aspek yang meliputi faktor makanan diit yang tidak menyenangkan serta kurangnya pemahaman tentang diit (Purba, 2008), rasa bosan dan malas dengan menu yang sesuai aturan, stres serta ketidakmampuan dalam menentukan jenis, jumlah dan jadwal makanan (Simanjuntak, 2010). Hal ini menunjukkan bahwa manajemen diit pada diabetisi sangat kompleks berkaitan dengan banyak aspek yang harus diperhatikan agar diabetisi dapat mematuhi manajemen diit.

Fokus terhadap pencegahan sekunder dan tersier pada kondisi kesehatan kronis, termasuk DM, sering menyebabkan pengabaian terhadap aspek penting lain terkait perawatan (Allender & Spradley, 2005). Sebagai contoh terkait DM, diabetisi direkomendasikan untuk berkonsultasi dengan ahli gizi, tetapi terabaikan dalam upaya mengidentifikasi menu diit yang bervariasi dan sesuai selera diabetisi, yang akan mempengaruhi kepatuhan dalam diit. Dalam rangka mengatasi persepsi bahwa manajemen diit DM adalah manajemen perawatan yang sulit sehingga sering dilanggar, sangat penting diperhatikan aspek-aspek penting yang terkait dengan diit.

Diabetisi menyatakan bahwa manajemen non farmakologis yang berupa olah raga dan pengaturan diit lebih efektif dibandingkan dengan pengobatan. Sedangkan diabetisi yang lain menyatakan pengobatan efektif apabila obat dikonsumsi secara rutin. Diabetisi juga menyatakan bahwa kunci keberhasilan manajemen perawatan DM adalah perubahan pola hidup secara bertahap dan niat atau komitmen yang kuat untuk melaksanakan perawatan diri.

Pernyataan diabetisi pada penelitian ini sejalan dengan pendapat Yunir dan Soebardi (dalam Sudoyo, dkk. 2006) bahwa terapi non farmakologis merupakan prioritas pertama penatalaksanaan pada penderita DM sebelum

terapi farmakologis. Terapi non farmakologis pada penderita DM meliputi perubahan gaya hidup dengan mengubah pola makan dan meningkatkan aktivitas jasmani serta edukasi bagi penderita. Meski demikian, perubahan perilaku dan gaya hidup merupakan manajemen perawatan yang tidak mudah bagi diabetisi dan sering menyebabkan kepatuhan yang rendah (Haynes, Taylor & Sackett, 1979 dalam Delamater, 2006). Hal ini mengindikasikan perlunya keyakinan dan komitmen yang kuat dari diabetisi untuk melaksanakannya karena keyakinan diri berkaitan erat dengan manajemen perawatan diri diabetisi (Ismonah, 2008). Keyakinan diri dan komitmen akan mendukung kepatuhan dalam pelaksanaan perawatan yang akan berdampak pada optimalnya status kesehatan diabetisi.

Diabetisi mempunyai beberapa hal yang diyakini terkait DM dan perawatannya yang meliputi jenis DM, pantangan pola makan, serta pantangan terkait aktivitas dan istirahat pada Diabetisi. Menurut diabetisi terdapat 2 jenis DM yaitu gula basah dan gula kering. Gula basah adalah DM yang menimbulkan luka, sedangkan gula kering tidak menimbulkan luka. Pantangan makan yang diyakini diabetisi adalah makan tidak terlalu malam serta makan malam tidak dengan nasi. Sedangkan pantangan terkait istirahat tidur diabetisi meyakini bahwa tidak boleh tidur pagi atau tidur siang.

Keyakinan diabetisi terkait penyakit dan perawatannya sangat penting diperhatikan karena keyakinan terkait masalah kesehatan dan perawatannya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan kesehatan (Green & Kreuter, 1991). Keyakinan yang tepat terkait DM pada diabetisi harus didorong dan didukung, sedangkan yang belum tepat sebaiknya didiskusikan dengan bijaksana. Keyakinan tentang gula kering dan gula basah dapat menimbulkan risiko apabila seorang diabetisi berkeyakinan bahwa DM-nya adalah jenis gula kering, sehingga mengabaikan pencegahan terhadap luka, padahal perawatan kaki merupakan manajemen perawatan yang penting pada diabetisi untuk mencegah komplikasi pada tungkai dan kaki (Kartini, 2009).

Konsumsi nasi malam hari atau makan terlalu malam dapat menyebabkan masukan kalori tidak digunakan secara optimal sehingga dapat menumpuk penyimpanan glukosa menjadi lemak yang akan meningkatkan resistensi insulin. Resistensi insulin merupakan salah satu penyebab DM tipe 2 (Kartini, 2009). Keyakinan tentang tidak bolehnya makan terlalu malam pada diabetisi dapat dibenarkan.

Kebiasaan tidur pada pagi atau siang hari akan menyebabkan kurangnya aktivitas fisik. Keyakinan diabetisi pada penelitian ini sejalan dengan pendapat Suyono (dalam Sudoyo, 2006) bahwa salah satu faktor risiko terjadinya DM adalah gaya hidup sedentaris yang minim aktivitas fisik, sehingga diabetisi sangat dianjurkan untuk memperbanyak latihan fisik yang merupakan salah satu pilar penting perawatan DM (Kartini, 2009).

Perubahan yang dirasakan oleh diabetisi setelah mengalami DM meliputi perubahan fisik, perubahan fungsi seksual, serta perubahan sosial ekonomi. Perubahan fisik yang dialami diabetisi meliputi sering buang air kecil (BAK), sakit kepala atau pusing, penurunan berat badan, lemas, serta luka yang lama sembuhnya. Perubahan fungsi seksual yang dialami diabetisi berupa penurunan gairah. Perubahan sosial ekonomi yang dialami berupa penurunan kemampuan aktivitas serta keharusan mengalokasikan anggaran yang tidak sedikit dalam upaya perawatan DM.

Perubahan berupa keluhan fisik yang diungkapkan diabetisi pada penelitian ini sejalan dengan pendapat Black dan Jacob (1993) serta Gustaviani (dalam Sudoyo, dkk. 2006) yang menyebutkan bahwa BAK yang sering dan penurunan berat badan merupakan dua dari empat tanda gejala utama DM yang meliputi poliuri, polidipsi, polifagi serta penurunan berat badan. Empat gejala ini merupakan dampak perubahan metabolik akibat peningkatan glukosa darah. Demikian juga dengan keluhan yang fisik lain maupun penurunan fungsi seksual pada diabetisi sejalan dengan pendapat Gustaviani (dalam Sudoyo, dkk. 2006) yang menyebutkan bahwa keluhan lain yang dapat



ditemukan pada DM meliputi lemah, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria serta pruritus vulvae pada wanita.

Diabetisi pada penelitian menyatakan harus mengalokasikan anggaran khusus untuk perawatan DM. Temuan ini sejalan dengan hasil survei di AS yang menyebutkan bahwa rata-rata biaya kesehatan orang dengan DM di AS adalah 2.3 kali lipat dibandingkan dengan orang tanpa DM. Secara makro biaya DM juga cukup tinggi. Biaya langsung maupun tidak langsung yang dikeluarkan untuk membiayai program DM di AS pada tahun 2007 diperkirakan mencapai 174 milyar dolar AS, dengan rincian 116 milyar biaya langsung dan 58 milyar biaya tidak langsung (NIDDK, 2011). Penelitian Andayani (2006), di Indonesia menunjukkan rata-rata biaya terapi total setiap pasien adalah Rp 208.500 per bulan dengan alokasi pembiayaan terbesar pada biaya obat (59,5 %) serta biaya mengatasi komplikasi (31%). Hal ini menunjukkan bahwa biaya yang harus dikeluarkan untuk DM cukup tinggi dan akan mengurangi porsi anggaran untuk aspek lain.

