

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada lima partisipan melalui proses analisis data dari hasil wawancara mendalam (*in depth interview*) yang telah dilakukan dan ditemukan tema-tema yang selanjutnya dideskripsikan oleh peneliti pada hasil penelitian ini. Penyajian hasil penelitian ini meliputi pemaparan gambaran umum wilayah penelitian yakni wilayah kabupaten Bantul DIY dengan gambaran karakteristik partisipan utama meliputi inisial, jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan status pernikahan. Gambaran karakteristik partisipan pendukung meliputi inisial, jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, hubungan dengan orang tua, dan keterangan pendukung. Pemaparan hasil penelitian berupa deskripsi gambaran persepsi dan pengalaman *self-management* di rumah pada anak dengan DM tipe I di wilayah kabupaten Bantul DIY. Penyajian hasil penelitian akan diuraikan dalam bentuk naratif sebagai berikut:

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Wilayah Kabupaten Bantul merupakan salah satu wilayah paling selatan di Daerah Istimewa Yogyakarta, dengan batas-batas wilayah sebelah utara : Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman, sebelah selatan : Samudera Indonesia, sebelah barat : Kabupaten Kulonprogo dan

Kabupaten Sleman, dan sebelah Timur : Kabupaten Gunungkidul (Bappeda Kabupaten Bantul , 2013).

Berdasarkan Sensus Penduduk (SP) Tahun 2010 jumlah penduduk Kabupaten Bantul tercatat sejumlah 911.503 jiwa. Berdasarkan estimasi, jumlah penduduk Kabupaten Bantul pada Tahun 2012 mencapai 930.276 jiwa. Adapun jumlah penduduk laki-laki dan perempuan Kabupaten Bantul Tahun 2012 hampir sama.

Tahun 2012 usia harapan hidup (UHH) Kabupaten Bantul mencapai 71,34 tahun. Angka tersebut lebih tinggi dari tahun 2011 yaitu sebesar 71,33 tahun dan melebihi target RKPD tahun 2012 sebesar 71,30 tahun. Angka UHH tahun 2012 dihitung akhir tahun 2013. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas kesehatan penduduk Kabupaten Bantul sudah meningkat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.

Dari sisi Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI), yaitu suatu ukuran untuk menilai keberhasilan pembangunan dari segi pendidikan, kesehatan, dan ekonomi, kondisi di Kabupaten Bantul dari tahun 2010 – 2011 cenderung mengalami peningkatan, dimana pada tahun 2010 sebesar 74,53 menjadi 75,51 pada tahun 2012 (BPS Kabupaten Bantul).

Sarana kesehatan milik Pemerintah di Kabupaten Bantul Tahun 2012 meliputi Puskesmas sebanyak 27 unit, Puskesmas Pembantu

sebanyak 67 unit, 70 unit poliklinik dan 1 Rumah Sakit Umum Daerah, yaitu Rumah Sakit Umum Panembahan Senopati Bantul.

Data rawat jalan di Puskesmas kabupaten bantul menunjukkan bahwa pola penyakit pada semua golongan umur masih di dominasi oleh penyakit – penyakit infeksi. Pola penyakit di Puskesmas, juga menunjukkan adanya peningkatan yang cukup bermakna pada penyakit tidak menular terutama penyakit degeneratif, oleh karena adanya transisi demografi penduduk usia tua yang makin meningkat. Hal ini menyebabkan beban ganda Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Bantul, yaitu selain penanganan terhadap penyakit infeksi harus terus diintensifkan, tindakan pencegahan terhadap meningkatnya penyakit tidak menular juga harus dilaksanakan. Berdasarkan data, bahwa penyakit diabetes mellitus di kabupaten Bantul menempati urutan ke 6 dari 10 besar penyakit rawat jalan di puskesmas pada semua golongan umur (Sumber data: SP2TP Kab. Bantul).

Pola penyakit yang ada di Rumah Sakit Umum Panembahan Senopati Kabupaten Bantul juga memperlihatkan bahwa kejadian penyakit tidak menular mulai mendominasi pasien rawat jalan di RS dan Diabetes Mellitus menempati urutan ke 2 dari sepuluh besar kunjungan rawat jalan di RSUD Panembahan Senopati pada semua umur yaitu 10,32% dan diabetes merupakan salah satu penyebab kematian pada pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Bantul yaitu sebesar 4,2% (Sumber data: SP2RS Kab. Bantul).

Program dinas kesehatan kabupaten Bantul terkait pasien dengan diabetes mellitus terlihat dengan dibentuknya Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS). Prolanis merupakan sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dibentuk dan dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Program ini spesifik ditujukan pada penyakit DM tipe 2 dan hipertensi. Aktivitas prolanis itu sendiri meliputi konsultasi medis, edukasi kelompok peserta Prolanis, Reminder melalui SMS Gateway, dan *Home Visit* (Dinkes kab. Bantul).

2. Karakteristik Partisipan

Penelitian ini menggunakan orang tua baik ayah maupun ibu atau keduanya yang mempunyai anak dengan DM tipe I sebagai partisipan, namun tidak menutup kemungkinan bahwa anggota keluarga dan anak juga kemungkinan terlibat dalam perawatan DM tipe I itu sendiri namun hal itu hanya sebatas penguat data dari orang tua saja dan bukan data utama yang dicantumkan dalam hasil penelitian ini.

Peneliti melakukan wawancara mendalam kepada lima partisipan utama yaitu orang tua baik ayah ataupun ibu yang mempunyai anak dengan DM tipe I dengan rata-rata lama anak telah menderita DM sejak 3 – 8 tahun yang lalu. Lima partisipan dalam penelitian ini adalah 2 ayah dan 3 ibu yang mempunyai rentang usia 29 – 47 tahun serta masing-

masing mewakili orang tua dengan anak yang menderita DM tipe I. Lima partisipan ini berdomisili di beberapa wilayah di kabupaten Bantul yaitu di wilayah Piyungan, Banguntapan, Sewon, Kasihan, dan Pundong.

Karakteristik dari masing-masing partisipan utama dalam penelitian ini akan diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.1
Karakteristik Partisipan

Inisial	Usia (Th)	Hubungan dengan Anak	Pekerjaan	Pendidikan Terakhir	Lamanya Anak Menderita DM
P1	38 th	Ibu kandung	Penjahit	SD	8 th
P2	44 th	Ibu Kandung	Guru Honorar	SPG	6 th
P3	29 th	Ayah kandung	POLRI	SMA	5 th
P4	40 th	Ayah kandung	Wiraswasta	Sarjana	7 th
P5	47 th	Ibu kandung	Buruh	SMP	3 th

Pemilihan partisipan pada penelitian ini dibantu oleh tenaga kesehatan di puskesmas dan diantar oleh perwakilan puskesmas untuk lebih meyakinkan partisipan dan mempermudah peneliti dalam menjalin hubungan kedekatan dengan para partisipan saat melakukan wawancara.

Sebelum dimulai proses wawancara Peneliti menerangkan secara terperinci tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan dan meminta persetujuan mereka untuk ikut dalam studi ini termasuk izin merekam seluruh pernyataan dengan mendapatkan tanda tangan mereka pada lembar persetujuan mengikuti penelitian. Peneliti juga menjawab jika ada hal-hal yang kurang jelas mengenai sistematika jalannya wawancara pada penelitian yang akan dilakukan. Selanjutnya para partisipan diminta oleh peneliti untuk menentukan waktu dan tempat saat melakukan wawancara sesuai dengan keinginan mereka, dengan tujuan membuat mereka merasa nyaman ketika menceritakan persepsi dan pengalaman-pengalaman mereka.

Kegiatan wawancara pada penelitian ini dilakukan di wilayah Banguntapan, Piyungan, Sewon, Kasihan, dan Bantul. Pelaksanaan wawancara dilakukan dengan *natural setting* di rumah partisipan, sesuai dengan keinginan partisipan pada saat kontrak sebelumnya. Suasana tempat saat wawancara dilakukan secara umum cukup kondusif. Wawancara dilakukan di ruang tamu dan ada juga yang dilakukan di teras rumah dengan posisi berhadapan maupun saling berdampingan. Pada saat wawancara peneliti hanya melakukan observasi disekitar lokasi

wawancara saja sehingga tidak sampai masuk ke sudut-sudut rumah. Berdasarkan hasil observasi secara umum lokasi rumah dan tempat tinggal partisipan cukup bersih dan rapi. Namun ada satu rumah dari partisipan yang terlihat kurang bersih karena pada saat pelaksanaan wawancara rumah terlihat agak kotor dan terdapat beberapa kandang ayam yang berada di depan teras, sehingga sempat terlihat beberapa kotoran ayam yang banyak terdapat di teras dan sekitar rumah yang membuat rumah terkesan kotor.

