

GAMBARAN PERILAKU MANAJEMEN PERAWATAN PENDERITA DM

Muhammad Mu'in¹, Astuti Yuni Nursasi², Wiwin Wiarsih³

¹Staf Pengajar Bagian Komunitas Departemen Jiwa dan Komunitas Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro. Email : aq1lafw@gmail.com

^{2,3}Staf Pengajar Bagian Komunitas Departemen Jiwa dan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

ABSTRACT

The aim of research were to explore experiences of Diabetes patient performing care at home. This research used qualitative descriptive phenomenology method and data collected by in-depth interview. Participants were Diabetes patient collected by criterion sampling technique. Data gathered were in form of record of in-depth interview and field note transcribed and analyzed by Collaizi's method. Result of research identified 10 themes, consist of alteration caused by diabetes and its complication, responds to diagnosis and care management, dietetic management, physical exercise management, medical treatment management, health center visits management, use of alternatives medicine, spiritual effort in managing DM, motivation to perform care, spiritual experience and life lesson.

Keywords : Care management, Diabetes Melitus

ABSTRAK

Penelitian bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang pengalaman diabetisi (penderita DM) melaksanakan perawatan di rumah. Penelitian menggunakan metode kualitatif deskriptif fenomenologi. Partisipan dalam penelitian adalah 8 diabetisi yang didapatkan dengan teknik criterion sampling. Data yang dikumpulkan berupa hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan yang dianalisis dengan teknik Collaizi. Penelitian mengidentifikasi 10 tema yaitu perubahan yang dialami akibat DM dan komplikasinya, respon terhadap diagnosis dan manajemen perawatan, manajemen diet, manajemen aktivitas fisik, manajemen terapi obat, manajemen kunjungan ke pelayanan kesehatan, pemanfaatan terapi alternatif, upaya lain dalam manajemen DM, motivasi melakukan perawatan DM serta pengalaman spiritual dan pelajaran hidup.

Kata kunci : Manajemen perawatan, Diabetes Melitus

PENDAHULUAN

Kondisi kesehatan kronis seperti DM 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 meliputi kondisi yang memburuk seiring waktu (progresif), tidak dapat disembuhkan (irreversible), melibatkan banyak sistem (kompleks), tujuan pengobatan hanya mengendalikan gejala, melibatkan keluarga dan berduka kronis, serta ketersembunyian gejala dan stigmatisasi (Anderson & Mc Farlane 2004). Kondisi tersebut menyebabkan diabetisi harus dapat menerima dan beradaptasi terhadap penyakit dan perawatannya serta kemungkinan memburuknya kondisi kesehatan bahkan stigma sepanjang hayatnya.

Prevalensi diabetisi di seluruh dunia, termasuk Indonesia cukup tinggi dan terus meningkat dari tahun ke tahun (WHO, 2011; CDC, 2010; Litbangkes Depkes, 2008). Kota Depok yang merupakan wilayah urban juga mempunyai prevalensi DM yang tinggi dan cenderung meningkat (Dinkes Kota Depok, 2009, 2010). Peningkatan jumlah diabetisi berkaitan erat dengan faktor demografi, gaya hidup, penurunan penyakit infeksi dan kurang gizi, serta peningkatan pelayanan kesehatan (Suyono, dalam Sudoyo dkk., 2006).

Masalah kesehatan kronis seperti DM dan komplikasinya dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup yang signifikan pada diabetisi baik secara fisik, psikososial maupun spiritual (Kariadi, 2009; Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999; Ningsih, 2008; Hymovich dan Hagopian, 1992). Masalah mental pada diabetisi yang tidak diantisipasi dan dikelola dengan baik dapat menimbulkan masalah lain atau memburuk status kesehatan penderita seperti menurunkan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari

(Ardiani, 2009) serta memburuk kadar gula darah (Isworu, 2008).

Dampak kompleks yang dapat ditimbulkan oleh DM menyebabkan orang dengan masalah kesehatan kronis seperti DM termasuk ke dalam populasi rentan atau vulnerable. Populasi rentan berisiko tinggi untuk mengalami masalah kesehatan fisik, psikologis, dan/ atau sosial lebih lanjut (Aday, 1999 dalam Pender, Murdaugh, Parsons; 2006).

Tujuan perawatan pada DM secara umum meliputi pemberian bantuan pada diabetisi agar merasa sehat dan bertenaga kembali, pencegahan komplikasi, serta pengobatan komplikasi yang sudah terjadi dengan penatalaksanaan umum mencakup edukasi, diet, aktivitas, olahraga, serta pengobatan (Kariadi, 2009). Penatalaksanaan ini harus dilakukan secara disiplin dan teratur agar tidak timbul perkembangan komplikasi serta akibat lanjut yang lebih berat.