Perubahan-perubahan yang timbul setelah mengalami DM merupakan dampak kerentanan pada diabetisi yang berupa kesehatan yang buruk serta kemungkinan adanya siklus kerentanan (Stanhope & Lancaster, 2004). Kesehatan yang buruk berupa timbulnya gejala penyakit DM maupun komplikasinya yang berdampak pada status fungsional, persepsi kesejahteraan fisik dan emosional, kualitas hidup, serta kepuasan terhadap pelayanan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Hal ini menunjukkan bahwa diabetisi merupakan salah satu kelompok rentan yang harus menjadi perhatian keperawatan komunitas.

Perubahan status kesehatan akibat DM dan keharusan mengeluarkan anggaran biaya yang tidak sedikit untuk perawatan DM dapat menyebabkan siklus kerentanan pada diabetisi. Dampak kesehatan yang lebih banyak pada diabetisi dapat menyebabkan biaya kesehatan yang harus dikeluarkan meningkat. Peningkatan biaya kesehatan dapat mengganggu alokasi biaya untuk aspek kehidupan selain untuk kesehatan diabetisi yang dapat

menyebabkan kemiskinan relatif. Kemiskinan relatif dapat menyebabkan kerentanan terhadap masalah yang baru, termasuk masalah kesehatan

Respon psikologis dialami oleh diabetisi pada penelitian ini setelah didiagnosis DM. Respon terhadap diagnosis DM yang dialami diabetisi meliputi menyangkal, stress, takut, sedih, serta menderita. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Handley, Pullon, dan Gifford (2010) di Selandia Baru yang menemukan beberapa reaksi yang ditunjukkan oleh diabetisi setelah didiagnosis DM yang meliputi menyangkal, terkejut, takut, dan marah.

Perasaan menyangkal pada tahap awal diagnosis penyakit dapat bermanfaat membantu seseorang mengendalikan reaksi emosional terhadap penyakit, tetapi pada tahap lanjut menyangkal dapat merugikan karena mempengaruhi kemampuan dalam memonitor kondisi, berinisiatif mencari perawatan, serta mengambil tanggung jawab sebagai ko-manajer penyakitnya. Perasaan takut atau cemas pada masalah kesehatan kronis disebabkan oleh bayangan terhadap potensi perubahan kehidupan serta kemungkinan terjadinya kematian (Taylor, 1995). Kecemasan dapat memperburuk kondisi kesehatan. Diabetisi yang merasakan kecemasan melaporkan pengendalian glukosa yang buruk serta peningkatan gejala DM (Lustman, 1988; dalam Taylor, 1995). Perasaan sedih yang berkepanjangan dapat menimbulkan depresi. Depresi dapat terjadi sebagai reaksi lambat terhadap penyakit kronik karena pemahaman terhadap implikasi sepenuhnya membutuhkan waktu (Taylor, 1995). Respon emosional ini harus diantisipasi dan diatasi agar tidak menghambat adaptasi diabetisi terhadap penyakit dan perawatannya.

Respon terhadap pengaturan manajemen perawatan DM yang dialami diabetisi pada penelitian ini meliputi kebingungan mengelola DM dan penyakit lain yang terjadi bersamaan, menyangkal, serta keputusasaan. Manajemen terapi DM sendiri adalah kompleks, apabila ditambah dengan penyakit atau masalah kesehatan lain akan menambah kompleksitasnya.

Respon terhadap pengaturan manajemen perawatan yang dialami diabetisi sesuai dengan pendapat Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) bahwa kompleksitas penatalaksanaan terapi dapat menimbulkan ketidakpastian pada kondisi kronis seperti DM. Rejimen perawatan yang kompleks juga ditemukan menyebabkan kepatuhan yang rendah (Haynes, Taylor & Sackett, 1979 dalam Delamater, 2006), sehingga harus diantisipasi agar diabetisi tetap mematuhi manajemen perawatan DM. Diabetisi pada penelitian ini yang mengalami komplikasi mengalami kebingungan karena terapi pada salah satu penyakit dapat menjadi pantangan bagi penyakit lain yang terjadi bersamaan. Hal ini menyebabkan diabetisi kadang tidak mematuhi semua manajemen perawatan yang dianjurkan.

Perasaan menyangkal terhadap aturan manajemen perawatan harus diantisipasi dan disikapi dengan tepat karena dapat menyebabkan adaptasi yang buruk terhadap penyakit serta kurang patuh terhadap rejimen perawatan (Taylor, 1995). Penolakan diabetisi terhadap rejimen perawatan pada penelitian ini tidak diikuti oleh ketidakpatuhan. Hal ini terjadi karena diabetisi menolak rejimen perawatan dalam batas pemikiran saja, dan tetap berkeyakinan bahwa rejimen tersebut adalah yang terbaik baginya.

Keputusan yang berlangsung lama dapat menyebabkan depresi. Keputusan dirasakan oleh diabetisi pada penelitian ini karena manajemen perawatan yang dilakukan tidak berhasil mengatasi masalah. Penyakit DM yang bersifat kronis, progresif dan tidak dapat sembuh menyebabkan keputusan sampai dengan depresi. Depresi ditemukan meningkat seiring timbulnya gangguan fisik (Taylor, 1995).

Beberapa keluhan dialami oleh diabetisi pada saat gula darah sedang meningkat pada penelitian ini meliputi pusing, nyeri lokal dan umum, demam, ketidaknyamanan tubuh, haus, lapar, lemas, mengantuk, nyeri otot, kaki kebas, kekakuan pada kaki, serta gatal-gatal. Beberapa perubahan pola fungsional juga terjadi pada diabetisi pada saat gula darah meningkat yang meliputi

sering buang air kecil (BAK), tidak bisa berjalan, pandangan gelap, serta susah tidur.

Gejala yang umum terjadi pada saat gula darah sangat tinggi meliputi keluhan klasik yang semakin tinggi yaitu semakin cepat haus dan badan semakin lemas. Keadaan hiperglikemi harus cepat diatasi karena dapat menimbulkan penurunan kesadaran (Kartini, 2009).

Penelitian ini mengidentifikasi beberapa fenomena terkait modifikasi diet yaitu mengatur jumlah makan, mengatur pola makan, serta alasan mengonsumsi diet yang sudah dimodifikasi. Mengatur jumlah makan dilakukan dengan mengurangi nasi dan makanan atau minuman yang manis, serta memperbanyak konsumsi sayur, buah dan lauk. Mengatur pola makan dilakukan dengan mengonsumsi makanan rendah gula serta mengonsumsi makanan pengganti nasi. Makanan yang diyakini diabetisi berkadar gula rendah termasuk nasi kemarin dan beras merah, serta makanan pengganti nasi karena sifatnya mengenyangkan dan rendah kalori.

Diabetisi diperbolehkan makan semua jenis makanan seperti halnya bukan diabetisi, tetapi harus ditentukan jumlah atau ukurannya, membatasi gula, lemak, dan kadang-kadang harus membatasi garam (Kariadi, 2009). Pengaturan jumlah makanan pada diabetisi didasarkan pada tinggi badan, berat badan, jenis aktivitas dan umur. Berdasarkan 4 hal ini dapat dihitung dan ditentukan jumlah kebutuhan kalori yang tepat dalam sehari (Kariadi, 2009). Diabetisi pada penelitian ini umumnya menentukan jumlah makan hanya dengan mengurangi, diabetisi belum mendasarkan pada hitungan ini dikarenakan tidak tahu. Sedangkan diabetisi yang berkonsultasi dengan ahli gizi menyatakan pernah melakukannya tetapi sekarang tidak melakukan lagi secara presisi tetapi dengan perkiraan.

Nasi merupakan sumber karbohidrat utama masyarakat Indonesia. Dengan mengurangi nasi diharapkan masukan glukosa akan menurun. Karbohidrat merupakan bagian makanan yang terbanyak, berkisar antara 60-70% dari

seluruh jumlah makanan. Gula murni mempunyai indeks glikemik tinggi sehingga porsi dalam diet diabetisi dibatasi maksimal 10 %. Beras merah atau beras yang ditumbuk direkomendasikan pada diabetisi karena mengandung serat yang lambat melepaskan glukosa darah (Kariadi, 2009). Mendinginkan nasi sehari semalam tidak akan menurunkan kadar glukosa, sehingga mengonsumsi *nasi kemaren* tidak direkomendasikan dalam penatalaksanaan diet DM (Susanto, 2010). Dua diabetisi pada penelitian menyatakan mengonsumsi *nasi kemaren* atas informasi dari sesama diabetisi dengan alasan kadar gula darahnya sudah turun.