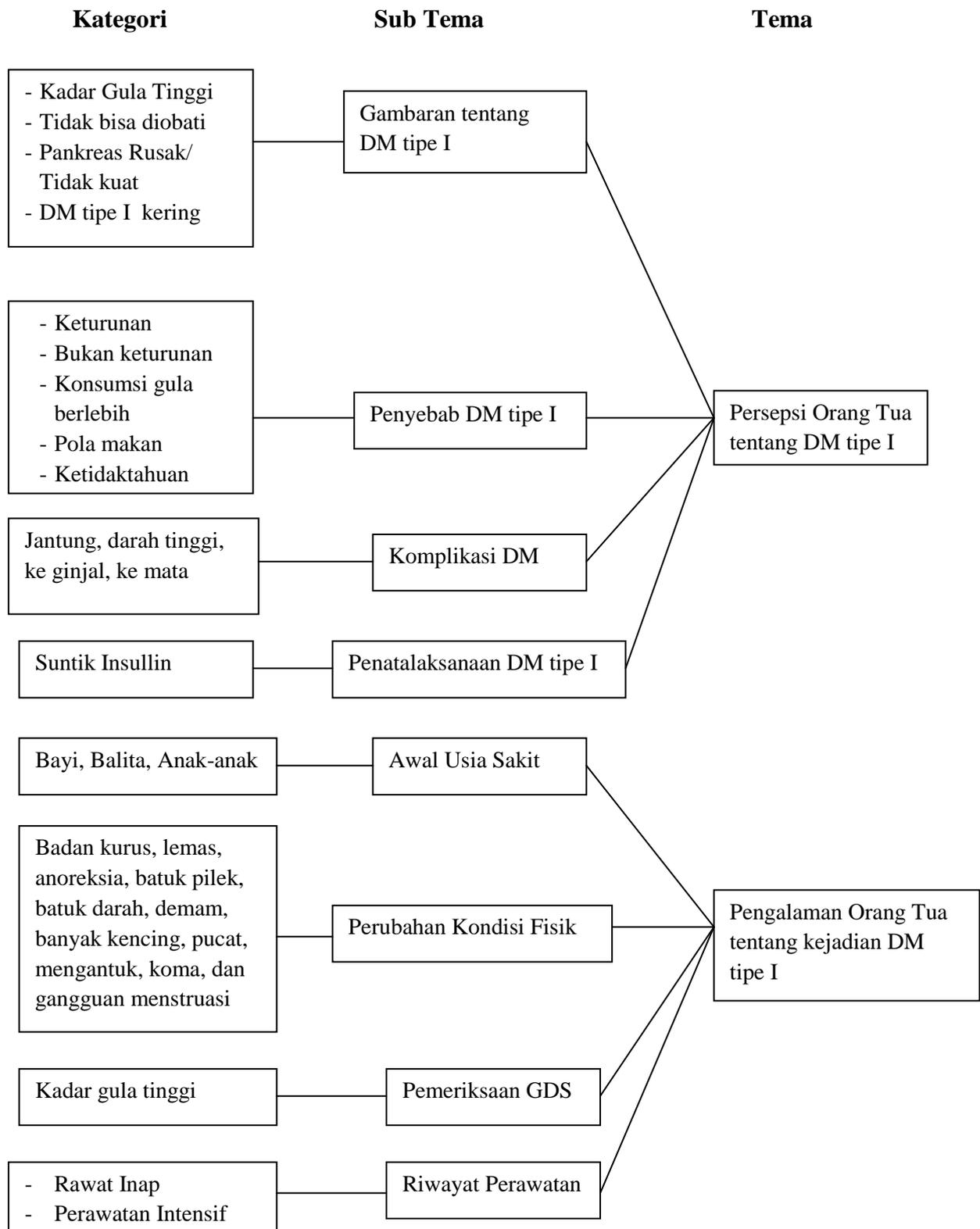
3. Hasil Analisa Data

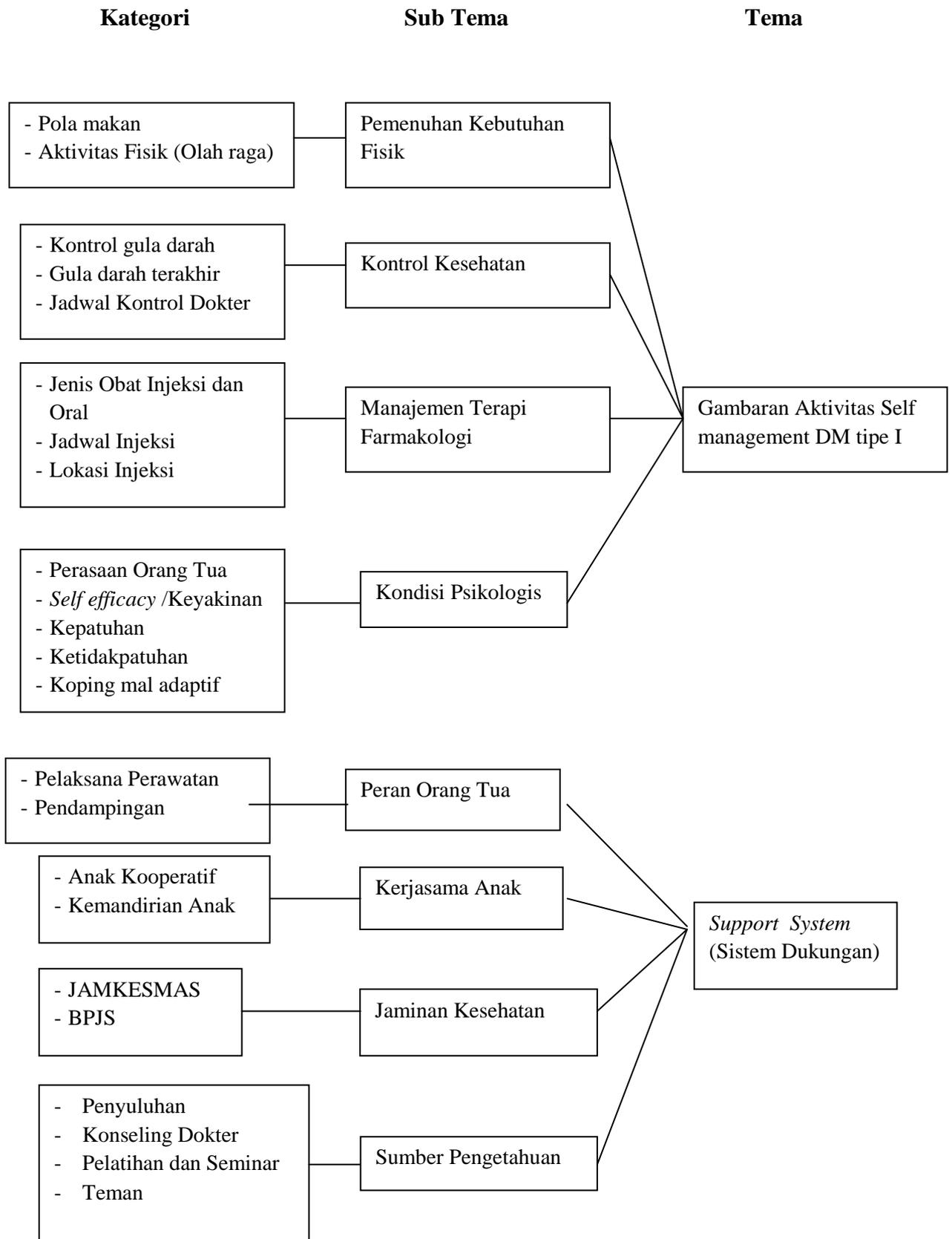
Penelitian ini dilakukan selama 1 bulan terhadap 5 partisipan yaitu orang tua baik ayah ataupun ibu melalui kunjungan rumah. Selama penelitian berlangsung para partisipan telah menceritakan dan mengekspresikan persepsi dan pengalaman mereka selama melaksanakan perawatan diri (*self-management*) di rumah pada anak mereka yang telah menderita DM tipe I. Analisa data yang digunakan adalah *qualitatif content analysis* (analisis isi) dan diolah menggunakan *manual analysis* yang dimulai dari persiapan data hasil wawancara dengan membuat transkrip hasil wawancara, mengorganisasi data, mereduksi data ke dalam bentuk tema dalam hal ini peneliti menggunakan teknik *line coding* untuk menentukan tema, membuat ringkasan/kondensasi kode-kode (*memoing*), selanjutnya mempresentasikan data dalam bentuk gambar, tabel, skema, atau materi diskusi

Hasil dari analisa data transkrip wawancara mendalam yang telah dilakukan terdapat beberapa tema berdasarkan tujuan penelitian. Tema-tema yang dihasilkan terkait persepsi dan pengalaman orang tua dalam aktivitas *self-management* di rumah pada anak dengan DM tipe I adalah: 1) Persepsi orang tua tentang penyakit DM tipe I , 2) Pengalaman kejadian DM tipe I pada anak, 3) Gambaran aktivitas *self-management* DM tipe I, dan 4) Support system dalam aktivitas self-management DM tipe I. Tema-tema analisa hasil wawancara tersebut disajikan secara garis besar dalam bentuk skema.

Adapun skema terkait tema-tema yang dihasilkan dari penelitian ini adalah sbegai berikut:

Skema 4.1
Gambaran Seluruh Tema Penelitian

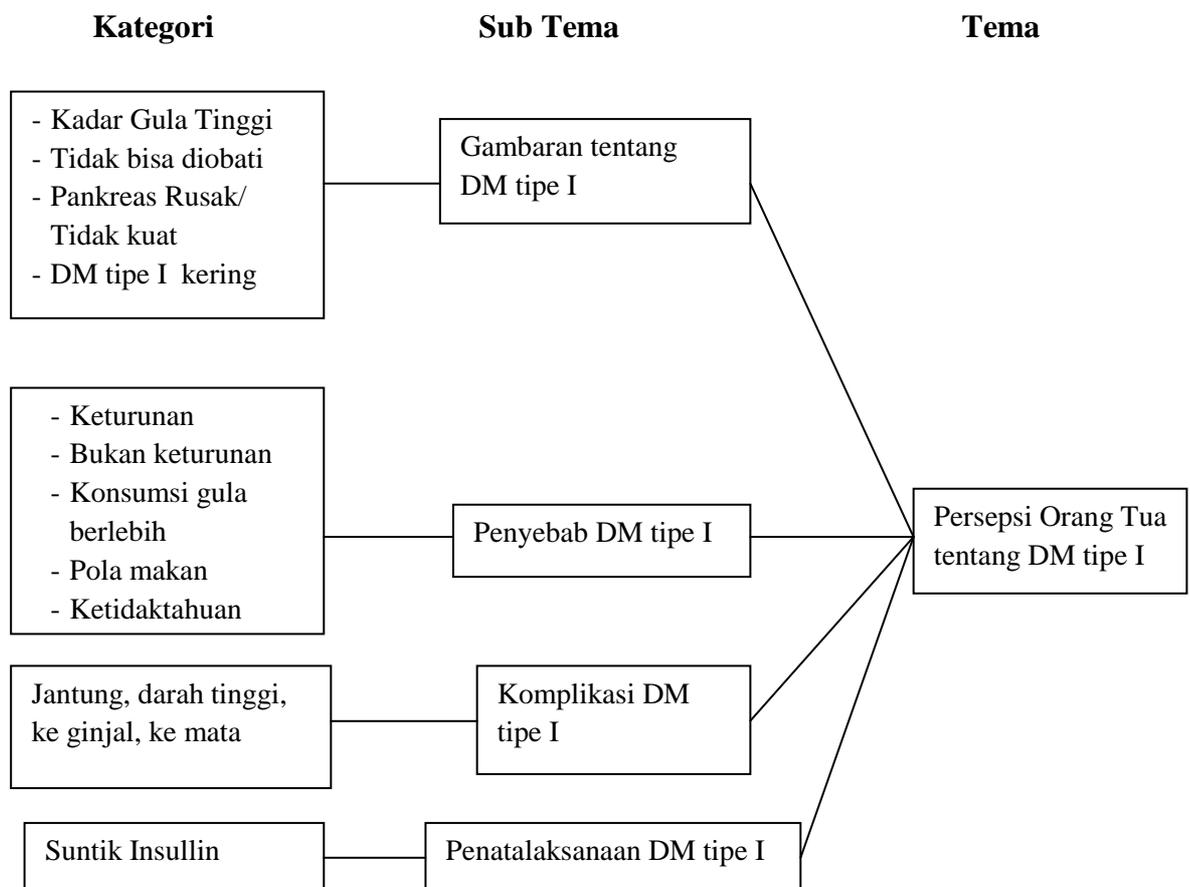




a. Persepsi orang tua terkait DM tipe I

Persepsi orang tua terkait DM tipe I merupakan pendapat yang diungkapkan oleh orang tua sesuai dengan pemahaman dan pengetahuan mereka tentang DM tipe I yang diderita oleh anak. Data yang diperoleh bahwa persepsi orang tua tentang DM tipe I ini menyangkut 4 hal yaitu mengenai gambaran tentang DM tipe I, penyebab DM tipe I, komplikasi DM tipe I, dan penatalaksanaan DM tipe I. Adapun gambaran alur tema tentang persepsi orang tua terkait DM tipe I adalah sebagai berikut:

Skema 4.2
Persepsi Orang Tua



1) Gambaran DM tipe I

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan kepada 5 partisipan diperoleh data bahwa 2 partisipan mengatakan bahwa DM adalah penyakit yang tidak bisa sembuh atau tidak bisa diobati:

“Katanya DM itu tidak bisa sembuh” (P1, 38 th, SD)

“Yo nek gula ki nek sakit ki tidak bisa diobati...”(ya kalau gula itu kalau sakit tidak bisa diobati) (P2,44 th, SPG)

Terdapat 2 partisipan lainnya yang mengatakan bahwa DM adalah penyakit karena rusaknya pankreas:

“.....ya penyakit karena pankreasnya rusak mbak, kan itu yang menghasilkan insulin mbak”. (P3, 29 th, SMA) (P4,40 th, sarjana)

Ada 2 partisipan mengatakan bahwa DM tipe I adalah gula kering dan 1 partisipan memiliki keyakinan bahwa DM tipe I itu bukan penyakit keturunan

“ DM tipe I niku gula kering ngoten lha kurus”(DM tipe I itu gula kering begitu lha kurus)(P5,47 th, SMP)(P4,40 th, sarjana)

“dan ternyata setelah saya ikut seminr-seminar itu kok saya kira DM tipe I itu lebihnya ke pola makan bukan keturunan” (P4, 40 th, Sarjana)

2) Penyebab DM tipe I

Persepsi partisipan tentang gambaran DM tipe I terkait penyebab DM tipe I adalah menyangkut faktor keturunan dan bukan keturunan, konsumsi gula berlebih dan karena pola makan, serta ada 2 partisipan yang mengungkapkan ketidaktahuan tentang penyebab DM.

“.....sama katanya itu penyakit keturunan ya mbak? ...Penyebabnya nggak tau e... karena bener-bener nggak tau” (P1, 38 th, SD)

“ Menurut saya ya bukan karena gen...(P4, 40 th, Sarjana)

“.....kalau menurut saya itu ya karena konsumsi gula terus...(P4, 40 th, Sarjana)

“.....dan ternyata setelah saya ikut seminar itu kok DM tipe I itu saya kira lebih karena pola makan bukan keturunan” (P4, 40 th, Sarjana)

3) Komplikasi DM tipe I

Pada saat wawancara terdapat 1 orang partisipan yang berpendapat terkait komplikasi yang mungkin muncul pada pasien DM yaitu komplikasi fisik menyangkut kelainan yang mungkin terjadi pada organ-organ fisik yang lain seperti jantung, peningkatan tekanan darah, ginjal, dan mata.

“Komplikasi dari DM kan bisa ke jantung sama darah tinggi sama ginjal dan ke mata juga mbak”(P1, 38 th, SD)

4) Penatalaksanaan DM tipe I

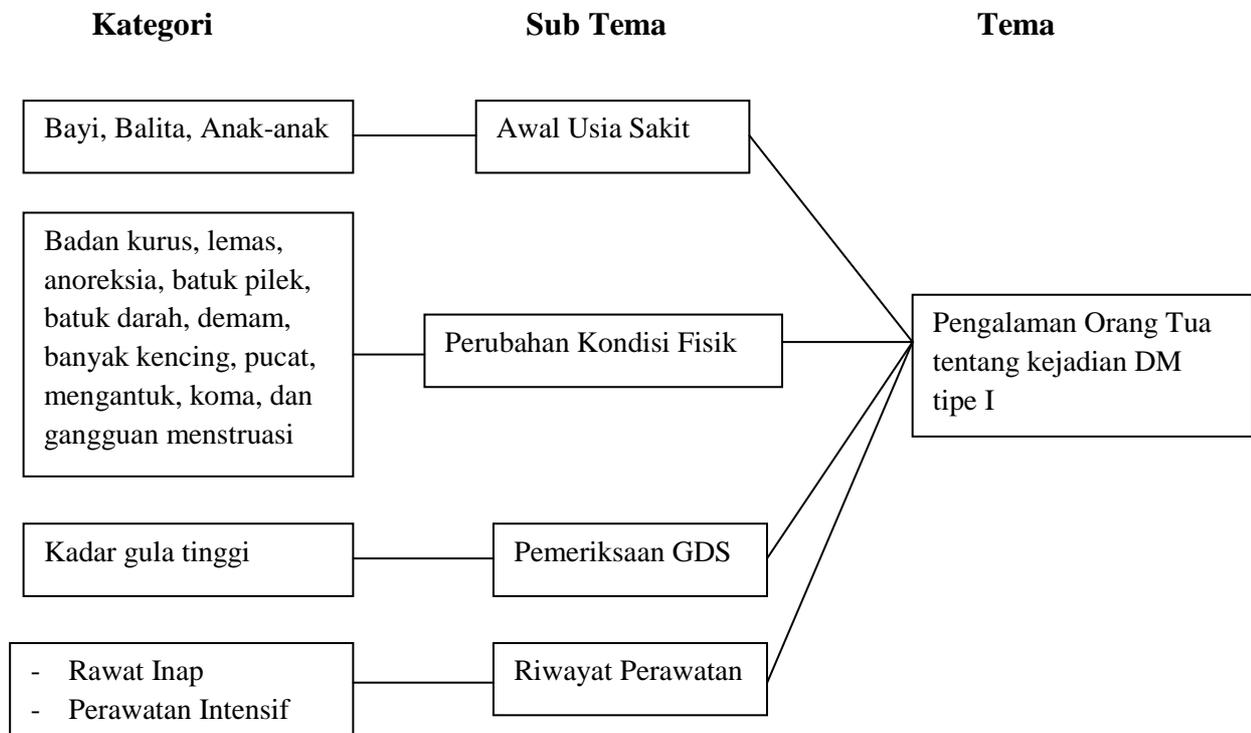
Persepsi partisipan terkait penatalaksanaan DM tipe I mayoritas partisipan mengungkapkan bahwa terapi yang rutin dilakukan untuk pasien DM tipe I adalah injeksi insulin rutin setiap hari.

*“.....Jadi disitu harus disuntik terus biar ada insullinnya”
(P2, 44 th, SPG) (P3, 29 th, SMA)*

b. Pengalaman orang tua tentang kejadian DM tipe I pada anak

Pengalaman orang tua tentang kejadian DM tipe I pada anak di sini menggambarkan bagaimana kronologi dan kejadian yang telah dialami oleh orang tua pada saat anak terdiagnosa DM tipe I. Dari hasil wawancara berdasarkan pengalaman orang tua tersebut maka tergambar 4 aspek utama yaitu awal usia sakit pada anak, perubahan kondisi fisik pada anak, hasil pemeriksaan gula darah yang telah dilakukan sehingga anak sampai terdiagnosa DM tipe I, dan riwayat perawatan yang sudah dilakukan.

Skema 4.3
pengalaman Orang Tua



1) Awal usia sakit

Berdasarkan dari pernyataan yang telah diungkapkan oleh kelima partisipan diperoleh data tentang awal usia sakit pada anak yang bervariasi yaitu dari ke lima partisipan tersebut tentang pengalaman kejadian DM tipe I ternyata ada 3 orang anak dari partisipan yang terdiagnosa DM diusia anak –anak yaitu berkisar 8 – 12 tahun, 1 orang anak partisipan yang terdiagnosa DM tipe I di usia balita, dan 1 orang anak partisipan terdiagnosa DM tipe I diusia bayi yaitu 9 bulan .

“ Awalnya dulu usia 12 tahun” (P1, 38 th, SD)

“ Kalau awalnya balita itu kan.....” (P2, 44 th, SPG)

“ Saat usia anak saya 9 bulan.....” (P3, 29 th, SMA)

2) Perubahan kondisi fisik

Selanjutnya menurut partisipan sebelum terdiagnosa DM tipe I terdapat perubahan kondisi fisik pada anak yang tidak biasa dan mayoritas partisipan mengungkapkan bahwa perubahan kondisi fisik pada anak tersebut meliputi badan yang kurus, lemas, anoreksia, batuk pilek, batuk darah, demam, banyak kencing, pucat, mengantuk, koma, bahkan ada 2 partisipan yang mengungkapkan adanya gangguan menstruasi pada anak sejak terdiagnosa DM tipe I.

“ badannya itu kurus, terus lemes gitu lho.....dan ndak mau makan.....batuk-batuk terus keluar darah e..... lalu oper Sardjito karena nggak sadar.....” (P1, 38 th, SD) (P2, 44 th, SPG) (P3, 29 th, SMA)

“....lha diperjalanan anak saya itu rasa-rasa pengen pipis banter, setiap ada pom mesti pipis terusterus lemes, wajahnya pucat nggak seperti biasanya” (P4, 40 th, Sarjana)

“ sik jelas awake niku selot kuru, ning nek maem e niku purun. Terus onone niku naming lemes, ngen-ngene muk bobok mawon...”(yang pasti badnnya itu semakin kurus tapi makannya mau, terus lemes dan hanya pinginnya tidur terus)(P5, 47 th, SMP)

Berdasarkan hasil wawancara pada partisipan ke 4 dan 5 mempunyai anak perempuan yang saat ini berusia remaja yang duduk di Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan berdasarkan pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan 4 dan partisipan 5

tersebut didapatkan data bahwa ternyata pada anak dengan DM tipe I khususnya pada remaja putri kemungkinan bisa mengalami gangguan menstruasi. Menurut partisipan ke 4 sampai saat ini anak belum juga mengalami menstruasi. Bahkan menurut salah satu partisipan (P5, 47 th, SMP) didapatkan data bahwa ternyata anaknya pernah mengalami amenorea (tidak menstruasi) selama 7 bulan. Sehingga orang tua harus memeriksakan kondisi anak tersebut ke dokter.

“.....sampai sekarang anak saya belum menstruasi, mau saya tanyakan juga ini (P4, 40 th, Sarjana)

“ Sakplokke kena gula ki nek gulane tinggi niki mboten mens. Nate niki mboten mens selama 7 bulan”(Semenjak kena gula ini kalau gulanya tinggi ini tidak mens, pernah tidak mens selama 7 bulan) (P5, 47 th, SMP)

3) Pemeriksaan GDS

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan terkait pengalaman orang tua tentang kejadian DM tipe I pada anak diperoleh pula data tentang hasil pemeriksaan gula darah yang telah dilakukan pada anak. dari hasil pemeriksaan kadar gula darah tersebut ternyata semua partisipan mengungkapkan bahwa saat anak dilakukan pengecekan gula darah semua berada pada kondisi kadar gula darah yang tinggi, bahkan ada 1 orang partisipan yang mengungkapkan bahwa saat dilakukan pengecekan gula darah pertama kali pada anaknya kadar gula darah berada pada level *high*

atau tidak terdeteksi sehingga anak sampai dalam kondisi syok dan tidak sadar.