Kondisi dan perawatan DM yang lama dan kompleks sulit dihadapi dan dilaksanakan oleh diabetisi sehingga menyebabkan banyak terjadi ketidakpatuhan terhadap manajemen perawatannya (Waluya, 2008). Pengamatan peneliti di tempat penelitian menunjukkan beberapa diabetisi tidak melaksanakan perawatan dengan baik misalnya tidak disiplin melaksanakan diet, tidak berolahraga, tidak teratur periksa gula darah, serta tidak sesuai anjuran dalam penggunaan obat dengan berbagai alasan. Pengalaman menderita penyakit DM dan menjalankan perawatannya yang kompleks merupakan pengalaman yang unik dan berbeda pada masing-masing individu dan mereka yang paling tepat untuk mendefinisikan apa makna dan bagaimana sebenarnya mengalami dan

merawat penyakit kronis (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi agar efektif untuk memahami masalah atau informasi sosial atau manusia yang spesifik secara budaya tentang nilai, opini, perilaku, dan konteks sosial pada masyarakat tertentu berdasarkan sudut pandang subjek penelitian atau partisipan (Creswell, 1998; *Family Health International*, 2010), yaitu diabetisi sendiri.

Populasi pada penelitian ini adalah diabetisi yang tinggal di wilayah Kelurahan Tugu Cimanggis Depok. Penelitian dilakukan sejak bulan Februari sampai dengan Juli 2011. Partisipan dalam penelitian dipilih yang mempunyai pengetahuan terkait fenomena, artikulatif, reflektif, dan mau berbicara panjang lebar dengan peneliti (Polit, Beck, & Hungler 2001) sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk menggambarkan suatu pengalaman yang dialami (Speziale & Carpenter, 2003).

Teknik sampling yang digunakan adalah dengan metode *purposive* dengan strategi *criterion sampling*, dengan memilih kasus yang paling memberikan manfaat bagi penelitian dengan menetapkan kriteria calon partisipan (Polit, Beck, & Hungler 2001). Calon partisipan direkomendasikan oleh key informant (kader, mahasiswa praktikan tahap profesi).

Kriteria inklusi partisipan adalah mampu berkomunikasi verbal dan memahami bahasa Indonesia serta telah didiagnosis DM minimal 2 tahun. Pada penelitian saturasi data (Speziale dan

Carpenter, 2003) terjadi pada partisipan ke 8.

Pengumpulan data menggunakan teknik wawancara mendalam dengan alat MP 4 player dan observasi dengan format catatan lapangan yang dikembangkan berdasarkan komponen penggalan data dengan observasi tidak terstruktur menurut Polit, Beck, dan Hungler (2001). Metode analisis data fenomenologi deskriptif yang digunakan menurut Collaizi (1978 dalam Polit, Beck, Hungler, 2001).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang (2 laki-laki dan 6 perempuan) yang berada pada rentang usia 45-68 tahun, pendidikan SD-SMA, pekerjaan sebagai *pemborong* proyek, pensiunan, ibu rumah tangga, pedagang serta pengusaha catering; Suku Jawa, Sunda dan Betawi, serta lama mengalami DM 3 - belasan tahun. Wawancara dilakukan di rumah menyesuaikan dengan waktu luang partisipan.

Hasil penelitian mengidentifikasi 10 tema yaitu perubahan yang dialami akibat penyakit DM dan komplikasinya, respon terhadap diagnosis dan manajemen perawatan DM, manajemen diet, manajemen aktivitas fisik, manajemen terapi obat, manajemen kunjungan ke pelayanan kesehatan, pemanfaatan terapi alternatif, upaya spiritual dalam manajemen DM, motivasi melakukan perawatan DM, serta pengalaman spiritual dan pelajaran hidup.

Tema 1: Perubahan yang Dialami Akibat DM dan Komplikasinya

Partisipan mengalami berbagai perubahan setelah mengalami DM yang terdiri dari perubahan fisik seperti sering

buang air kecil, sakit kepala atau pusing, penurunan berat badan, lemas, serta luka yang lama sembuhnya, yang menjadi awal partisipan kontak dengan petugas kesehatan dan kemudian didiagnosis DM., perubahan fungsi seksual berupa penurunan gairah seksual, serta perubahan sosial ekonomi berupa tidak bisa melaksanakan tugas seperti sebelum sakit serta harus menyisihkan pendapatan untuk biaya perawatan. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