Pada diabetisi lemak jenuh, kolesterol, serta gorengan direkomendasikan untuk dibatasi. Sedangkan buah dan sayur direkomendasikan pada diabetisi karena mengandung mineral, vitamin serta serat yang dapat memperlambat penyerapan glukosa (Kariadi, 2009). Diabetisi pada penelitian ini menyatakan memperbanyak sayur dan buah atas rekomendasi dari dokternya.

Diabetisi termotivasi untuk mempertahankan aturan diet karena berpikir tentang substansi makan serta sudah merasakan kenyamanan dengan pola diet. Partisipan merasakan baik dampak positif maupun negatif dari mematuhi aturan diet. Dampak positif meliputi penurunan gula darah serta merasakan kenyamanan pada tubuhnya. Sedangkan dampak negatif yang dirasakan berupa penurunan tenaga. Beberapa alasan melanggar aturan diet pada diabetisi meliputi kebosanan, lupa, kecerobohan, serta gagal mengendalikan keinginan. Beberapa situasi menjadi faktor pendukung diabetisi untuk melanggar aturan diet. Situasi tersebut meliputi merasa sedang sehat, tidak ada yang mengawasi atau mengingatkan, sibuk, tersedia banyak makanan, serta tersedia makanan kesukaan.

Makan sesuai aturan tetap dilakukan oleh diabetisi pada penelitian ini karena sudah merasa nyaman dengan pola diet yang dilakukan sekaligus merasakan dampak positifnya. Dampak negatif berupa penurunan tenaga dirasakan diabetisi terjadi pada awal-awal merubah pola diet saja. Manajemen diet

merupakan salah satu pilar penting perawatan DM (Kartini, 2009). Diit yang sesuai kebutuhan akan menjaga gula darah terkendali sehingga keluhan akibat gula darah tinggi tidak terjadi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Simanjuntak (2010) yang menunjukkan beberapa kendala yang dihadapi diabetisi dalam melaksanakan diit adalah rasa bosan dan malas dengan menu yang sesuai aturan. Perasaan bosan dinyatakan oleh diabetisi pada penelitian ini karena makan harus diatur dan dibatasi, tetapi diabetisi tetap melakukan ini karena takut terhadap dampak melanggar diit terhadap kadar gula darah maupun keluhan yang menyertainya. Pada saat tertentu diabetisi melanggar aturan diit ini meskipun menyadari dampaknya, yaitu pada saat merasa sehat atau badan terasa bugar, tidak ada yang mengawasi atau mengingatkan, sibuk, tersedia banyak makanan, yaitu pada saat arisan atau hajatan; serta tersedia makanan kesukaan bagi diabetisi yaitu jengkol yang menyebabkan makan banyak serta cemilan atau kue. Tugas utama mengingatkan maupun menyediakan makan yang sesuai jumlah maupun komposisinya ada pada keluarga diabetisi, hal ini sudah dilakukan oleh keluarga diabetisi pada penelitian ini, sehingga diabetisi menyatakan lebih sering melanggar diit saat di luar rumah.

Jadual, jenis, dan lama olah raga diabetisi bervariasi. Jadual olah raga pada diabetisi berkisar dari setiap hari, seminggu sekali, serta ada yang tidak teratur. Jenis olah raga yang dilakukan meliputi jalan kaki, lari, serta mengayuh sepeda duduk. Manfaat dari latihan fisik atau olahraga yang dirasakan diabetisi meliputi badan terasa enak serta jarang kambuh atau naik kadar gula darahnya.

Olahraga merupakan salah satu pilar penting penatalaksanaan DM. Manfaat olah raga bagi diabetisi adalah meningkatkan pemakaian energy, mengurangi resistensi insulin, serta memperlancar sirkulasi darah (Kartini, 2009). Prinsip olah raga pada diabetisi adalah terus menerus atau kontinyu, berirama atau ritmis, berselang atau interval, meningkat secara bertahap atau progresif, serta

latihan daya tahan atau *endurance*. Jenis olah raga yang direkomendasikan yaitu jalan kaki, berlari, berenang, bersepeda, dan mendayung (Kartini, 2009). Olahraga yang dilakukan diabetisi dalam penelitian ini sudah tepat yaitu dengan jalan kaki atau lari, tetapi ada yang belum tepat yaitu dengan sepeda duduk.

Pada penelitian didapatkan beberapa alasan yang menyebabkan diabetisi tidak (rutin) melakukan olahraga yaitu ketidakmampuan fisik, kesibukan, serta tidak ada yang menemani. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Purba (2008) yang menemukan bahwa salah satu penyebab diabetisi tidak melakukan latihan fisik adalah karena keterbatasan fisik. Olahraga pada diabetisi harus disesuaikan dengan kemampuan dan meningkat secara bertahap (Kartini, 2009).

Diabetisi memerlukan dukungan dalam melaksanakan manajemen perawatan. Kelompok dukungan dapat berasal dari keluarga yang merupakan pendukung utama serta organisasi di komunitas (Pender, Murdaugh, & Parson 2002). Kelompok pendukung ini dapat membantu mendorong maupun menemani diabetisi untuk melakukan latihan fisik.

Praktik minum obat yang dilakukan diabetisi berkisar dari tidak minum obat, terus menerus, serta kombinasi dengan obat alternatif. Beberapa alasan yang mendasari diabetisi tidak minum obat medis yaitu mengkonsumsi obat alternatif dengan fungsi yang sama, disetujui oleh pemberi layanan kesehatan, takut efek samping obat, serta merasakan efek samping obat.

Pengobatan merupakan salah satu pilar manajemen DM yang dilakukan setelah dengan mengatur makan dan berolahraga kadar gula darah masih tetap tinggi. Efek samping yang dirasakan diabetisi pada penelitian berupa perasaan *ndhredheg* atau berdebar-debar dan lemas dapat disebabkan adanya hipoglikemi, sesuai pendapat Kartini (2009) yang menyebutkan efek samping yang ditimbulkan dari obat hipoglikemik oral meliputi hipoglikemi, mual atau

nafsu makan berkurang, kadang menyebabkan edem di kaki, serta sering buang angin (Kartini, 2009).

Diabetisi pada penelitian ini ada yang menggunakan terapi komplementer sebagai pengganti obat medis serta ada yang menggunakannya sebagai pelengkap dengan mengkombinasikannya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Schoenberg, Stoller, Kart, Perzynski, Chapleski (2004) yang menemukan bahwa diabetisi di AS menggunakan pengobatan komplementer atau alternatif sebagai suplemen bukan pengganti rejimen biomedis.

Jadual periksa diabetisi berkisar dari setiap bulan, saat gula darah sedang tinggi, serta sewaktu-waktu. Sedangkan pelayanan kesehatan yang digunakan berkisar dari pelayanan kesehatan primer dari posyandu, dokter praktek, bidan praktek, klinik dokter, sampai puskesmas; sampai dengan pelayanan kesehatan sekunder di rumah sakit.

Waktu periksa gula darah pada saat hasilnya masih tinggi dianjurkan kontrol atau pemantauan lebih sering. Apabila kadar gula darah sudah cukup terkendali dianjurkan 1 bulan sekali atau 3 bulan sekali (Kartini, 2009). Hal ini dapat dilakukan secara mandiri ataupun oleh petugas kesehatan. Salah satu diabetisi pada penelitian ini menyatakan mengkombinasikan terapi dengan medis disesuaikan dengan kondisi keuangan. Apabila sedang ada keuangan yang cukup memanfaatkan terapi alternatif, apabila sebaliknya memeriksakan diri ke Puskesmas.