“.....lalu dicek di sana katanya gulanya tinggi” (P1, 38 th, SD) (P2, 44 th, SPG) (P3, 29 th, SMA) (P5, 47 th, SMP)

“dicek dengan GDS ternyata high, sampai tidak terdeteksi...”(P4, 40 th, Sarjana)

4) Riwayat Perawatan

Dari berbagai pengalaman yang diungkapkan oleh orang tua tentang kejadian DM tipe I pada anak mereka yang selanjutnya adalah pengalaman terkait riwayat perawatan yang telah dialami oleh anak pada saat sakit, di sini semua partisipan mengungkapkan bahwa anak pernah mengalami perawatan intensif saat terdiagnosa DM tipe I karena kondisi yang buruk dan semua partisipan juga tentunya pernah mengalami rawat inap di RS dengan lama perawatan yang bervariasi dan mereka juga mengatakan bahwa mendapatkan informasi pertama kali tentang kondisi anak dan cara perawatan anak dengan DM tipe I ini dari dokter dan perawat saat anak menjalani perawatan intensif di RS.

“di sana masuk PICU 11 hari...terus mondok lagi sampai 5 kali mondok RS” (P1, 38 th, SD)

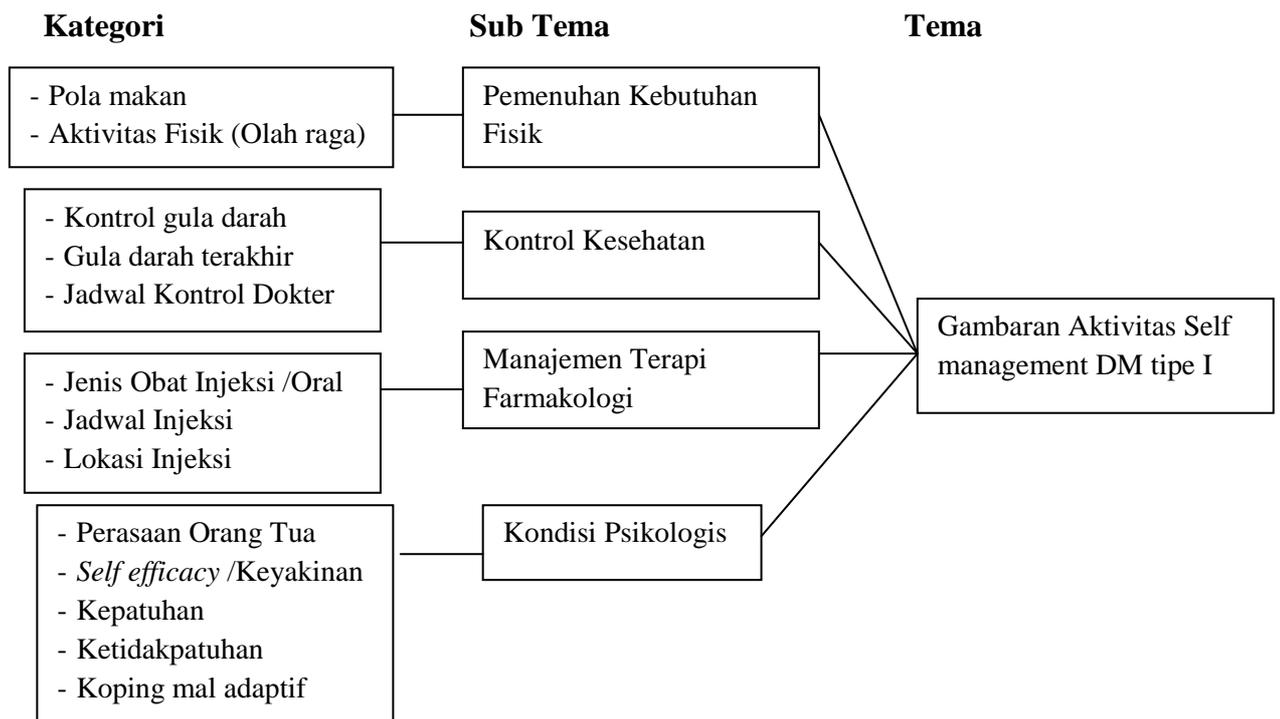
“terus dokternya bilang masuk PICU, ...ya terus kan dikasih brosur tetang diabetes....”(P2, 44 th, SPG)

“.....dan sampai sana langsung masuk ICU.....terus keluar dari ICU 3 hari dirawat di bangsal” (P3, 29 th, SMA)

c. Gambaran aktivitas *self-management* DM tipe I pada anak

Tema ke tiga yang ditemukan dalam penelitian ini adalah terkait gambaran orang tua dalam aktivitas *self-management* DM tipe I pada anak. Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada 5 partisipan maka ada 4 aspek yang termasuk dalam gambaran aktivitas orang tua dalam *self-management* DM tipe I pada anak yaitu aspek pemenuhan kebutuhan fisik, kontrol kesehatan, manajemen terapi farmakologi, dan kondisi psikologis.

Skema 4.4
Gambaran Aktivitas Self-Management



Berikut ini adalah data hasil wawancara dengan kelima partisipan terkait gambaran aktivitas *self-management* DM tipe I pada anak yaitu:

1) Pemenuhan kebutuhan fisik

Pada sub tema pemenuhan kebutuhan fisik terdapat 2 kategori yang ditemukan yaitu terkait pola makan dan aktivitas fisik (olahraga). Dalam hal pola makan 4 partisipan mengatakan bahwa selalu menjaga pola makan untuk anak-anaknya terutama mencegah makanan manis dan mereka juga memberikan makanan yang bervariasi kepada anak.

“ ya.. menjaga pola makan (sambil tertawa), yo nggak boleh makan yang manis-manis Makannya biasa porsiya banyak... makannya sehari 3 kali” (P1, 38 th, SD)

“ ...ini yang dimakan ya kalau yang manis banget ya dicegah. Misalnya permen, coklatyo..kalau makan satu entong nambah, sayurnya yo gonta ganti...minumnya air putih (P2, 44 th, SPG)

Pada saat wawancara terkait pola makan ada satu partisipan yang mengungkapkan bahwa pola makan anak sehari-hari adalah fast food dan masih mengonsumsi manis setiap hari. Namun bila dilihat dari *gesture* dan ekspresi orang tua menggambarkan bahwa sebenarnya itu tidak sesuai dengan apa yang dia harapkan.

“ Makannya ya.. itu... pengen indomie..ya indomie, fast food itu dia sukany itu (sambil menggelengkan kepala), kemudian kayak burger juga....kalau porsi normal juga. Kalau minum masih sering manis e...” (P4, 40 th, Sarjana)

Saat wawancara juga didapati data unik mengenai kebiasaan pola makan yang diterapkan oleh orang tua kepada anak yaitu tidak makan nasi dalam kondisi hangat karena dianggap masih mengandung banyak gula.

“.....nek nasi nggeh tetep dahar ming kulo demke riyin, soale jarene nek sego panas niku gulone taksih tinggi.....” (kalau nasi ya tetep makan tapi didinginkan dulu karena katanya kalau nasi panas itu gulanya masih tinggi) (P5, 47 th, SMP)

Kategori yang ke dua adalah mengenai aktivitas fisik (olah raga). Dalam hal ini ada 4 partisipan yang mengungkapkan bahwa anak jarang untuk melakukan olah raga walaupun telah disuruh oleh orang tua dengan berbagai alasan. Sedangkan satu partisipan mengungkapkan bahwa anak justru melakukan banyak aktivitas setiap harinya dengan mengikuti berbagai organisasi di sekolah.

“Cuma tak suruh olah raga tapi anakke sering nggak mau” (P1, 38 th, SD) (P5, 47 th, SMP)

“...lagian dia malah ikut OSIS, pramuka juga ikut, jadi pulangnya sore terus” (P4, 40 th, Sarjana)

2) Kontrol kesehatan

Sub tema yang ditemukan terkait gambaran aktivitas orang tua *self- management* Dm tipe I pada anak adalah dalam hal kontrol kesehatan dimana dalam hal kontrol kesehatan ini ada 3 kategori yang ditemukan yaitu berhubungan dengan kontrol gula darah, hasil gula darah terakhir, jadwal kontrol ke dokter.

Berdasarkan wawancara terkait kontrol gula darah terdapat 2 partisipan yang rutin melakukan kontrol gula darah dan partisipan lainnya melakukan cek gula darah sesuai kondisi dari anak saat itu saja.

“Cek gulanya Cuma sekali kalau nggak pagi ya sore, terus nek badanne agak nggak enek gitu tak cek” (P1,38 th, SD) (P4, 40th, Sarjana) (P5, 47 th, SMP)

“...kalau kira-kira kondisi gimana gitu baru dicek” (P2,44 th, SPG) (P3, 29 th, SMA)

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan data bahwa nilai kadar gula darah terakhir pada anak adalah mayoritas berada pada kadar gula darah yang tinggi di atas 140 mmHg dan ada 3 partisipan yang mengatakan bahwa hasil gula darah pada anak pernah pula mengalami *drop* atau hipoglikemia.

“Gulanya itu 160 berapa ya..terakhir itu....” (P1, 38 th, SD)

“Kemarin terakhir gulanya 197” (P2, 44 th, SPG)

“Gulanya bulan lalu sekitar 300 an.....” (P3, 29 th, SMA)

... waah lupa mbak...tapi pernah gulanya rendah” (P3, 29 th, SMA) (P4, 40 th, Sarjana)

Kemudian dalam hal jadwal kontrol ke Dokter atau ke RS semua partisipan mengatakan bahwa mereka sudah rutin kontrol sebulan sekali ke RS sekalian untuk mengambil obat injeksi rutin.

“Saya ya kontrolnya sebulan sekali untuk ambil obat di Sardjito” (P3, 29 th, SMA)

“...Cuma datang tiap bulan.....untuk ambil obat sama control” (P4, 40 th, Sarjana)

3) Manajemen terapi farmakologi

Sub tema yang ketiga yang ditemukan yaitu terkait manajemen terapi farmakologi yang merupakan pengaturan terkait pemberian terapi obat yang rutin diberikan kepada anak dengan DM tipe I. Ada yang ditemukan berhubungan dengan manajemen terapi farmakologi ini yaitu menyangkut jenis obat, jadwal injeksi, dan lokasi injeksi.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa jenis obat yang setiap hari rutin diberikan kepada anak adalah jenis obat injeksi seperti lavemir, novorapid, lantus, novomix, atau insulin. Ada 3 partisipan yang mendapat 2 jenis obat sekaligus sebagai kombinasi dan 2 partisipan lainnya mendapat 1 jenis obat injeksi saja.

“ Ini injeksi dari awal masuk...injeksinya seperti ini lho mbak (mengambilkan contoh obat injeksi lavemir dan novorapid)..”. (P1, 38 th, SD) (P2, 44 th, SPG) (P3, 29 th, SMA)

“...kalau dulu injeksinya masih tradisional kalau sekarang sudah yang seperti ini (sambil memperlihatkan pen injeksi).....iya obatnya Cuma ini saja, Novomix kal ini” (P4, 40 th, Sarjana)

“sampai sekarang ini masih disuntik Insullin terus...”. (P5, 47 th, SMP)

Berdasarkan wawancara terkait terapi obat yang didapat oleh anak ternyata ada 1 partisipan yang mengatakan bahwa anak pernah mengkonsumsi rutin tambahan obat oral dari dokter yang bernama

microginan. Menurut orang tua obat tersebut diberikan dokter untuk mengatasi gangguan menstruasi yang pernah dialaminya.