- " ... pengen kencing mulu sehari sampe 5 kali kencing ..." (P4)*
- " ... gemuk banget waktu sebelum sakit, dah itu lama-lama kurus, kurus langsung saya periksa ke dokter yaitu gula..." (P8)*
- " ... itu disini (memegang kaki), kaki saya bolong trus ke bawah, ... trus kagak sembuh-sembuh juga, bawa lagi ke dokter, belum sembuh ..." (P6)*
- ... istilahnya (aktivitas seksual) udah nggak gairah aja, nggak gairah..." (P2)"*
- ... Rasanya lemes, nggak bisa jalan jauh lemes gitu, dulu waktu kita belum punya penyakit mah, kemana aja enak ..." (P7)*
- " ... selama ini yang nggak bisa kerja tu kira-kira sekitar, dua bulanan ini, ... (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 masih banyak..." (P3)*

Perubahan yang dialami 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 akibat perubahan metabolik dari peningkatan glukosa darah. Demikian juga dengan keluhan yang lain yaitu lemah, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria serta pruritus vulvae pada wanita. Perubahan terkait alokasi anggaran

husus untuk perawatan DM yang dialami partisipan 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 (NIDDK, 2011), sedangkan di Indonesia mencapai 208.500 per bulan (Andayani, 2006).

Perubahan status kesehatan akibat DM dan keharusan mengeluarkan anggaran biaya yang tidak sedikit untuk perawatan DM dapat menyebabkan

siklus kerentanan (Stanhope & Lancaster, 2004) pada diabetisi.

Tema 2: Respon Terhadap Diagnosis dan Manajemen Perawatan DM

Respon partisipan terhadap diagnosis DM dan komplikasinya meliputi menyangkal karena partisipan merasa cukup berolahraga serta tidak ada faktor risiko yang dimilikinya, stres terutama dirasakan pada awal didiagnosis serta sebelum menemukan cara yang tepat mengelola DM-nya sehingga kadar gula darahnya cenderung tinggi, takut

terhadap kemungkinan terjadinya komplikasi DM yang paling menakutkan bagi partisipan yaitu terjadinya luka yang sulit sembuh yang mengharuskan amputasi, sedih dan pesimis karena memperoleh informasi yang menyatakan bahwa DM tidak ada obatnya kecuali mati, serta merasa menderita karena bayangan tidak akan bebas lagi makan sesuai keinginan. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

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

" ... saya kok menderita gula kaya gini dari mana itu lo asalnya ... kecil hati ya, asal liat orang nangis mulu saya pas waktu tau gula itu ... menderitanya gini, saya mau makan banyak enak kan gak bisa, pokoknya kalo makan inget gitu aja, ya temen-temen makan enak saya nya gak bisa, jadikan gak leluasa makannya ..." (P8)

" ... Selama tinggi itu, ya kita, istilahnya uring-uringan lah, ..." (P2)

" ... 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)

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Handley, Pullon, dan Gifford (2010) 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 dapat merugikan karena mempengaruhi kemampuan dalam memonitor kondisi, memulai pencarian perawatan, serta pengambilan 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, 2009) yang dapat memperburuk pengendalian glukosa serta gejala DM (Lustman, 1988; dalam Taylor, 2009). Perasaan sedih yang berkepanjangan dapat menimbulkan depresi yang dapat terjadi sebagai reaksi lambat terhadap

penyakit kronik karena pemahaman terhadap implikasi sepenuhnya membutuhkan waktu (Taylor, 2009).

Respon partisipan terhadap pengaturan manajemen perawatan DM meliputi kebingungan mengelola DM dan penyakit lain yang terjadi bersamaan karena anjuran untuk penyakit yang satu menjadi pantangan bagi penyakit yang lain, menyangkal karena merasa hampir semua makanan dilarang untuk dikonsumsi karena komplikasi penyakit, serta merasa putus asa dengan kegagalan manajemen perawatan yang dilakukan. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

" ... itu gimana caranya mengatasi penyakit, diobatin yang satu, satunya lagi nggak mau ... terus saya ini ada asupan gizi darimana semua hampir banyak yang dipantang... jadi ada masalah kecil gitu susah dilangi, udah kita minta, sholat ... tapi rasanya susah ..." (P3)

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

Respon terhadap pengaturan manajemen perawatan yang dialami diabetisi sesuai dengan pendapat yang menyatakan kompleksitas penatalaksanaan terapi dapat menimbulkan ketidakpastian (Hitchcock, Schubert dan Thomas, 1999) serta kepatuhan yang rendah (Haynes, Taylor & Sackett, 1979 dalam Delamater, 2006) pada kondisi kronis seperti DM. 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, 2009). Keputusan yang berlangsung lama dapat menyebabkan depresi. Penyakit DM yang bersifat kronis, progresif dan tidak dapat sembuh menyebabkan keputusan sampai dengan depresi yang ditemukan meningkat seiring timbulnya gangguan fisik (Taylor, 2009).