Berbagai upaya dilakukan oleh diabetisi untuk mempertahankan kadar gulanya, termasuk mencoba semua jenis terapi alternatif. Jenis pengobatan alternatif yang dimanfaatkan oleh diabetisi meliputi bekam, pijat refleksi, serta obat bahan alam. Terapi alternatif dimanfaatkan oleh diabetisi dengan alasan hasil terapi belum memuaskan serta harganya yang murah. Bahan obat alternatif DM yang dimanfaatkan meliputi bahan herbal dan bahan hewan. Efek penggunaan terapi alternatif yang dirasakan diabetisi meliputi peningkatan



rasa nyaman di tubuh, penurunan kadar glukosa darah, efek terapeutik tidak memuaskan, serta efek negatif.

Pemanfaatan terapi alternatif banyak dilakukan oleh diabetisi. Penelitian Schoenberg, Stoller, Kart, Perzynski, Chapleski (2004) menemukan 1 dari 4 diabetisi di AS menggunakan pengobatan komplementer atau alternatif. Penelitian terhadap terapi komplementer atau alternatif yang efektif untuk mengatasi DM dilakukan oleh beberapa peneliti. Sebagai contoh penelitian oleh Sotaniemi, Haapakoski, dan Rautio (1995) tentang terapi ginseng pada diabetisi tipe 2 menunjukkan bahwa pemberian ginseng dapat meningkatkan mood, meningkatkan penampilan psikofisikal, serta menurunkan gula darah puasa dan berat badan.

Professional layanan kesehatan harus peduli terhadap penggunaan terapi alternatif oleh diabetisi. Pada penelitian ini ditemukan diabetisi memanfaatkan terapi alternatif berupa bekam, pijat refleksi, serta obat bahan alam karena merasa terapi medis belum cukup efektif, obat herbal harganya cukup terjangkau, serta merasakan manfaatnya. Diabetisi juga merasakan dampak positif maupun negatif dari menggunakan terapi alternatif, sehingga pemanfaatannya sebaiknya didampingi dan diawasi petugas kesehatan.

Upaya lain yang dilakukan dalam perawatan DM oleh diabetisi adalah praktik spiritual. Praktik spiritual yang dilakukan meliputi berdoa kepada Tuhan serta menyerahkan masalah penyakit kepada Tuhan.

Temuan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian lain yang menemukan bahwa diabetisi menggunakan beberapa sarana dan praktek keagamaan atau spiritual sebagai coping terhadap penyakit, yaitu dengan sembahyang, meditasi, berbicara kepada Tuhan, serta membaca kitab suci (Daaleman, et al. 2001; Samuel-Hodge, et al., 2000; dalam Lager, 2006). Pada penelitian lain juga ditemukan bahwa kesejahteraan spiritual menurunkan ketidakpastian terkait penyakit dan masalah-masalah yang berkaitan dengan kehidupan

diabetisi serta memediasi hubungan antara ketidakpastian dengan penyesuaian psikososial (Landis, 1996; dalam Lager 2006). King et al, 2002; dalam Lager (2006) juga menemukan bahwa kehadiran dalam kegiatan keagamaan menjadi predictor kadar protein C-reaktif (CRP) yang rendah, diabetisi yang tidak mengikuti aktivitas keagamaan di gereja atau tempat kegiatan keagamaan ditemukan mempunyai kadar CRP yang lebih tinggi.

Berbagai dampak positif praktik spiritual terhadap peningkatan kesejahteraan diabetisi menunjukkan bahwa spiritual pada diabetisi harus terus didorong dan difasilitasi. Perawat komunitas berperan membantu pemenuhan kebutuhan dan praktik spiritual yang dilakukan oleh diabetisi.

Motivasi yang mendasari diabetisi melakukan perawatan DM dalam penelitian ini teridentifikasi yaitu untuk mempertahankan kualitas hidup yang baik yang meliputi harapan kesehatan, harapan terkait kebutuhan keluarga, harapan spiritual, serta harapan ekonomi. Harapan kesehatan meliputi keinginan diabetisi untuk supaya sembuh, supaya normal, supaya sehat, ketakutan dengan kejadian komplikasi DM, agar panjang umur, serta agar bisa mandiri dan tidak membebani keluarga. Harapan terkait kebutuhan keluarga meliputi keinginan untuk selalu berkumpul dengan keluarga serta keinginan atau harapan untuk masih dapat melaksanakan tanggung jawab keluarga. Harapan spiritual pada diabetisi adalah agar bisa beribadah. Harapan ekonomi pada diabetisi adalah agar dapat meneruskan usaha yang menjadi penopang hidup keluarga. Motivator utama bagi diabetisi dalam melakukan perawatan DM adalah diri mereka sendiri.

Motivasi mempertahankan kualitas diabetisi pada penelitian ini sejalan dengan pendapat Coons dan Caplan (1992, dalam Taylor, 1995) bahwa dimensi dasar kualitas hidup terkait penyakit adalah status dan fungsi fisik, status psikologis, fungsi sosial serta simptomatologi terkait penyakit dan perawatannya. Kualitas hidup dianggap sebagai pengalaman subjektif yang paling baik diukur oleh seseorang (Taylor, 1995). Menurut diabetisi dalam

penelitian ini sehat, dapat berkumpul serta melaksanakan tanggung jawab keluarga, dapat beribadah secara optimal serta terus dapat melaksanakan usaha yang menjadi penopang keluarga merupakan ukuran kualitas hidup yang tepat bagi mereka, sehingga harapan terkait kualitas hidup yang seperti inilah yang menjadi motivasi mereka dalam melaksanakan perawatan DM.

Perilaku kesehatan dapat dimotivasi oleh keinginan untuk melindungi kesehatan dengan mencegah penyakit atau gejala serta keinginan untuk meningkatkan level kesehatan seseorang dalam keadaan sakit maupun sehat (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002). Motivasi yang mendasari diabetisi melaksanakan perawatan DM terkait harapan kesehatan pada penelitian ini adalah supaya sehat, sembuh, normal, serta supaya panjang umur. Diabetisi juga merasa takut dengan komplikasi yang dapat terjadi karena DM sehingga termotivasi untuk melaksanakan perawatan agar dapat mandiri dan tidak tergantung dengan orang lain.

Kepercayaan kesehatan terkait DM, misalnya tentang keseriusan penyakit DM, kerentanannya terhadap komplikasi serta keefektivan program perawatan dapat menimbulkan kepatuhan yang lebih baik (Brownlee-Duffeck, Peterson, Simonds, Goldstein, Kilo, Hoette; 1987, dalam Delamater, 2006). Diabetisi menyatakan bahwa mereka sendirilah yang paling utama menjadi motivator dalam perawatan DM. Hal ini karena mereka merasa mereka adalah orang yang paling tahu kenapa dan untuk perawatan DM dilakukan. Ini sejalan dengan penelitian oleh Bangun (2008) yang menemukan bahwa keyakinan pasien terkait program pengobatan mempengaruhi kepatuhan pasien DM dalam melaksanakan perawatan.

Faktor pendukung dalam mempertahankan manajemen perawatan DM bersumber dari dukungan orang-orang terdekat dengan diabetisi yang memberikan berbagai jenis dukungan yang diperlukan. Orang terdekat yang menjadi pendukung meliputi keluarga inti, keluarga besar, serta teman. Sedangkan dukungan yang diberikan oleh orang terdekat meliputi

mengingatkan, memberikan nasehat, menyediakan keperluan, keuangan, tempat mencurahkan perasaan, memberikan semangat, serta menekankan prioritas pada perawatan kesehatan. Hambatan yang dirasakan diabetisi dalam melaksanakan perawatan DM adalah kemalasan.

Temuan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Ismonah (2008) yang menunjukkan bahwa faktor dukungan mempengaruhi *self care management* pasien DM. Penelitian lain menunjukkan bahwa faktor eksternal yang meliputi dukungan keluarga, sebaya, dan petugas kesehatan mempengaruhi secara positif terhadap ketaatan diabetisi dalam manajemen diri, sedangkan faktor internal yang meliputi ketakutan terkait monitoring glukosa, kegagalan dalam pengendalian diri terkait kebiasaan diit, kegagalan memori, serta kegagalan diri yang dirasakan dalam mengendalikan diabetes ditemukan menghambat perilaku manajemen diri diabetisi (Chlebowy, Hood, LaJoie, 2010).