“.....terus kalih doktere obsgyn diparingi pil jenenge microginan “. (P5, 47 th, SMP)

Terkait jadwal injeksi rutin yang dilakukan di rumah didapatkan data bahwa 3 partisipan mengungkapkan bahwa jadwal injeksi dilakukan 3 kali sehari dan 2 partisipan mengatakan bahwa jadwal injeksi untuk anaknya dilakukan 2 kali sehari.

“ sehari 3 kali pagi 22, sing 14, malam 14...”. (P4, 40 th, Sarjana) (P1, 38 th, SD) (P5, 47 th, SMP)

“ kalau nyuntiknya 2 kali sehari pagi dan sore” (P3, 29 th, SMA) (P1, 44 th, SPG)

Kategori yang ditemukan selanjutnya adalah tentang lokasi injeksi, di mana mayoritas partisipan melakukan injeksi obat kepada anak sesuai lokasi yang dianjurkan oleh dokter dan berpindah-pindah lokasi injeksi. Namun terdapat 1 partisipan yang mengatakan bahwa anaknya tidak mau untuk dipindah lokasi injeksi sehingga injeksi hanya dilakukan di satu lokasi saja dan pada saat dilakukan observasi oleh peneliti didapati adanya benjolan keras di lengan atas kanan dan kiri.

“ ...terus suntiknya di sini (menunjuk paha kiri dan paha kanan) sama ini (menunjuk lengan kiri dan lengan kanan), kalau sudah keras pindah tempat yang penting yang empuk-empuk” (P1, 38 th, SD)

“Kalau anak saya injeksinya biasanya tangan sama sini (sambil menunjuk perut), sama lengan, tapi sekarang yang paha jarang” (P4, 40 th, Sarjana)

“ Injeksinya juga dikasih tau supaya pindah-pindah, tapi untuk injeksi biasanya dibagian lengan sini saja karena ... ini tidak mau dipindah-pindah suntiknya, lha ini sampai pundaknya kayak gini (sambil menunjuk pundak anak)” (P2, 44 th, SPG)

4) Kondisi Psikologis

Sub tema selanjutnya yang ditemukan adalah terkait kondisi psikologis dari orang tua dalam upaya untuk mendukung self management pada anak dengan DM tipe I. Kondisi psikologis tersebut berhubungan dengan perasaan orang tua, keyakinan (*self efficacy*) dari orang tua, kepatuhan, ketidakpatuhan, dan koping mal adaptif dari orang tua.

Berdasarkan wawancara mendalam yang telah dilakukan muncul adanya rasa kasihan dan rasa khawatir sebagai penggambaran dari perasaan partisipan dalam hal ini sebagai orang tua yang mempunyai anak dengan DM tipe I.

“...kan kalau dilihat ki waah...anakku ki ngijeni kok loro koyo ngene, mesakke...” (P1, 38 th, SD)

“...tapi ya yang namanya anak-anak ya kadang saya kasihan ya...” (P2, 44 th, SPG)

“ ...malah ini saya kuwatir ini besuk ke Bali sehingga kuwatir saya...” (P4, 40 th, Sarjana)

Dalam hal keyakinan (*self efficacy*) didapatkan data bahwa mayoritas partisipan mempunyai keyakinan akan kesembuhan anaknya.

“ Kalau saya dan bapak tidak ada pikiran misalnya wis nggak usah ditambahke wae gitu juga nggak kok mbak (sambil tertawa)...ya..yakin sembuh aj mbak”(P1,38 th, SD)

“Nek saya ya..yakin sembuh gitu, yang penting berdoa dan ikhtiar mbak” (P2, 44 th, SPG)

Dalam hal kategori yang didapatkan dari wawancara dengan partisipan adalah tentang kepatuhan, dimana terdapat 2 partisipan memiliki kepatuhan dalam hal pengobatan dan kontrol rutin serta menjaga pola makan.

“ ...yang sudah dilakukan ya...pengobatan rutin....” (P1, 38 th, SD)

“ Saya ya kontrolnya sebulan sekali untuk ambil obat ...sama makannya dijaga nggak boleh yang manis-manis” (P3, 29 th , SMA)

Sedangkan untuk kategori ketidakpatuhan anak juga ditemukan pada beberapa partisipan. Ketidakpatuhan ini menyangkut lokasi injeksi, pola makan, dan olah raga.

“Injeksinya sudah dikasih tau juga supaya pindah-pindah.....karena Iis tidak mau dipindah-pindah suntinya” (P2,44 th, SPG)

“ Kalau pas kerasa ya sadar tapi kalau lupa ya minum manis lagi.....makan??...waih..itu ngawur e...itu makannya semakin gedhe semakin... (sambil menggelengkan kepala)...” (P4, 40 th, Sarjana)

“Olah raga aktivitase kudu ngendikane niku ning kadang ndableg, memeng larene”(kalau aktivitasnya katanya harus tapi kadang malas anaknya) (P5, 47 th, SMP)

Terkait kondisi psikologis ditemukan pula coping mal adaptif yang akhirnya dilakukan oleh orang tua karena anak dianggap tidak

mendukung dalam aktivitas perawatan. Tindakan orang tua yang diungkapkan diantaranya adalah marah dan mengomel kepada anak.

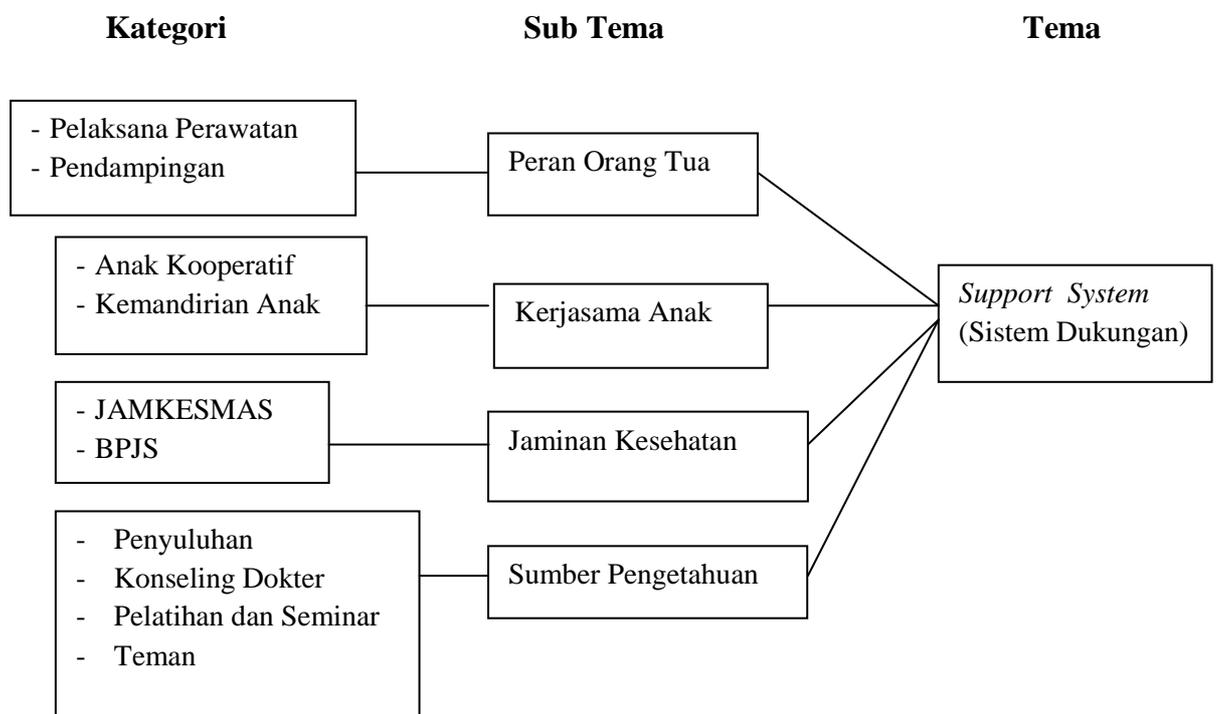
“...ya tak marahi lha gimana takut to nanti kalau ngedrop..”
(P1, 38 th, SD)

“ Saya nggak lunak terus kalau nasehatin, kadang saya omelin juga lho...” (P4, 40 th, Sarjana)

d. Support system (sistem dukungan) dalam pelaksanaan aktivitas Self-management DM tipe I pada anak

Tema ke empat yang ditemukan dalam penelitian ini adalah terkait *support system* (system dukungan) dalam aktivitas *self- management* DM tipe I pada anak. Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada 5 partisipan maka ada 4 aspek yang menjadi faktor pendukung dalam aktivitas *self- management* DM tipe I pada anak yaitu aspek peran orang tua, kerjasama anak, jaminan kesehatan, dan sumber pengetahuan.

Skema 4.5
Support System (Sistem Dukungan)



1) Peran Orang Tua

Berdasarkan skema data tersebut terlihat bahwa sub tema peran orang tua, terdapat 2 kategori penting yang ditemukan hal itu terkait pelaksanaan perawatan dan pendampingan. Dimana dari wawancara yang telah dilakukan ditemukan data terkait peran orang tua yaitu mayoritas orang tua melaksanakan perannya sebagai pelaksana perawatan terutama dalam hal pemberian terapi injeksi obat serta pendampingan dalam hal kontrol kesehatan anak. Tentunya dalam hal ini peran orang tua dengan anak usia balita lebih besar dari pada partisipan yang memiliki anak dengan usia yang sudah remaja dalam hal perawatan.

“...yang merawat dari dulu ya saya mbak, nek bapakke kan nggak telaten, yang nelateni ya saya, yang nyuntik obat ya saya” (P1,38th,SD)

“ ...lha selot suwe sakniki saged kontrol kiambak kulo terke...” (lha semakin lama sekarang bisa kontrol sendiri saya antar) (P5, 47 th, SMP)

2) Kerjasama Anak

Sub tema yang ke dua yaitu ditemukannya data terkait kerjasama dari anak dengan DM tipe I. Dimana pada saat dilakukan wawancara kepada orang tua terdapat 3 partisipan yang mengatakan bahwa anak sangat kooperatif dan sudah bisa melakukan injeksi obat sendiri sehingga orang tua hanya mendampingi dan memantau saat pelaksanaan saja. Bahkan ada 1 orang partisipan mengatakan bahwa saat ini anak sudah bisa kontrol sendiri ke RS. Tentunya hal itu

merupakan bentuk dukungan dari anak dalam aktivitas *self management* di rumah.