Tema 3 :Manajemen diit

Pada tema manajemen diit teridentifikasi sub tema modifikasi dan aturan diit.

" ... Kalau nasi ... itu boleh dikatakan saya makannya udah sedikit, ... sekepelan (memeragakan kepalan tangan)... ya dalam keseharian, paling ya, pas ini kan, kalau udah ada nasi kemaren, saya makan nasi itu." (P3)

" ... minum juga gak pernah manis ... kalo lemes sekali baru dibikin air manis ... trus kalo kadang-kadang saya bikin nasi merah ... kalo beras merah rada banyakan, sepiring kecil ..." (P8)

" ... makan dikit aja, sayuran yang banyak ... lauknya yang banyak ... nyeduh susu, teh, gulanya gula (menyebutkan nama dagang gula rendah kalori) aja, nggak makan gula putih ..." (P7)

" ... terus kalau ibu makan kulupan aja tu, cepet turun ... ya, seperti ubi rebus, singkong, kayak gitu-gitu ... kentang ... kata nya ini (beras merah), kadar itu (gula)-nya kurang ... " (P6)

Modifikasi diit dilakukan dengan mengatur jumlah dan pola makan. Pada subtema aturan diit DM teridentifikasi topik tentang hal yang memotivasi untuk

mempertahankan aturan diit, dampak mematuhi aturan diit, serta situasi saat melanggar aturan diit.

Mengatur jumlah makan dilakukan dengan mengurangi konsumsi nasi dan makanan atau minuman manis serta memperbanyak konsumsi sayur, lauk, serta buah. Pada awal setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan, diabetisi menghitung dengan teliti jumlah kalori yang dikonsumsi dalam sehari dan sekali makan. Setelah beberapa waktu diabetisi hanya membuat perkiraan jumlah nasi atau makanan yang dikonsumsi dalam sehari atau sekali makan dengan alasan merepotkan apabila harus menghitung secara rinci. Mengatur pola makan dilakukan dengan mengkonsumsi nasi kemaren, beras merah, gula rendah kalori dan makanan pengganti nasi seperti ubi rebus, singkong, kentang dengan alasan kadar glukosa yang rendah serta agar bisa makan lebih banyak. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut:

Pada sub tema hal yang memotivasi untuk mempertahankan aturan diit teridentifikasi 2 kategori yaitu berpikir tentang substansi makan bahwa

inti makan adalah memenuhi kebutuhan tubuh bukan keinginan serta sudah merasakan kenyamanan dengan pola diet yang dijalankan. Pada sub tema dampak positif mematuhi aturan diet muncul 3 kategori yaitu badan terasa nyaman, gula darah stabil, serta merasa badan lebih bugar. Dampak negatif mematuhi aturan diet yang dirasakan partisipan yaitu berkurangnya tenaga, tetapi dampak ini dirasakan terutama saat awal melaksanakan aturan diet, setelah beradaptasi gejala tenaga yang menurun sudah berkurang. Alasan melanggar aturan diet pada partisipan meliputi kebosanan, lupa, kecerobohan, serta gagal mengendalikan keinginan. Situasi saat melanggar aturan diet pada partisipan yaitu saat merasa sehat, tidak ada yang mengawasi atau mengingatkan, sibuk, tersedia banyak makanan seperti pada saat ada arisan atau hajatan, serta saat tersedia makanan kesukaan seperti jengkol atau cemilan dan kue. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

Diabetisi diperbolehkan makan semua jenis makanan tetapi harus ditentukan jumlah atau ukurannya, membatasi gula, lemak, dan kadang-kadang harus membatasi garam. Pengaturan jumlah makanan pada diabetisi didasarkan pada tinggi badan, berat badan, jenis aktivitas dan umur kemudian dihitung dan ditentukan jumlah kebutuhan kalori yang tepat dalam sehari. 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. Pada diabetisi lemak jenuh, kolesterol, serta gorengan direkomendasikan untuk dibatasi. Sedangkan buah dan sayur direkomendasikan pada diabetisi karena mengandung mineral, vitamin serta dapat memperlambat penyerapan glukosa (Kariadi, 2009).