Dukungan sosial merupakan aspek penting yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang. Fungsi kelompok dukungan social dalam peningkatan dan perlindungan kesehatan meliputi menciptakan lingkungan yang menumbuhkan promosi kesehatan yang mendukung perilaku promosi kesehatan, keyakinan diri, dan kesejahteraan tingkat tinggi; menurunkan kejadian hidup yang mengancam atau penuh tekanan yang mungkin terjadi, memberikan umpan balik atau konfirmasi bahwa tindakan-tindakan menimbulkan konsekuensi yang diantisipasi dan diharapkan secara social, menyangga atau memediasi dampak negatif kejadian yang penuh tekanan melalui pengaruh terhadap interpretasi terhadap kejadian dan respon emosi terhadapnya yang berarti menurunkan potensi kejadian hidup mengakibatkan sakit (Pender, Murdaugh, Parson; 2002). Sedangkan menurut Lepore (1998, dalam Anderson & Mc Farlane, 2004) banyak penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial ditemukan berkaitan dengan kesehatan dan umur yang panjang.

Kelompok dukungan pada diabetisi dapat bersumber dari keluarga yang merupakan kelompok pendukung utama serta organisasi komunitas (Pender, Murdaugh, Parson; 2002). Keluarga memberikan dukungan dengan berbagai fungsinya yang meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, maupun fungsi perawatan kesehatan (Friedman, Bowden, Jones; 2003).

Fungsi afektif berkaitan dengan fungsi internal keluarga yaitu perlindungan dan dukungan psikososial bagi anggota keluarga. Afeksi yang berkelanjutan menciptakan atmosfer perawatan dan kepedulian (*care*) bagi semua anggota keluarga, terutama diabetisi yang penting untuk kesehatan, pengembangan, serta kelanggengan keluarga (Allender, Rector & Warner, 2010). Pada penelitian didapatkan keluarga memberikan dukungan psikososial pada diabetisi dengan berperan sebagai tempat mencurahkan perasaan, memberikan semangat, serta menekankan prioritas pada perawatan kesehatan. Kepedulian dan dukungan keluarga yang adekuat menentukan keberhasilan diabetisi dalam beradaptasi terhadap penyakit DM dan penatalaksananya yang kompleks.

Fungsi sosialisasi mencakup penanaman konsep, sikap dan perilaku kesehatan pada anggota keluarga serta kendali internal terkait kedisiplinan (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Hal ini ditemukan pada penelitian dimana keluarga mengingatkan apabila diabetisi lupa atau ceroboh melanggar aturan diet atau lupa minum obat, menyediakan atau menyajikan porsi sesuai aturan, serta memberikan nasehat terkait penyakit dan perawatan DM. Sikap dan pola perilaku yang tepat terkait pencegahan DM sebaiknya ditanamkan oleh keluarga terhadap semua anggota keluarga sejak dini, sehingga anggota keluarga terbiasa mempunyai sikap dan berperilaku yang dapat mencegah terjadinya DM. Demikian halnya sikap dan perilaku anggota keluarga yang sudah mengalami DM, sangat dipengaruhi oleh bagaimana keluarga mendukung perilaku yang tepat terkait penatalaksanaan DM. Perilaku yang tepat kemudian akan menunjang perawatan DM yang berhasil.

Fungsi ekonomi berfokus pada pemenuhan kebutuhan sumber yang cukup terkait keuangan, tempat tinggal, serta material; dan alokasinya yang tepat dengan proses pengambilan keputusan. Fungsi ini dapat mengindikasikan kemampuan keluarga dalam memenuhi dan mengalokasikan dengan tepat kebutuhan sandang, pangan, papan serta perawatan kesehatan (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Perubahan sosial ekonomi akibat DM teridentifikasi dalam penelitian ini. Diabetisi dan keluarga harus menyisihkan anggaran yang tidak sedikit untuk biaya perawatan diabetisi anggota keluarga. Selain itu seorang diabetisi yang merupakan pencari nafkah utama mengalami komplikasi penyakit jantung sehingga tidak bisa bekerja mencari nafkah. Biaya perawatan dan dampak ekonomi yang cukup signifikan akibat DM akan mempengaruhi fungsi ekonomi keluarga. Apabila anggota keluarga yang mengalami DM adalah pencari nafkah keluarga, apalagi pencari nafkah utama maka keluarga diharuskan membuat penyesuaian dan perencanaan keuangan yang tepat agar fungsi ekonomi keluarga dapat terpenuhi secara adekuat.

Fungsi perawatan kesehatan berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik anggota keluarga yang meliputi pangan, sandang, papan, serta perawatan kesehatan (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Keluarga adalah sistem dasar dimana perilaku dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan, dan ditetapkan. Keluarga berfungsi bagi pemenuhan kebutuhan promosi dan pencegahan perawatan kesehatan, serta tempat berbagi yang utama terkait perawatan sakit bagi anggotanya (Friedman, Bowden dan Jones (2003). Keluarga mempunyai tanggung jawab utama untuk memprakarsai dan mengatur pelayanan yang diberikan oleh profesi perawatan kesehatan (Pratt, 1977, 1982 dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Pada penelitian didapatkan keluarga memberikan dukungan pada perawatan diabetisi dengan mengantar periksa ke pelayanan kesehatan, menyediakan makanan sesuai ketentuan diet DM, serta menyiapkan obat atau obat tradisional yang harus dikonsumsi oleh diabetisi.

Keberhasilan upaya kesehatan, termasuk perawatan pada diabetisi ditentukan oleh keluarga karena pengaruhnya dalam membentuk perilaku dan menciptakan lingkungan yang sehat (Pratt, 1982 dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga memperbaiki perawatan diri universal maupun perawatan diri terkait penyakit pada kelompok diabetisi (Wang & Fenske, 1996). Sebaliknya, ketidakadekuatan dukungan keluarga akan menghasilkan status kesehatan yang buruk pada diabetisi. Hasil penelitian Isworo (2008) menunjukkan bahwa diabetisi dengan dukungan keluarga yang non suportif berpeluang 19,74 kali untuk mengalami kadar gula darah yang buruk dibandingkan dengan diabetisi yang mempunyai dukungan keluarga yang suportif.

Organisasi masyarakat merupakan sumber dukungan di dalam komunitas untuk kesehatan dan kesembuhan (Pender, Murdaugh, Parson; 2002). Organisasi masyarakat baik keagamaan, seperti gereja, masjid, majlis taklim; social seperti PKK, Dawis, Karang Taruna, Karang Wredha; maupun organisasi kesehatan yang berbasis masyarakat seperti Posyandu atau Posbindu dapat memberikan fasilitas atau bantuan bagi pengembangan dan penerapan program pendukung bagi pencegahan maupun penatalaksanaan DM. Penelitian ini mengidentifikasi sumber-sumber komunitas yang bermanfaat mendukung diabetisi meliputi posyandu serta organisasi majlis taklim melalui dukungan emosional terhadap anggotanya yang mengalami DM dengan membesuk dan memberikan semangat.

Kelompok swa-bantu (*self help group/ SHG*) merupakan sumber bantuan yang penting di komunitas. SHG dianggap menguntungkan bagi anggota kelompok karena memungkinkan anggota kelompok memperluas jaringan sosial serta menerima dukungan informasi, instrumental, dan emosional dari orang lain (Pender, Murdaugh, Parson; 2002); memberdayakan individu dengan meningkatkan harapan, dukungan, serta afirmasi (Mok & Martinson, 2000; Booker, Robinson, Kay, Najera, Stewart, 1997; dalam Pender, Murdaugh, Parson; 2002), transaksi saling membantu yang merupakan mekanisme

terapeutik yang penting (Roberts, Salem, Rappaport, Toro, Luke, Seidman; dalam Pender, Murdaugh, Parson; 2002). Penelitian ini tidak mengidentifikasi adanya diabetisi yang memperoleh dukungan dari SHG. Meski demikian, diabetisi merasakan memperoleh dukungan yang penting dari teman yang sebagian juga merupakan diabetisi baik berupa dukungan emosional maupun informasional terkait DM. Hal ini menunjukkan bahwa diabetisi merasakan dukungan dari kelompok seperti SHG meskipun tidak terorganisasi dengan baik.