“Selama ini anak manut-manut saja waktu mau disuntik,.....sudah mulai suntik sendiri sejak SMA mbak”
(P1,38 th, SD)

“Sekarang sudah bisa injeksi sendiri tapi tetep saya pantau...”
(P4, 40 th, Sarjana)

3) Jaminan Kesehatan

Sub tema yang ketiga terkait *Support System* adalah adanya bantuan asuransi kesehatan yang telah diikuti oleh semua partisipan sehingga partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasa sangat terbantu dengan adanya asuransi kesehatan tersebut karena dalam hal ini mereka harus melakukan kontrol rutin dan mengambil obat minimal satu bulan sekali ke rumah sakit. Berdasarkan wawancara yang dilakukan didapatkan data bahwa semua partisipan mengatakan telah menggunakan jaminan kesehatan seperti JAMKESMAS maupun BPJS.

“ Saya menggunakan jaminan kesehatan (JAMKESMAS)”
(P2, 44 th, SPG) (P5, 47 th, SMP) (P1, 38 th, SD)

“Ini BPJS untuk ambil obat sama kontrol...” (P4, 40 th, Sarjana) (P3, 29 th, SMA)

4) Sumber pengetahuan

Sub tema yang keempat yang ditemukan adalah terkait sumber pengetahuan yang telah didapat oleh partisipan selama merawat anak dengan DM tipe I. Berdasarkan hasil wawancara

yang telah dilakukan mayoritas partisipan telah mendapatkan pengetahuan terkait penyakit dan perawatan DM tipe I baik dari penyuluhan, seminar, maupun konsultasi dengan dokter yang merawat anak bahkan ada satu partisipan yang mengatakan mendapatkan pengetahuan dari temannya.

“Dulu itu dari mana ya dapat penyuluhan itu....” (P1, 38 th, SD)

“...terus dulu saya pernah konsul juga....” (P2, 44 th, SPG) (P3, 29 th, SMA)

“dari pelatihan yang pernah saya ikuti....anak saya itu ikut Assosiasi Diabetes Dunia.....pernah juga ikut perkumpulan di Sheraton sampai diwawancarai juga ...” (P4, 40 th, Sarjana)

“...terus kulo ndilalah disanjung kalih rencang nek ngoten niku biasane gulane tinggi.....” (terus saya kebetulan diberi tahu teman nek seperti itu gulanya tinggi) (P5, 47th , SMP)

B. Pembahasan Hasil Penelitian

Pembahasan hasil penelitian ini akan menjelaskan tiap-tiap tema yang muncul sebagai gambaran persepsi dan pengalaman orang tua dalam aktivitas *self-management* di rumah pada anak dengan DM tipe I. Adapun keempat tema yang muncul sebagai hasil temuan dalam penelitian ini akan dibahas secara rinci dan dihubungkan dengan beberapa teori dan hasil penelitian terdahulu, terkait persepsi dan pengalaman dalam aktivitas *self-management* DM tipe I.

1. Persepsi Orang Tua tentang DM tipe I

Persepsi orang tua tentang penyakit DM tipe I ini tentunya erat kaitannya dengan segala sesuatu yang terjadi di lingkungannya dan merupakan hasil dari pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan yang diperoleh dengan menafsirkan atau menyimpulkan informasi yang telah didapat dan juga dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, dan social budaya (Dali, 1982 dalam Khanif, 2013; jalaludin, 2012). Sehingga persepsi orang tua tentang DM tipe I pada penelitian ini merupakan hasil dari pengalaman tentang penyakit DM tipe I yang telah terjadi pada anak sehingga muncul beberapa pendapat tentang gambaran DM tipe I, penyebab DM tipe I, komplikasi DM tipe I, dan penatalaksanaan untuk DM tipe I.

a. Gambaran orang tua tentang DM tipe I

Persepsi orang tua terkait gambaran DM tipe I pada penelitian ini didapatkan data tentang gambaran DM tipe I bahwa DM tipe I adalah penyakit yang tidak bisa sembuh atau tidak bisa diobati. Data lain yang diperoleh bahwa DM tipe I adalah penyakit karena pancreas yang rusak atau tidak kuat. Data hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa diabetes mellitus merupakan suatu penyakit kronis dan pada DM tipe I terjadi defisiensi absolut insulin karena destruksi sel-sel beta pancreas (Smeltzer & bare, 2008). Berdasarkan wawancara ada data lain yang diperoleh terkait gambaran tentang DM tipe I yaitu bahwa DM tipe I merupakan jenis diabetes

kering atau partisipan menyebutnya sebagai gula kering. Hal ini mungkin selaras dengan adanya pengaruh sosial budaya yang telah berkembang dikalangan masyarakat tentang persepsi penyakit DM tipe I. Karena memang persepsi seseorang ini sangat dipengaruhi oleh social budaya di lingkungannya (Khanif, 2013).

b. Penyebab DM tipe I

Data yang diperoleh terkait persepsi orang tua yang ke dua adalah persepsi tentang penyebab DM tipe I, di mana dari hasil penelitian didapatkan data bahwa orang tua mempersepsikan bahwa penyebab DM tipe I adalah dari keturunan, konsumsi gula yang berlebihan serta pola makan yang tidak tepat. Tentunya pendapat ini sesuai dengan teori bahwa DM tipe I bisa disebabkan karena faktor genetik, imunologi, dan lingkungan sehingga mengakibatkan kerusakan sel beta pankreas yang berdampak pada terjadinya defisiensi insulin absolut dan bersifat autoimun (Mansjoer dkk, 2005; Smeltzer & Bare, 2008). Hasil penelitian yang lain juga mengungkapkan bahwa ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya diabetes dan 3 faktor utama yang menjadi penyebab terjadinya DM tipe I ini adalah keturunan, ras, dan usia (Hans, 2013; Aponte *et al*, 2012).

Data lain yang diperoleh terkait penyebab DM tipe I adalah adanya keyakinan dari salah satu orang tua bahwa DM tipe I ini bukan disebabkan karena keturunan melainkan murni karena pola

makan yang salah. Pendapat ini didasari karena pengalamannya yang telah ikut beberapa seminar dan pelatihan terkait penyakit DM tipe I dan tingkat pendidikannya yang tinggi, sehingga ia mencoba untuk membuka wawasan terkait DM tipe I dengan mengikuti berbagai seminar dan pelatihan. Walaupun demikian ada pula partisipan yang mengungkapkan ketidaktahuannya tentang apa sebenarnya penyebab DM tipe I, hal ini mungkin karena adanya keterbatasan pengetahuan dan tingkat pendidikan yang dimiliki. Hal ini memang sesuai dengan pendapat dari Khanif (2013) bahwa persepsi merupakan hasil dari pengalaman seseorang dan dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, sosial, dan budaya.

c. Komplikasi DM tipe I

Hasil wawancara terkait persepsi orang tua tentang DM tipe I selanjutnya adalah terkait komplikasi DM tipe I. Data yang diperoleh bahwa persepsi orang tua terkait komplikasi DM tipe I adalah berhubungan dengan gangguan organ fisik seperti jantung, darah tinggi, ginjal, dan mata. Pendapat para partisipan ini sesuai dengan teori yang ada dari sisi komplikasi kronik yang mungkin muncul pada pasien dengan DM meliputi komplikasi makrovaskuler yang mengenai pembuluh darah besar seperti pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepid dan pembuluh darah otak, serta komplikasi microvaskuler yang meliputi pembuluh darah kecil yaitu retinopati diabetic dan nefropati diabetic (PERKENI, 2011)

d. Penatalaksanaan DM tipe I

Persepsi orang tua tentang DM tipe I selanjutnya yaitu terkait penatalaksanaan DM tipe I dimana semua partisipan berpendapat bahwa penatalaksanaan utama dari DM tipe I pada anak mereka adalah injeksi insulin secara rutin. Hal ini kemungkinan karena selama ini memang anak harus rutin dilakukan injeksi insulin untuk menjaga kondisinya supaya tidak menurun. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pasien dengan DM tipe I Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) sehingga memang pasien ini sangat tergantung dengan insulin karena pankreas sebagai penghasil insulin dalam tubuhnya telah mengalami kerusakan atau resistensi maupun gangguan sekresi insulin. Di samping injeksi insulin masih ada penatalaksanaan lain yang harus dijalani oleh pasien dengan DM tipe I yaitu terkait edukasi, nutrisi, latihan jasmani, dan monitoring kadar gula darah (Smeltzer & Bare, 2008; PERKENI, 2011).

2. Pengalaman Orang Tua tentang Kejadian DM tipe I

Tema yang kedua yaitu terkait pengalaman orang tua tentang kejadian DM tipe I pada anak. Dari hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan maka pengalaman orang tua terkait kejadian DM tipe I pada anak ini muncul adanya 4 hal utama yaitu mengenai awal usia sakit pada anak, perubahan kondisi fisik yang terjadi pada anak, pemeriksaan gula darah, dan riwayat perawatan. Di mana pengalaman hidup sehari-hari

dalam bentuk apapun dapat diartikan sebagai proses belajar karena pengalaman hidup berpengaruh besar terhadap pembentukan kepribadian dan tingkah laku seseorang untuk mengenali dan melakukan self-management (Rinanda, 2006; Asril N., 2012).

a. Awal usia sakit

Pengalaman orang tua terkait kejadian DM tipe I pada anak diawali dengan pernyataan awal usia sakit pada anak di mana berdasarkan wawancara yang telah dilakukan didapatkan data bahwa awal usia sakit pada anak bervariasi untuk tiap partisipan, ada yang dimulai dari usia anak-anak, usia balita, bahkan ada pula yang mengatakan bahwa anak mulai sakit DM mulai dari bayi. Pengalaman ini selaras dengan pendapat bahwa DM saat ini memang sudah mulai dijumpai pada anak-anak dan remaja yang dikenal dengan DM tipe I (National Diabetes Information Clearing House, 2010).

b. Perubahan kondisi fisik

Pengalaman orang tua tentang kejadian DM tipe I pada anak selanjutnya adalah terkait perubahan kondisi fisik pada saat anak, orang tua mengatakan bahwa saat itu kondisi fisik secara umum yang muncul pada anak adalah dilihat dari badan yang semakin lama semakin kurus, kehilangan nafsu makan, batuk pilek ada yang disertai dengan demam dan diare, banyak kencing, wajah pucat, lemas dan sering menagntuk, serta sampai koma. Serta untuk pemeriksaan GDS

terdapat adanya kadar gula darah yang tinggi bahkan mencapai *high* atau tidak terdeteksi oleh alat.

Kejadian ini memang sesuai dengan teori mengenai manifestasi klinis yang sering muncul pada pasien dengan DM secara umum yaitu poliuri, polidipsi, poliphagi, penurunan berat badan, dan kadar glukosa darah sewaktu > 200 Mg/dl. Sedangkan untuk DM tipe I pada anak memang bisa muncul secara tiba-tiba. Diantaranya berat badan menurun secara drastis meskipun anak banyak makan, banyak buang air kecil, dan banyak minum, serta disertai dengan gejala hiperglikemia (GDS > 200 Mg/dl) (Smeltzer & Bare, 2008; Pulungan & Herqutanto, 2009).