Kendala yang dihadapi diabetisi dalam melaksanakan diet sesuai dengan temuan Simanjuntak (2010) yaitu rasa

" ... ukuran makan ya gitu-gitu aja ... istilah setelan mobilnya sudah pas, saya pertahankan ... (setelah mengurangi porsi makan) ya, otomatis faktor tenaga sedikit berkurang ..." (P2)

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

" ... Ya gitu rasanya kalau kita nggak makan banyak rasanya enak, kalau makan banyak, ya berasa ... cuman makannya, kadang-kadang ibu lupa, udah diatur lupa gitu, begitu-begitu aja ... kan jengkolkan dilarang, gua makan juga ... itukan makanan yang anu (meningkatkan) ... nafsu makan ..." (P7)

" ... makan nggak enak bosan ... kalau sudah sehat, kadang mbhandhel ..." (P1)

" ... kepengen ... kalau abis makan harus ngemil ... suka lupa, nggak ada yang ngingetin ... kalau lagi bayak hajatan disitu hambatan, ... susahny disitu cemilannya kan manis -manis ..." (P6)

bosan dan malas dengan menu yang sesuai aturan. Perasaan bosan dinyatakan oleh diabetisi pada penelitian ini karena makan harus diatur dan dibatasi.

Tema 4 Manajemen Aktivitas Fisik

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 latihan fisik atau olahraga yang dirasakan diabetisi meliputi badan terasa enak serta jarang kambuh atau naik kadar gula darahnya. Beberapa alasan yang menyebabkan diabetisi tidak rutin melakukan olahraga yaitu ketidakmampuan fisik, kesibukan, serta tidak ada yang menemani. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

" ... setiap jam lima saya jalan ... ada temen, kalau nggak ada temen nggak mau ... jam lima sampai jam enam, satu jam ... enak kalau jalan tu jarang kumat..." (P4)

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

"... 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 ..." (P1)

Olahraga merupakan salah satu pilar penting penatalaksanaan DM. Manfaat olah raga bagi diabetisi meliputi meningkatkan pemakaian energi, mengurangi resistensi insulin, serta memperlancar sirkulasi darah. Prinsip olah raga pada diabetisi adalah terus menerus atau kontinyu, berirama atau ritmis, berselang atau interval, meningkat secara bertahap atau progresif, serta jenis latihan daya tahan atau endurance. Jenis olah raga yang direkomendasikan yaitu jalan kaki, berlari, berenang,

bersepeda, dan mendayung (Kariadi, 2009).

Alasan diabetisi tidak melakukan olah raga 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 (Kariadi, 2009). Diabetisi memerlukan dukungan dalam melaksanakan manajemen perawatan, termasuk aktivitas fisik. 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.

Tema 5: Manajemen Terapi Obat

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 berupa perasaan *ndhredheg* atau berdebar-debar dan lemas.

Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

" ... sekarang saya nggak minum obat ... sekarang minum itu aja daun salam ... takut saya, udah turun pake ramuan aja udah ya saya nggak minum obat .. takut ada efeknya gitulah ..." (P4)

" ... saya minum obatnya terus..setiap sebelum makan saya minum obat gula, 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)

" ... (tidak minum obat karena) minum obat dari terapi ..." (P1)

" ... (obat diganti dengan obat herbal) konsultasi dengan dokter ... oke..." (P2)

" ... dikasih pil gitu tapi saya lemes, ndhredheg ga kuat ... akhirnya pilnya saya ga minum, alhamdulillah besoknya saya cari sendiri obat yang pahit-pahit yang orang ajarin ... turun deh ... (P5)

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, selain mual serta nafsu makan berkurang. (Kariadi, 2009)

Diabetisi pada penelitian ini ada yang menggunakan terapi alternatif sebagai pengganti obat medis serta ada yang menggunakannya sebagai pelengkap dengan mengkombinasikannya. Hasil penelitian ini sesuai

yang menemukan bahwa diabetisi di AS menggunakan pengobatan komplementer atau alternatif sebagai suplemen bukan pengganti rejimen biomedis.

Tema 6: Manajemen Kunjungan ke Pelayanan Kesehatan

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, puskesmas; sampai dengan pelayanan kesehatan sekunder di rumah sakit. Contoh pernyataan partisipan adalah 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 ... saya ke dokter rumah sakit (menyebutkan nama RS), ... kadang-kadang ke puskesmas, kadang-kadang ke dokter klinik sore ..." (P3)

" ... periksanya jarang, ... nggak rutin periksanya ..." (P7)

" ... kan kita, sama dokter (menyebutkan nama RS) ..." (P2)

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 atau 3 bulan sekali baik secara mandiri ataupun oleh petugas kesehatan (Kariadi, 2009). Salah satu diabetisi pada penelitian ini menyatakan mengkombinasikan terapi alternatif dengan medis disesuaikan dengan kondisi keuangan. Apabila sedang ada keuangan yang cukup memanfaatkan terapi alternatif, apabila sebaliknya memeriksakan diri ke Puskesmas.