Pengalaman menderita DM dan diharuskan merawat penyakit mempunyai arti dan makna tersendiri bagi diabetisi. Makna spiritual dengan mengalami DM dan melakukan perawatan bagi diabetisi adalah sebagai ujian dari Tuhan, pemberian dari Tuhan, serta peringatan dari Tuhan untuk “berhenti”. Mengalami DM dan merawatnya juga bermakna pelajaran hidup untuk menempa diri dengan mengurangi kenikmatan dunia serta memberikan hikmah pelajaran tersendiri bagi diabetisi dan keluarga.

Penyakit DM yang sulit sembuh dan perawatannya yang kompleks menyebabkan diabetisi memandangnya sebagai ujian atau pemberian dari Tuhan yang harus diterima dengan ikhlas. Diabetisi juga memandangnya sebagai peringatan dari Tuhan baginya untuk “berhenti” dari aktivitas dunia yang menyibukkan, untuk lebih banyak beribadah mendekati diri pada Tuhan. Diabetisi juga menyatakan bahwa mengalami DM dan diharuskan merawat merupakan pelajaran hidup baginya untuk lebih pasrah kepada Tuhan serta hikmah pelajaran bagi dirinya dan keluarga untuk mencegahnya agar tidak terjadi anggota keluarga yang lain.

Pandangan seperti dinyatakan diabetisi dalam penelitian ini merupakan manifestasi dari pengalaman spiritual. Manusia dikatakan sehat secara spiritual apabila dapat merasakan saling keterkaitan yang selaras dengan diri, orang lain, alam semesta dan zat yang maha tinggi (Hungelmann, et.al, dalam Potter & Perry, 1997).



Teori *health as expanding consciousness* menyebutkan bahwa sehat tidak terbatas ada dan tidaknya penyakit, tetapi sehat adalah kesadaran yang meningkat. Sehat dipandang sebagai proses berkembangnya kesadaran tentang diri dan lingkungan bersama dengan suatu kemampuan untuk merasakan alternative-alternatif dan berespon dengan cara yang beragam. Sehat dipandang sebagai pola kesemestaan seseorang. Sakit merupakan salah satu manifestasi dari pola kesemestaan (Brown, dalam Tomey & Alligood, 2006).

## **5.2 Keterbatasan Penelitian**

Beberapa kondisi menjadi keterbatasan penelitian ini baik dari aspek peneliti maupun . Keterbatasan tersebut meliputi :

- 5.2.1 Kedalaman dalam wawancara maupun kejelian dalam mengobservasi data-data non verbal yang belum optimal menyebabkan data yang dihasilkan masih supervisial dan belum dapat menggali informasi terdalam dari diabetisi. Data terkait dukungan dan aspek spiritual dalam DM dan perawatannya serta praktik-praktik yang dilakukan belum tergali secara mendalam
- 5.2.2 Beberapa kondisi di lapangan yang sulit dikendalikan peneliti menyebabkan proses penggalan data kurang optimal. Kondisi tersebut diantaranya suasana yang panas dan pengap di rumah diabetisi menyebabkan peneliti maupun diabetisi kurang nyaman, adanya keluarga yang menemani diabetisi selama proses wawancara mengurangi keleluasaan diabetisi dalam mengungkapkan pengalamannya, serta faktor distraksi baik suara maupun visual yang mengganggu konsentrasi peneliti maupun diabetisi.

## **5.3 Implikasi Hasil Penelitian**

Hasil penelitian ini mempunyai implikasi untuk pelayanan keperawatan komunitas, perkembangan ilmu keperawatan, maupun pengembangan kebijakan pemerintah.

### **5.3.1 Implikasi bagi Pelayanan Keperawatan Kesehatan**

Pengalaman diabetisi melakukan perawatan di rumah ini mengidentifikasi 22 tema terkait. Tema-tema ini dapat menjadi implikasi bagi pelayanan keperawatan komunitas agar pelayanan dapat lebih baik

- 5.3.1.1 Persepsi dan kepercayaan terkait DM dan perawatannya yang kurang tepat menunjukkan masih ada kesenjangan di dalam masyarakat terkait pemahaman tentang hal ini. Perawat komunitas perlu melakukan inventarisasi pemahaman tentang DM dan perawatannya yang berkembang di masyarakat untuk dijadikan masukan dalam mengembangkan dan memformulasikan program yang tepat dalam konteks 3 level pencegahan.
- 5.3.1.2 Peran dan fungsi keluarga mengalami perubahan setelah anggota keluarganya mengalami DM. Perawat keluarga perlu melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif mencakup dengan focus baik keluarga sebagai konteks bagi diabetisi maupun keluarga sebagai system yang terpengaruh oleh adanya anggota keluarga yang sakit DM
- 5.3.1.3 Perubahan dan respon yang timbul terhadap diagnosis DM dan perawatannya membutuhkan adaptasi dari diabetisi dan keluarganya. Perawat komunitas perlu melakukan pendampingan bagi mereka agar dapat lebih cepat menyesuaikan diri dengan kondisi sakit dan mengintegrasikan program perawatan ke dalam kehidupan sehari-harinya.
- 5.3.1.4 Fenomena pemanfaatan terapi alternatif oleh semua diabetisi penelitian yang menimbulkan dampak positif maupun negatif. Sebagian besar diabetisi melakukan hal ini dengan inisiatif sendiri dan tanpa konsultasi atau pengawasan dari petugas kesehatan. Perawat komunitas perlu memperhatikan hal ini dengan melakukan pendampingan dan pengawasan terhadap pemanfaatan terapi dan dampaknya.
- 5.3.1.5 Dukungan sosial ditemukan sangat berkaitan dengan keberhasilan perawatan DM. perawat komunitas perlu menginisiasi, mendorong, memfasilitasi dan memberdayakan kelompok pendukung bagi diabetisi

5.3.1.6 Praktik spiritual dalam perawatan DM perlu didorong dan difasilitasi dengan melibatkan sumber terkait. Perawat dapat berperan sebagai koordinator dalam menggali dan mendayagunakan sumber keagamaan dan spiritual bagi kemanfaatan untuk diabetisi.

5.3.1.7 Mayoritas modalitas perawatan yang dimanfaatkan oleh diabetisi adalah terapi pengobatan. Perawat komunitas perlu mengembangkan modalitas perawatan yang dapat mempertahankan perubahan perilaku sehat serta meningkatkan *self efficacy* diabetisi yang dapat bertahan dalam jangka yang lama.

### **5.3.2 Implikasi bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian menghasilkan fenomena yang menarik untuk diteliti lebih lanjut. Fenomena tersebut meliputi praktik penggunaan terapi alternatif dalam perawatan DM, dukungan dalam perawatan DM serta aspek spiritual dalam perawatan DM. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengidentifikasi ketepatan dan kekhasiatan terapi alternatif untuk DM, dukungan social dalam perawatan DM, praktik pengalaman perawatan DM terkait kegagalan terapi dan keputusan, serta konteks dan penerapan aspek spiritual dalam perawatan DM.

### **5.3.3 Implikasi bagi Pengembangan Kebijakan Pemerintah**

Pemerintah perlu mengembangkan upaya untuk meningkatkan sumber baik pelayanan kesehatan maupun sosial yang berkualitas dan terjangkau bagi diabetisi. Sehingga diabetisi dan keluarga tidak melakukan sendiri upaya perawatan DM tanpa pengawasan petugas kesehatan yang dapat menimbulkan kerugian bagi diabetisi. Pemerintah juga diharuskan membina dan mengawasi praktik-praktik terapi alternatif DM sehingga pelayanannya dapat berkualitas dan dipertanggungjawabkan.

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

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

#### **6.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bagaimana pengalaman diabetisi dalam melakukan perawatan di rumah.