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait pengalaman orang tua tentang kejadian DM tipe I pada anak dalam hal perubahan kondisi fisik muncul pernyataan dari partisipan bahwa pada anak remaja pernah mengalami perubahan kondisi fisik berupa amenorea atau anak tidak mendapatkan haid sama sekali selama 7 bulan lamanya sehingga orang tua memerlukan bantuan tenaga medis untuk mengatasinya.

Keterkaitan antara DM dengan gangguan siklus menstruasi disebabkan oleh adanya persamaan hormon yang mengatur kedua mekanisme ini. Terdapat dua hormon yang memiliki efek antagonis terhadap kadar glukosa darah yaitu reseptor hormon estrogen pada sel β pancreas yang menyebabkan pelepasan

insulin yang merupakan hormon terpenting dalam homeostasis glukosa dalam darah dan hormon progesteron yang memiliki sifat anti-insulin serta dapat menjadikan sel-sel kurang sensitive terhadap insulin yang menyebabkan terjadinya resistensi insulin dalam tubuh (Jovanovic, 2004; Alonso-Magdalena *et al*, 2008). Beberapa faktor yang dapat menyebabkan gangguan siklus menstruasi antara lain gangguan hormonal, pertumbuhan organ reproduksi, status gizi, stress, usia dan penyakit metabolik seperti Diabetes Mellitus (DM) (Paath, 2005 dalam Primadina, 2015).

c. Pemeriksaan GDS

Sub tema selanjutnya yaitu terkait pemeriksaan GDS yaitu berupa hasil pemeriksaan yang telah rutin dilakukan oleh orang tua minimal 1 bulan sekali untuk evaluasi kondisi gula darah anak. Berdasarkan hasil pemeriksaan GDS hasil yang didapat bahwa mayoritas anak memiliki kadar gula darah di atas 200 mg/dl. Hasil ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa manifestasi klinis yang sering muncul pada pasien DM tipe I salah satunya adalah kadar glukosa darah sewaktu > 200 mg/dl atau kadar glukosa darah puasa lebih tinggi dari normal dengan tes toleransi glukosa yang terganggu lebih dari satu kali (Smeltzer, & Bare, 2008; Pulungan & Herqutanto, 2009).

d. Riwayat perawatan

Pengalaman orang tua tentang kejadian DM tipe I pada anak selanjutnya adalah terkait riwayat perawatan yang pernah dijalani oleh anak dimana pada penelitian ini semua partisipan mengatakan bahwa anak pernah menjalani perawatan intensif di ICU karena kondisi koma atau kondisi memburuk akibat kadar gula darah yang tinggi dan selanjutnya menjalani rawat inap di rumah sakit untuk pemulihan kondisi. Berdasarkan dari teori memang pada Dm tipe I harus dipertimbangkan terkait bila terjadi ketoasidosis pada pasien usia muda karena tanda dan gejala yang bisa muncul dapat berupa hiperventilasi, nafas berbau aseton, sampai dengan perubahan kesadaran, koma, bahkan kematian (Prince S.A, Wilson, L.M, 2006; Smeltzer & Bare, 2008).

3. Gambaran Aktivitas *Self-Management* DM tipe I

Tema yang ketiga dari hasil penelitian ini adalah tentang gambaran aktivitas *self-management* DM tipe I dimana hal itu tercermin dari pengalaman orang tua terkait aktivitas *self-management* di rumah yang dilakukan oleh orang tua pada anak dengan DM tipe I. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka diperoleh hasil ada 4 hal yang diungkapkan oleh partisipan terkait aktivitas *self-management* di rumah yang dilakukan oleh orang tua pada anak dengan DM tipe I yaitu berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan fisik, kontrol kesehatan,

menejemen terapi farmakologi, dan terkait kondisi psikologis yang muncul dari aktivitas *self-management* di rumah yang dilakukan oleh orang tua pada anak dengan DM tipe I. Sedangkan menurut PERKENI (2011), ada 4 pilar manajemen DM secara umum yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, dan intervensi farmakologis, ditambah dengan monitoring kadar gula dalam darah.

a. Pemenuhan kebutuhan fisik

Sub tema yang pertama terkait aktivitas *self-management* di rumah yang dilakukan oleh orang tua pada anak dengan DM tipe I adalah tentang pemenuhan kebutuhan fisik dimana dalam hal ini didapatkan dua data terkait pemenuhan kebutuhan fisik yaitu tentang pola makan dan aktivitas fisik. Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan maka didapatkan hasil penelitian bahwa hal utama yang dilakukan dalam menjaga pola makan pada anak dengan DM tipe I adalah tidak makan makanan manis sedangkan untuk yang lain terkait porsi makanan dan variasi makanan masih sama seperti biasanya. Namun demikian dari hasil penelitian ini orang tua mengungkapkan ada pula anak yang masih mengkonsumsi makanan fast food dan masih sering minum manis. Pada dasarnya prinsip pengaturan nutrisi pada pasien DM yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pengaturan jadwal, jenis, dan jumlah makanan merupakan aspek yang sangat

penting untuk diperhatikan, terutama pada pasien dengan terapi insulin (Smeltzer & Bare, 2008; PERKENI, 2011).

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan didapatkan pula hasil penelitian terkait pola makan bahwa orang tua memiliki kepercayaan yang bersumber dari masyarakat sekitar bahwa sebelum anak mengkonsumsi nasi pada saat makan maka nasi harus dalam kondisi dingin karena menurut mereka bahwa nasi panas masih mengandung banyak gula dibandingkan dengan nasi yang sudah dingin. Sedangkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Primadewi dan Isnawati (2013) didapatkan hasil bahwa kenaikan rerata glukosa darah postprandial setelah konsumsi nasi putih kemarin tidak berbeda dengan kenaikan glukosa darah postprandial setelah konsumsi nasi putih baru matang.

Gambaran aktivitas *self-management* di rumah dalam hal pemenuhan fisik selanjutnya adalah terkait aktivitas fisik atau olah raga. Dimana dari hasil penelitian didapatkan data bahwa pada dasarnya anak masih melakukan aktivitas seperti biasa namun dalam hal olah raga masih belum melakukan setiap hari secara teratur dengan berbagai alasan. Sedangkan menurut PERKENI (2011), dikatakan bahwa latihan jasmani bertujuan untuk menjaga kebugaran tubuh, menurunkan berat badan, dan memperbaiki sensitivitas insulin. Berdasarkan penelitian juga didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik dengan kadar gula

darah pada pasien diabetes mellitus. Serta diketahui bahwa aktivitas fisik pada penyandang DM efektif dalam mengendalikan kadar glukosa darah dan aman ketika tidak menimbulkan stres oksidatif (Pramitha, 2014; Sudarsobo, 2015).

b. Kontrol kesehatan

Sub tema yang kedua adalah terkait kontrol kesehatan, dimana dalam hal kontrol kesehatan orang tua menghubungkan dengan kontrol gula darah rutin dan kontrol rutin ke dokter. Hasil penelitian yang diperoleh terkait hal tersebut adalah bahwa ada orang tua yang rutin melakukan kontrol gula darah untuk anak di rumah namun ada pula yang melakukan kontrol gula darah apabila diperlukan atau sesuai dengan kondisi anak saat itu. Sehingga yang rutin dilakukan adalah cek gula darah saat kontrol ke dokter setiap bulan sekaligus ambil obat rutin di rumah sakit. Sedangkan berdasarkan teori bahwa monitoring kadar gula darah sendiri dapat mencegah dan mendeteksi kemungkinan terjadinya hipoglikemia dan hiperglikemia sehingga hal tersebut dapat menurunkan resiko komplikasi yang muncul dari diabetes mellitus (Smeltzer & Bare, 2008).

Hasil gula darah terakhir yang didapatkan bahwa semua anak saat dilakukan cek GDS dalam keadaan kadar gula darah yang tinggi diatas 140 MmHg, namun ada pula yang mempunyai riwayat kadar gula darah yang rendah berkisar dibawah 70 MmHg. Kejadian yang mengarah kehipoglikemia ini terjadi karena kecenderungan orang tua

yang menganggap bahwa pemberian injeksi insulin rutin harus dilakukan tanpa melihat kadar glukosa darah sebelum dilakukan injeksi. Sehingga penting kiranya untuk memberikan dukungan guna mengenali kelompok pasien dengan pola multidimensi yang unik dalam perilaku perawatan diri sehingga di sini penilaian gaya manajemen perawatan diri berguna untuk membantu dalam perawatan khususnya yang ditargetkan langsung dengan kebutuhan pasien misalnya untuk injeksi insulin secara tepat agar terhindar dari kemungkinan komplikasi yang akan terjadi (Schneider *et al*, 2007).

c. Manajemen terapi farmakologi

Sub tema selanjutnya adalah mengenai manajemen terapi farmakologi, dimana dalam hal ini hasil penelitian yang diperoleh berhubungan dengan jenis obat yang didapat oleh pasien DM tipe I adalah jenis obat injeksi insulin dengan berbagai merk obat. Lavemir, novorapid, novomix, dan insulin adalah beberapa merk obat injeksi insulin yang rutin diberikan kepada anak dengan dosis tertentu dan dengan jadwal pemberian bervariasi, ada yang 1 kali sehari, 2 kali sehari, dan 3 kali sehari. Obat tersebut ada yang diberikan 1 macam namun ada pula yang kombinasi 2 macam sekaligus. Intervensi farmakologis pada pasien DM meliputi pemberian obat-obatan berupa obat oral ataupun suntikan meliputi pemberian insulin dan agonis GLP-1/Incretin mimetic (PERKENI, 2011).

Idealnya, terapi ini disesuaikan dengan keadaan fisiologis tubuh, terapi insulin diberikan sekali untuk kebutuhan basal dan tiga kali dengan insulin prandial untuk kebutuhan setelah makan. Namun demikian, terapi insulin yang diberikan dapat divariasikan sesuai dengan kenyamanan penderita selama terapi insulin mendekati kebutuhan fisiologis. Regimen injeksi harian multipel insulin diterapkan untuk penderita dengan DM tipe I. Walaupun banyak cara yang dapat dianjurkan, namun prinsip dasarnya adalah sama; yaitu insulin prandial dikombinasikan dengan insulin basal dalam usaha untuk menirukan sekresi insulin fisiologis. Di mana insulin basal dapat mencegah hiperglikemia karena gluconeogenesis oleh hepar sedangkan insulin prandial adalah insulin koreksi untuk mencegah lonjakan glukosa (PERKENI, 2011).

Berdasarkan Surabaya Diabetes Workshop dibicarakan 3 macam insulin yaitu Rapid Insulin (Novorapid), yaitu insulin rapid action untuk mengatasi lonjakan post prandial glucose, yang kedua yaitu Long Acting Insulin (Levemir) untuk mengatasi kebutuhan insulin basal (GDP) efeknya 24 jam menyerupai insulin endogen dan tidak mempunyai puncak (peak) sehingga mengatasi nocturnal Hypoglicemia, dan yang ketiga yaitu jenis Mixed Insulin (Novomix), yaitu gabungan antara basal dan prandial insulin digunakan untuk meningkatkan compliance pasien sebagai alternatif insulin basal plus dan basal bolus (Surabaya Diabetes Workshop VII, 2012).