Tema 7: Pemanfaatan Terapi Alternatif

Berbagai upaya dilakukan oleh diabetisi untuk mempertahankan kadar gula darahnya, termasuk mencoba semua jenis terapi alternatif. Jenis pengobatan

alternatif yang dimanfaatkan oleh diabetisi meliputi bekam, pijat refleksi, serta konsumsi obat bahan alam. Terapi alternatif dimanfaatkan oleh diabetisi dengan alasan hasil terapi medis belum memuaskan serta harganya yang terjangkau. Bahan obat alternatif DM yang dimanfaatkan meliputi bahan herbal seperti rebusan daun salam, jamu pahit, biang kunyit, kumis kucing, meniran, biji mahoni dan bahan hewani seperti *undur-undur*. Efek penggunaan terapi alternatif yang dirasakan diabetisi meliputi peningkatan rasa nyaman di tubuh, penurunan kadar glukosa darah, efek terapeutic yang tidak memuaskan, serta efek negatif berupa sakit lambung yang menurut partisipan terjadi akibat terlalu banyak mengkonsumsi bahan obat alternatif yang pahit. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

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

" ... Ga tahu saya namanya, sakit lho, jarum dimasukin, krek gitu, terus, langsung anu, disedot kayaknya, darahnya ... kok, saya pulang, sepuluh hari di rumah sakit itu ya ... 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 ... suruh makan maoni segala macem, tu maoni masih banyak yang nggak dimakan ..." (P1)

" ... terus pulang dari haji ngobrol sana ngobrol sini, pengalaman sono pengalaman sini, semua ... dari yang refleksi sampe obat yang paling pait di dunia ... dan soal harga (obat herbal) kayaknya relatif terjangkau, dua puluh ribu lima ratus apa ya segini (menunjukkan botol obat herbal) ... (setelah mengkonsumsi herbal) efeknya ya, enak aja di badan ... kemarin (kadar gula darah) seratus, sembilan puluh lima, kan udah turun banyak itu, mendekati..." (P2)

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

" ... dulu bapanya pernah cari undur-undur ... ya saya gimana sih makan undur - undur hidup- hidup ..." (P6)

" ... Ya gitu, modelnya rupa-rupa ... tapi, enak rasanya abis makan doang, abis itu kerasa lagi, ... obat penyakit apa aja katanya, ... saya rasain, ya gitu-gitu aja ..." (P7)

Pemanfaatan terapi alternatif banyak dilakukan oleh diabetisi dan terbukti ada yang efektif membantu perawatan DM. Penelitian Schoenberg, Stoller, Kart, Perzynski, dan Chapleski (2004) menemukan 1 dari 4 diabetisi di AS menggunakan pengobatan komplementer atau alternatif. Terapi ginseng pada diabetisi tipe 2 dapat meningkatkan mood, meningkatkan penampilan psikofisikal, serta menurunkan gula darah puasa dan berat badan (Sotaniemi, Haapakoski, dan Rautio, 1995).

Tema 8: Upaya Spiritual dalam Manajemen DM

Praktik spiritual yang dilakukan diabetisi meliputi berdoa kepada Tuhan serta menyerahkan masalah penyakit kepada Tuhan. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

" ... Ya saya minta sama Allah, harus dipulihkan, dialihkan penyakit saya yang di dalam ini..." (P1)

" ... banyak pasrah dari pada naevelnya ..." (P2)

Temuan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian lain yang menemukan bahwa diabetisi menggunakan beberapa sarana dan praktek keagamaan atau spiritual sebagai koping 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). 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 di gereja menjadi prediktor kadar protein C-reaktif (CRP) yang rendah pada diabetisi

Tema 9 Motivasi Melakukan Perawatan DM.