- a. Berbagai persepsi dan kepercayaan dimiliki oleh diabetisi terkait penyakit DM dan perawatannya. Persepsi tentang penyakit yang teridentifikasi meliputi karakteristik penyakit serta penyebab DM. Persepsi tentang perawatan DM yang teridentifikasi meliputi persepsi terhadap manajemen stress, terapi obat, manajemen diet, serta efektivitas manajemen perawatan DM. Kepercayaan terkait penyakit DM yang teridentifikasi meliputi kepercayaan terkait penyakit dan manajemen perawatan DM.
- b. Berbagai pengalaman dialami oleh diabetisi dalam melakukan perawatan DM di rumah. Pengalaman yang teridentifikasi meliputi perubahan yang terjadi akibat penyakit DM dan atau komplikasi, respon terhadap diagnosis, respon terhadap manajemen perawatan DM, perasaan subyektif yang timbul saat gula darah tinggi, modifikasi diet yang (pernah) dilakukan, aturan diet DM, pelaksanaan olah raga, pelaksanaan terapi obat, pelaksanaan periksa ke pelayanan kesehatan, pemanfaatan pengobatan atau terapi alternatif untuk DM, serta upaya lain yang dilakukan dalam perawatan DM.
- c. Berbagai fenomena tentang motivasi diabetisi dalam melakukan perawatan DM teridentifikasi dalam penelitian. Fenomena tersebut meliputi motivasi untuk mempertahankan kualitas hidup serta diabetisi sebagai motivator utama dalam melakukan perawatan DM.

- d. Berbagai fenomena tentang faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan perawatan DM teridentifikasi dalam penelitian. Fenomena tersebut meliputi sumber dukungan, jenis dukungan, serta jenis hambatan.
- e. Fenomena tentang makna dan arti melakukan perawatan DM yang teridentifikasi meliputi sebagai pengalaman spiritual serta sebagai pelajaran hidup.

## 6.2 Saran

Berdasarkan penelitian dapat dirumuskan beberapa saran untuk pihak terkait

### 1. Institusi pelayanan kesehatan

Perawatan DM di rumah melibatkan berbagai aspek yang kompleks, perlu diinisiasi untuk mensinergikan semua sumber yang dapat membantu diabetisi melaksanakan perawatan secara komprehensif dan holistik. Puskesmas dengan program perkesmas dapat melaksanakan program yang komprehensif dan melibatkan semua pihak secara lintas sektor dan lintas program dengan puskesmas sebagai pusat dari semua kegiatan baik perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, serta evaluasi program pelayanan pada diabetisi. Selain itu dapat diberdayakan berbagai kelompok dukungan social bagi diabetisi agar meningkatkan praktik perawatan pada diabetisi.

### 2. Perkembangan ilmu Keperawatan

Pengembangan program yang komprehensif perlu dirancang untuk membantu diabetisi melakukan perawatan dengan tepat dengan tujuan dan target perawatan yang realistis dan sesuai dengan kehendak serta keinginan diabetisi. Untuk itu perlu system rujukan yang efektif dengan perawat medical bedah di RS dengan perawat komunitas.

### 3. Penelitian selanjutnya

Penelitian lebih lanjut tentang fenomena perawatan DM di rumah perlu dilakukan terutama terkait dengan fenomena pemanfaatan terapi alternatif yang efektif untuk perawatan DM, dukungan dalam perawatan serta konteks dan aspek spiritual pada penyakit DM dan perawatannya.

## DAFTAR PUSTAKA

Allender, J.A, Spradley, B.W (2005) *Community Health Nursing. Promoting and Protecting the Public's Health* 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Allender, JA; Rector, Cherie; Warner, KD (2010) *Community Health Nursing, Promoting and Protecting The Public's Health*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins

Anonim Kandungan Berbahaya Dalam Nasi Putih. 2 Agustus 2010.  
<http://www.suaramedia.com>. diakses tanggal 6 Juli 2011

Anderson, E.T, Mc Farlane, J (2004) *Community as Partner, Theory and Practice in Nursing* 4th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins

Andayani, Tri Murti (2006) Analisis Biaya Terapi Diabetes Melitus di Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta. *Majalah farmasi Indonesia*, 17(3), 130-135, 2006

Anerusi, Sri (1993) Kaitan antara Pengetahuan, sikap, Pengalaman dan Penilaian Hubungan Dokter-Pasien dengan perilaku Patuh Penderita Diabetes Melitus Pasien Rawat Jalan Klinik Diabetes Rumah Sakit St Elizabeth Semarang  
<http://eprints.undip.ac.id/4300/> 26 januari 2011

Anonim. *The Economic Impacts of Diabetes*.  
<http://www.diabetesatlas.org/content/economic-impacts-diabetes>. 23 Maret 2011

Anonim. update terakhir 05 September 2005. Jumlah Penderita Diabetes Indonesia Ranking ke-4 Di Dunia. <http://www.depkes.go.id>. diakses tanggal 11 Mei 2010

Ardiani, ND (2009) Hubungan antara Tingkat Depresi dengan Kemandirian dalam *Acitivity Daily Living* (ADL) pada Pasien Diabetes Melitus di RSUD Pandan Arang Boyolali. <http://etd.eprints.ums.ac.id/4491/>. 26 Januari 2011

Bangun, A.V (2009) Faktor-faktor yang Berkontribusi Terhadap Kepatuhan Pasien DM Tipe 2 Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di Poliklinik Endokrin RSHS Bandung

Cayea, D and Durso, S.C (2008) *Management of Diabetes Melitus in the nursing home*. <http://www.annalsoflongtermcare.com/content/management-diabetes-mellitus-nursing-home>. diakses 17 Mei 2010

Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five tradition*. United States of America (USA): Sage Publication Inc.

Chlebowy, D.O., Hood, Sula., La Joie, A. Scott., (2010) *Facilitators and Barriers to Self Management of Type 2 Diabetes Among Urban African American Adults. Focus Group Findings*. <http://tde.sagepub.com>. Diperoleh tanggal 8 Februari 2011

Delamater, A.M (2006) *Improving Patient Adherence*. Diakses tanggal 30 Maret 2011 dari <http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.full>

Escott-Stump, S. (2008) *Nutrition and Diagnosis-Related Care*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins

Family Health International. Module1 : *Qualitative Methode Research Overview*. <http://www.fhi.org>. diakses pada 25 Oktober 2010

Friedman, M.M, Bowden, V.R, Jones, E.G (2003) *Family nursing: research, theory, and practice 5<sup>th</sup> ed*. Upper saddle River, New Jersey: Prentice Hall

Grey, M; Boland EA; Davidson, M; Li, Ju; Tamborlane, WV (1999) Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life

Handley, J; Pullon, S; Gifford, H (2010) *Living with Type 2 Diabetes: 'Putting The Person in The Pilots' seat'*. *Australian Journal of Advanced Nursing* Volume 27 Number 3

Hitchcock, J.E, Schubert, P.E, Thomas, S.A (1999) *Community Health Nursing, Caring in Action*. Albany: Delmar Publisher.

Hymovich, D.P & Hagopian, G.A (1992) *Chronic Illness in Children and Adults; A Psychosocial Approach*. Philadelphia: W.B Saunders Co.

Isworo, A (2008) Hubungan Depresi dan Dukungan Keluarga Terhadap Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Sragen. Tesis: FIK UI: Tidak dipublikasikan

Lavery, L.A et al (2007). *Preventing Diabetic Foot Ulcer Recurrence in High Risk Patients, Use of Temperature Monitoring as A Self Assesment*. Diabetes Care, Volume 30, Number , January 2007

Litbangkes Depkes (2008) Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007. Depkes RI: Jakarta

Lager, JM (2006) *Relationship Among Religious Coping, Psychosocial Factors, and Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes* :Disertasi: tidak dipublikasikan

Ningsih, Endang Sri P (2008) Pengalaman Psikososial Pasien dengan Ulkus Diabetes Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus di RSUPN Cipto Mangunkusumo. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan

Pender, N.J, Murdaugh, C.L, dan Parsons, M.A (2002) *Health promotion in nursing practice* 4<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall

Polit, D.F; Beck, C.T; Hungler, B.P (2001) *Essentials of Nursing Research : Methods, Appraisals, and Utilization* 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott

Purba, Chandra Isabella H (2008) Pengalaman Ketidapatuhan Pasien terhadap Penatalaksanaan Diabetes Melitus: Studi Fenomenologi Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta. Tesis. FIK UI. Tidak Dipublikasikan.