Berdasarkan hasil wawancara dengan orang tua didapatkan data bahwa untuk lokasi injeksi insulin selama ini paling sering dilakukan di lengan kanan dan kiri. Sedangkan untuk lokasi lain seperti di paha, perut, masih jarang dilakukan dan kecenderungan beberapa anak ada yang nyaman dengan satu lokasi injeksi saja. Berdasarkan penelitian bahwa lokasi penyuntikan insulin paling efektif untuk mengendalikan gula darah 2 jam setelah makan pada penderita diabetes mellitus adalah dilokasi abdomen dan waktu penyuntikan yang paling tepat adalah pada waktu 0 menit atau bersamaan dengan makan, karena menunda waktu penyuntikan akan menyebabkan kerja insulin tidak bersamaan dengan metabolisme tubuh (Santosa & Rosa, 2016)

d. Kondisi psikologis

Sub tema yang terakhir dari gambaran aktivitas *self-management* yang dilakukan oleh orang tua pada anak dengan DM tipe I adalah hubungannya dengan kondisi psikologis yang tentunya sangat mempengaruhi aktivitas *self-management* yang dilakukan. Kondisi psikologis yang ditemui diantaranya terkait dengan perasaan orang tua, keyakinan (*self efficacy*), kepatuhan, ketidakpatuhan, serta coping mal adaptif yang ditunjukkan orang tua saat menilai anak kurang mendukung dalam aktivitas *self-management*.

Perasaan yang muncul sebagai orang tua berdasarkan hasil penelitian adalah adanya rasa kasihan dan rasa khawatir melihat kondisi anak. Hal itu wajar terjadi karena menurut penelitian Dashiff

C. *et al* (2011), orang tua dideskripsikan sering memiliki pengalaman yang negatif yang melibatkan perjuangan, frustrasi, dan khawatir tentang *self-management* pada remaja dengan DM tipe I. Kemudian dalam hal *self efficacy* (keyakinan) di sini orang tua digambarkan memiliki keyakinan yang kuat akan kesembuhan anak terlihat dengan usaha pengobatan dan kepatuhan dalam hal kontrol kesehatan rutin yang masih tetap dilakukan oleh orang tua untuk kesembuhan anak. Bandura (1997) juga mendefinisikan bahwa *self efficacy* sebagai penilaian diri seseorang atas kemampuannya untuk merencanakan dan melaksanakan tindakan yang mengarah pada pencapaian tujuan tertentu. Penelitian lain melaporkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara *self efficacy* dengan kepatuhan terhadap pembatasan cairan dan diet. Serta apabila seseorang memiliki *self efficacy* tinggi maka perilaku manajemen diri akan lebih baik (John 2012; Khalwadeh, Hasan, Froelicher, 2012).

Berdasarkan penelitian mengenai analisis konsep tentang *self efficacy* pada orang tua juga mengungkapkan berbagai istilah yang digunakan untuk mengartikan *parental efficacy* dengan istilah umum seperti persepsi / penilaian / keyakinan, kemampuan, dan perilaku terhadap peran orangtua. Sehingga *parental efficacy* diartikan sebagai sebuah konsep yang berasal dari *Self Efficacy* teori Bandura, di mana orang tua akan menyelesaikan tugas-tugas tertentu yang bermanfaat

bagi kondisi kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan anak (Maderal Vanessa M, 2016)

Gambaran yang ditemukan selanjutnya dari hasil penelitian terkait kondisi psikologis adalah ketidakpatuhan dan koping maladaptif yang ada saat pelaksanaan aktivitas *self management* pada anak dengan DM tipe I. Dari hasil penelitian ditemukan adanya beberapa ketidakpatuhan dalam hal pola makan, lokasi injeksi, dan olah raga. Ini dijumpai pada anak yang telah beranjak remaja, sehingga ketidakpatuhan anak itu menimbulkan adanya gambaran koping mal adaptif yang ditemukan dari orang tua diantaranya orang tua cenderung memarahi anak karena dianggap tidak mendukung dalam aktivitas perawatannya. Sehingga hal ini sebenarnya menurut suatu penelitian justru akan menghambat manajemen diabetes pada anak dengan tindakan berupa memarahi, mengomel, dan menjadi emosional tersebut (Carol *et al*, 2011). Karena memang dari hasil penelitian disebutkan pula ada tiga gaya manajemen diri yang bisa muncul dari remaja yang dilaporkan oleh orang tua yaitu gaya methodical, adaptif, dan gaya tidak memadai (Schneider *et al*, 2007).

4. Support System (Sistem Dukungan)

Tema yang keempat dari hasil penelitian ini adalah terkait *support system* (system dukungan) dimana dari hasil penelitian didapatkan data bahwa *support system* (system dukungan) terkait persepsi dan pengalaman

orang tua dalam aktivitas *self management* di rumah pada anak dengan DM tipe I ini berhubungan dengan beberapa hal yaitu peran orang tua, kerjasama anak, jaminan kesehatan yang digunakan, dan sumber pengetahuan yang didapat oleh orang tua. Dalam teori yang dikemukakan oleh Orem (2001), bahwa orang tua yang termasuk dalam self care agency merupakan kompleks yang akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak dan mengatur fungsi serta perkembangan diri dalam hal ini pada anak dengan DM tipe I dalam aktivitas *self management*. Dukungan manajemen diri merupakan dasar dari intervensi diabetes dan salah satu kunci manajemen yang efektif adalah transfer pengalaman masa lalu sehingga dapat melihat pengalaman sebelumnya sebagai tolok ukur dalam meningkatkan *self management* diabetes di rumah (Glasgow, Russell *et al* , 2007).

a. Peran orang tua

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa orang tua berperan sebagai pemberi perawatan misalnya saat pelaksanaan injeksi obat, kontrol kesehatan rutin terutama bagi anak yang masih berusia balita, sedangkan bagi orang tua dengan anak usia remaja mereka lebih berperan dalam hal pendampingan. Hal ini tentunya erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan masanya. Sehingga rentang pertumbuhan dan perkembangan anak tentunya berbeda antara anak yang satu dengan yang lainnya. Selain dipengaruhi oleh usia dalam proses berkembang juga

ditentukan oleh ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping, dan perilaku sosial (Hidayat,2008). Hasil ini juga sesuai dengan teori yang dikembangkan oleh Orem bahwa umur dan status perkembangan dapat mempengaruhi seseorang untuk melakukan *self care* (Alligood, 2014). Namun dalam hal ini peran orang juga sangat menentukan keberhasilan dari *self management* pada anak DM tipe I karena orang tua berkewajiban untuk mendorong otonomi anak dengan memperkuat perilaku yang sesuai, kematangan, dan pengambilan keputusan yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan *self management* diabetes (Mlynarczyk, 2013).

b. Kerjasama anak

Sistem dukungan terkait aktivitas *self care* di sini adalah adanya kerjasama dari anak itu sendiri dimana berdasarkan hasil wawancara yang diperoleh bahwa dukungan itu didapat saat anak kooperatif dalam pemberian terapi pengobatan dalam hal ini injeksi insulin yang rutin diberikan sampai dengan kepatuhan dalam kontrol rutin ke dokter. Sehingga pada partisipan dengan anak usia balita memang masih tergantung pada orang tua namun pada partisipan dengan anak usia remaja telah mulai bisa melakukan perawatan secara mandiri, misalnya dalam hal injeksi insulin dan kontrol rutin ke dokter. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa inovasi yang dilakukan dengan melibatkan pasien untuk meningkatkan penanganan pasien Diabetes Mellitus dapat menurunkan angka kematian dan mencegah terjadinya

komplikasi jangka panjang akibat diabetes mellitus (Zolfhagari *et al*, 2009 dalam Sutandi, 2012).

c. Jaminan kesehatan

Penyandang DM memiliki angka harapan hidup lebih rendah dan merupakan ancaman bagi pembangunan kesehatan dan pertumbuhan ekonomi nasional. DM haruslah menjadi perhatian dalam implementasi JKN untuk mencegah penyandang DM dari komplikasi akut dan kronis. Selain itu, masih banyak penyandang DM yang tidak terdiagnosis dan tidak minum obat sehingga pengelolaan DM perlu diperbaiki (Soewondo P., 2013). Terkait system dukunga dalam hal ini jaminan kesehatan ternyata selama ini semua partisipan mengaku telah menggunakan jaminan kesehatan baik berupa BPJS kesehatan maupun JAMKESMAS terutama untuk pengambilan obat rutin yang dilakukan setiap bulan di RS, KARENA dengan adanya jaminan kesehatan tersebut orang tua mengaku lebih terbantu dan meringankan biaya mengingat DM tipe I adalah penyakit yang sangat tergantung dengan obat insulin sehingga setiap bulan harus membeli obat tersebut di RS.

d. Sumber pengetahuan

Edukasi memegang peranan yang sangat penting dalam penatalaksanaan DM karena pemberian edukasi dapat merubah perilaku pasien dalam melakukan pengelolaan DM secara mandiri (PERKENI, 2011). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan

didapatkan hasil bahwa dalam hal *support system* (system dukungan) yang didapat orang tua ternyata muncul adanya sub tema sumber pengetahuan yang diperoleh orang tua selama merawat anak dengan DM tipe I yang secara tidak langsung menjadi sumber edukasi yang dijadikan pedoman oleh orang tua dalam merawat anak dengan DM. Sumber pengetahuan untuk mendapatkan edukasi tersebut adalah berasal dari penyuluhan, konseling, pelatihan dan seminar, serta dari teman atau tetangga sekitar. Tentunya dengan memberikan pemahaman yang benar dan memberdayakan keluarga dan pasien dalam berpartisipasi untuk dapat melakukan perawatan diri secara mandiri (*self-care*), berbagai komplikasi yang mungkin akan muncul dapat dikendalikan dan pasien memiliki derajat kesehatan yang optimal, karena beberapa penelitian mencatat bahwa 50–80% diabetisi memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang kurang dalam mengelola penyakitnya (Norris, Engelgau, & Narayan, 2001 dalam Sutandi, 2012).

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menemukan adanya beberapa keterbatasan dalam keseluruhan proses penelitian ini. Keterbatasan tersebut yaitu keterbatasan selama proses wawancara dan saat validasi hasil wawancara. Keterbatasan dalam proses wawancara dirasakan pada saat peneliti hendak mewawancarai salah satu partisipan yang kurang bersikap terbuka sehingga pada proses wawancara

tidak bersedia untuk direkam. Hal itu tentunya mengakibatkan data yang yang ditulis dalam traskrip wawancara kemungkinan kurang lengkap apalagi faktor internal peneliti yang dalam hal ini merupakan peneliti pemula dibidang kualitatif. Kemudian saat validasi data hasil wawancara ada salah satu partisipan yang tidak bisa bertemu secara langsung sehingga hanya melakukan validasi dan tambahan data via telepon saja.