Motivasi yang mendasari diabetisi melakukan perawatan DM yang teridentifikasi dalam penelitian ini yaitu untuk mempertahankan kualitas hidup yang baik yang meliputi harapan kesehatan yaitu keinginan diabetisi supaya sembuh, supaya normal, supaya sehat, supaya tidak mengalami komplikasi DM, supaya panjang umur,

serta supaya bisa mandiri dan tidak membebani keluarga; harapan terkait keluarga yang meliputi keinginan untuk selalu berkumpul dengan keluarga serta masih dapat melaksanakan tanggung jawab keluarga, harapan spiritual agar bisa tetap terus beribadah, serta harapan ekonomi agar dapat meneruskan usaha yang menjadi penopang hidup keluarga. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

" ... ibu berusaha pengen sembuh kadang tanya ama dokter obatnya gimana ... gimana cara nya biar cepat sembuh ... ya umur panjang ... pengen nerusin usaha...." (P6)

" ... takutnya ini apa, takut ngoreng, kalau udah ngorengkan, banyakkannya yang ngoreng nggak ketulungan ... emang ngerinya ngoreng, makanya anak-anak bilang kalau pergi pake sandal ..." (P7)

" ... 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 ..." (P8)

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

Motivasi mempertahankan kualitas hidup diabetisi pada penelitian ini sejalan dengan pendapat Coons dan Caplan (1992, dalam Taylor, 2009) 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 orang yang bersangkutan (Taylor, 2009), termasuk diabetisi sendiri. 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). Kepercayaan kesehatan terkait DM, misalnya tentang keseriusan

penyakit DM, kerentanannya terhadap komplikasi serta keefektifan program perawatan dapat menimbulkan kepatuhan yang lebih baik (Brownlee-Duffeck et al; 1987, dalam Delamater, 2006).

Faktor pendukung dalam mempertahankan manajemen perawatan DM bersumber dari dukungan orang-orang terdekat dengan diabetisi yang meliputi keluarga inti, keluarga besar, serta teman yang memberikan berbagai jenis dukungan yang diperlukan meliputi mengingatkan, memberikan nasehat, menyediakan keperluan, keuangan, tempat mencurahkan perasaan, memberikan semangat, serta menekankan prioritas pada perawatan kesehatan. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut :

" ... (suami) nggantikan tugas saya, nyuci, nggosok, momong cucu, macem-macem kerjaan yang lain ... na terus Alhamdulillah ... ya kalau saya si memang ... didukung juga sama anak, untuk berobat, ya kalau kita ngomong, umpama nggak punya duit nih, saya mau, mbesok mau kontrol gitu, ..." (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)

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

Faktor dukungan mempengaruhi self care management pasien DM. 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 diet, kegagalan memori, serta kegagalan diri yang dirasakan dalam mengendalikan diabetes ditemukan menghambat perilaku manajemen diri diabetisi (Chlebowy, Hood, LaJoie, 2010).

Fungsi kelompok dukungan sosial 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 sosial, 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 yang mengakibatkan sakit (Pender, Murdaugh, Parson; 2002). Dukungan sosial ditemukan berkaitan dengan kesehatan dan umur yang panjang Lepore (1998, dalam Anderson & Mc Farlane, 2004).

Kelompok dukungan pada diabetisi dapat bersumber dari keluarga yang merupakan kelompok pendukung utama serta organisasi komunitas

(Pender, Murdaugh, Parson; 2002). Keluarga memberikan dukungan pada diabetisi dengan berbagai fungsinya yang meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, maupun fungsi perawatan kesehatan (Friedman, Bowden, Jones; 2003). Keberhasilan perawatan pada diabetisi ditentukan oleh keluarga karena pengaruhnya dalam membentuk perilaku dan menciptakan lingkungan yang sehat (Pratt, 1982 dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Dukungan keluarga memperbaiki perawatan diri universal maupun perawatan diri terkait penyakit pada kelompok diabetisi (Wang & Fenske, 1996). Sebaliknya, ketidakadekuatan dukungan keluarga akan menyebabkan kadar gula darah yang buruk (Iswor, 2008).

Penelitian ini mengidentifikasi 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. 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; sosial 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.

Dukungan kelompok misalnya kelompok swa-bantu (self help group/ SHG) merupakan sumber bantuan yang penting di komunitas karena memfasilitasi 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

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 mendekatkan 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 pada anggota keluarga yang lain. Contoh pernyataan partisipan sebagai berikut:

" ... mungkin kalau udah pensiun supaya gerakan (aitivitas) tidak seperti dulu ... 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 ... merupakan pelajaran terutama bagi saya sendiri, kalau anak cucu kalau misalnya makan agak anu (berlebihan), kita bisa ngomong jangan ... jangan ..." (P2)

merupakan mekanisme terapeutik yang penting (Roberts et al, dalam Pender, Murdaugh, Parson; 2002).