Rice, Robyn (1996) *Home Health Nursing Practice: Concepts and Application*. 2<sup>nd</sup> ed. St Louis: Mosby

Richardson, A; Adner, N; Nordstrom, G (2001). *Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability*. Diperoleh dari care.diabetesjournals.org. diakses pada 11 April 2011

Ramsey, S.D. (1999) *Incidence, Outcomes, and Cost of Foot Ulcers in Patients with Diabetes*. <http://care.diabetesjournals.org>. diperoleh tanggal 8 Februari 2011



Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing The Humanistic Imperative*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Simanjuntak, Nia MY (2010) Studi Fenomenologis Pengalaman Penderita Diabetes Melitus dalam menjalani Diet (Pengaturan Pola Makan) <http://eprints.undip.ac.id/14096/> 26 januari 2011

Stanhope, M, Lancaster, J (2004) *Community & Public Health Nursing* 6<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby

Schoenberg, NE; Stoller, EP; Kart, CS; Perzynski, A, Chapleski, EE..(2004) *Complementary and Alternatif Medicine Use Among a Multiethnic Sample of Older Adults with Diabetes. The Journal of Alternatif and Complementary Medicine*. December 2004. <http://www.liebertonline.com> diakses 8 Juli 2011

Sotaniemi, EA; Haapakoski; E; Rautio, A. (1995) *Ginseng therapy in non-insulin-dependent diabetic patients*. Diperoleh dari [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov). diakses pada 11 April 2011

Sudoyo et al (2006) Buku ajar ilmu penyakit dalam, jilid III edisi IV. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakitd Dalam FK UI

Taylor, MR (2009) *Yoga and Diabetes Self-Management : The Mind-Body Connection*: Disertasi: Tidak dipublikasikan

Tyas, MDC. (2008) Hubungan Perawatan Diri dan Persepsi Sakit Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di Kota Blitar. Tesis. FIKUI. Tidak dipublikasikan

Waluya, N.A (2008) Hubungan Kepatuhan Pasien dengan kejadian Ulkus Diabetik Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus di RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung:Tesis FIK UI Tidak dipublikasikan

Wang, C.Y. & Fenske, M.M. (1996) *Self Care of Adults with Non-Insulin-Dependent Diabetes Melitus: Influence of Family and Friends*. <http://tde.sagepub.com>. Diperoleh tanggal 8 Februari 2011

Yanti, S (2009) Analisis Hubungan Kesadaran Diri Pasien dengan Kejadian Komplikasi Diabetes Melitus Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUD Dr AdnanW.D. Payakumbuh. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan.

**KISI-KISI TEMA**  
**STUDI FENOMENOLOGI :**  
**PENGALAMAN DIABETISI MELAKUKAN PERAWATAN DM DI RUMAH**

No	Tujuan Khusus	Tema	Sub tema	Sub sub tema	Kategori	Kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
1.	Persepsi terhadap DM dan perawatannya	Kriteria penyakit DM			<b>sulit sembuh</b>	susah untuk turun susah sembuh			√					
					<b>kambuhan</b>	stabil ... susah enak ... trus rasanya kumat lagi			√	√		√	√	
						naik turun biar baik <i>ntar</i> kambuh lagi						√	√	
					<b>menetap</b>	<i>netap</i> , ...						√		
					<b>memburuk</b>	bukan semakin membaik tapi semakin memburuk			√					
					<b>mematikan</b>	<i>nggak sampe</i> ... jangka panjang ... jarang sampai umur 60-70 kebanyakan 50 kebawah aja ud pada ini kalau punya gula			√					



























		pelanggaran diit	alasan melanggar aturan diit	kebosanan	makan ngsak enak bosan								
				lupa	makan enak bosan	√							
				lupa	makan enak bosan					√			
				kecerobohan	makan enak bosan							√	
				keinginan	makan enak bosan					√			
			situasi saat melanggar aturan diit	merasa sehat	makan enak bosan	√							
				tidak ada yang mengawasi/mengingat an	makan enak bosan	√							
				sibuk	makan enak bosan					√			
				tersedia banyak makanan	makan enak bosan					√			
				tersedia makanan kesukaan	makan enak bosan							√	
				minimal empat kali seminggu setiap hari	makan enak bosan					√			
		pelaksanaan olah raga	jadual olah raga	minimal empat kali seminggu setiap hari	makan enak bosan							√	
					makan enak bosan								√













									✓												
3	Motivasi melakukan perawatan DM di rumah	Mempertahankan kualitas hidup		harapan kesehatan			supaya sembuh				✓										
							supaya normal				✓										
							supaya sehat				✓										
							takut				✓										
							umur panjang														
							masih muda				✓										
							bisa mandiri, tidak membebani orang lain														
							berkumpul dengan keluarga														
							harapan kebutuhan keluarga														
							melihat anak cucu sampai besar ... anak cucu														
							...														



4	faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan perawatan DM	sumber dukungan		keluarga inti	istri	v							
					keluarga	v							
					anak				v			v	
					suami				v			v	
					menantu								v
				keluarga besar	saudara				v				
				teman	temen-temen ngaji, RT, PKK				v				
					... temen belakang rumah				v				
					temen ngaji								v
		jenis dukungan yang diberikan		mengingat	saya pengen gula dia nggak mau, ... nggak boleh	v							
					umpunya jam segini belum makan, diingatkan								
					ngingetin ...							v	
					ngomelin ...								v
				memberikan nasihat	konsultasi hal yang perlu				v				
					mak tiduran aja, jangan kemana-mana, "hati-hati" ..,							v	
					jangan banyak mikir ...								v
				menyediakan keperluan	menyediakan								
					ngrebusin, nyendokin ... keperluan ibu disiapin								v









# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik.ui.edu](mailto:humasfik.ui.edu) Web Site : [www.fikui.ac.id](http://www.fikui.ac.id)

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

### **Pengalaman Diabetisi Dalam Melaksanakan Perawatan Di Rumah Di Kota Depok**

Nama peneliti utama : **Muhammad Mu'in**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**


Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Dekan,  
  
Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP. 19520601 197411 2 001



**PEMERINTAH KOTA DEPOK**  
**KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS KOTA DEPOK**

Jln. Pemuda No. 70 B Pancoran Mas - Depok 16431

Telp./Fax. (021) 77204704

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor: 70 / 457 -Kesbang Pol & Linmas

- Membaca : Surat dari: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, tanggal 20 April 2011, no:1347/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, tentang Permohonan Ijin Penelitian.
- Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2008, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)  
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 tahun 2008, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesbang Pol & Linmas (Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat)

Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;  
Dengan ini kami tidak keberatan **dilakukannya Permohonan Ijin Penelitian** oleh :

Nama (NPM) : Muhammad Mu'in (0906505142)  
Jurusan : Keperawatan Komunitas  
Judul : " Pengalaman Diabetisi Dalam Melakukan Perawatan di Rumah."  
Lama : 18 Mei s.d 18 Agustus 2011  
Tempat : • Kelurahan Tugu Kec.Cimanggis

**Dengan ketentuan sebagai berikut :**

1. melakukan kegiatan PKL/ magang/ , riset/pengumpulan data/ observasi/ serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/ Kantor/ Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan , yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 18 Mei 2011

A.n KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS  
KOTA DEPOK  
Kasubag Tata Usaha

**DEDI KUSMANA, S.IP**  
NIP: 1957 0816198402 1002

**Tembusan** : Disampaikan kepada Yth,

1. Walikota Depok (sebagai laporan)
2. Camat Cimanggis ,
3. Lurah Tugu,
4. Dekan FIK-UI
5. Ybs