Tema 10: Pengalaman Spiritual dan Pelajaran Hidup

Pengalaman menderita DM dan diharuskan merawat penyakit dalam waktu lama mempunyai arti dan makna tersendiri bagi diabetisi. Penyakit DM yang sulit sembuh dan perawatannya yang kompleks menyebabkan diabetisi memandangnya sebagai ujian atau

Pandangan seperti yang 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, 2005). Sehat tidak terbatas pada ada dan tidaknya penyakit, tetapi sehat adalah kesadaran yang meningkat. Sehat dipandang sebagai proses berkembangnya kesadaran

" ... pokoknya kalo saya ... semua yang diuji sama Allah 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

tentang diri dan lingkungan bersama dengan suatu kemampuan untuk merasakan alternatif-alternatif dan berespon dengan cara yang beragam. Sehat dipandang sebagai pola kesemestaan seseorang dan sakit merupakan salah satu manifestasi dari pola kesemestaan (Brown, dalam Tomey & Allgood, 2006).

SIMPULAN DAN SARAN

Berbagai fenomena pengalaman diabetisi menggambarkan keunikan diabetisi dalam menghadapi penyakit DM dan melaksanakan manajemen terapinya yang kompleks.

Perawatan DM di rumah melibatkan berbagai aspek yang kompleks, perlu diinisiasi upaya untuk mensinergikan semua sumber yang dapat membantu diabetisi melaksanakan perawatan secara komprehensif dan holistik serta pemberdayaan kelompok dukungan sosial agar dapat mendukung praktik perawatan pada diabetisi. Pengembangan program yang komprehensif perlu dirancang untuk membantu diabetisi melakukan perawatan dengan tepat dengan tujuan dan target perawatan yang realistis dan sesuai dengan kemampuan dan kehendak diabetisi. Penelitian lebih lanjut tentang fenomena perawatan DM di rumah perlu dilakukan terutama terkait dengan fenomena pemanfaatan terapi alternatif yang efektif dan aman untuk perawatan DM, dukungan dalam perawatan serta konteks dan aspek spiritual pada penyakit DM dan perawatannya.

DAFTAR PUSTAKA

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

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

CDC (2010) *Long Term Trends in Diabetes*. www.CDC.gov. 5 Mei 2011

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>. 8 Februari 2011

Delamater, A.M (2006) *Improving Patient Adherence*
clinical.diabetesjournals.org 30 Maret 2011

Dinas Kesehatan Kota Depok (2009) *Profil Kesehatan kota Depok 2008*. www.dinkes.depok.go.id. 28 Maret 2011

Dinas Kesehatan Kota Depok (2010) *Profil Kesehatan kota Depok 2009*. www.dinkes.depok.go.id. 28 Maret 2011

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

- Friedman, M.M, Bowden, V.R, Jones, E.G (2003) *Family nursing: research, theory, and practice 5th ed.* Upper saddle River, New Jersey: Prentice Hall
- 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
- Lager, JM (2006) Relationship among Religious Coping, Psychosocial Factors, and Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes. Disertasi
- Litbangkes Depkes (2008) Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007. Depkes RI: Jakarta
- Kariadi, SHKS (2009). Diabetes? Siapa Takut!!!. Panduan lengkap untuk Diabetisi, Keluarganya, dan Profesional Medis. Bandung: Mizan Media Pustaka.
- 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
- NIDDK (2011) *National Diabetes Statistics.* March, 16th 2011. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease.
<http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/>
- Pender, N.J, Murdaugh, C.L, dan Parsons, M.A (2002) *Health promotion in nursing practice 4th 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 5th ed.* Philadelphia: Lippincott
- Potter, P and Perry, A.G (2005). *Fundamental of Nursing.* (6th ed). USA : Mosby
- Purba, Chandra Isabella H (2008) Pengalaman Ketidakpatuhan Pasien terhadap Penatalaksanaan Diabetes Melitus: Studi Fenomenologi Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta. Tesis. FIK UI. Tidak Dipublikasikan.
- Scoenberg, NE; Stoller, EP; Kart, CS; Perzynski, A; Chapleski, EE. (2004) Complementary and Alternative Medicine among Multiethnic Sample of Older Adults with Diabetes Mellitus. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. December 2004.
<http://www.liebertonline.com>. * Juli 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) eprints.undip.ac.id. 26 januari 2011

- Sotaniemi, EA; Haapakoski, E; Rautio, A (1995) *Ginseng Therapy in Non-Insulin-Dependent Diabetic Patients*. www.ncbi.nlm.nih.gov. 11 April 2011
- Stanhope, M, Lancaster, J (2004) *Community & Public Health Nursing* 6th ed. St Louis: Mosby
- 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*
- Tomey, M; Alligood, (2006). *Nursing Theorist and their Works*. (6th ed). St.Louis: Mosby Elsevier, Inc.
- 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
- WHO (2011) *Diabetes Programme: Country and Regional Data*. <http://www.WHO.int>. 16 Maret 2011