

SKRIPSI

**MEKANISME KOPING PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS
YANG KONTROL RUTIN DI POLI PENYAKIT DALAM
RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN**

QUALITATIVE FENOMENOLOGIS RESEARCH

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh:
DEVI HIJRATUR ROHMAH
NIM. 010810027B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi

Surabaya, 25 Juni 2012

Yang Menyatakan

Devi Hijratur Rohmah

010810027B

MOTTO

IMPOSSIBLE IS NOTHING

AND

BECAUSE LIFE JUST ONCE,

JUST DO THE BEST

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan Syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“MEKANISME KOPING PADA PENDERITA DIABETES YANG MELAKUKAN KONTROL RUTIN DI POLI PENYAKIT DALAM RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada program studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari kesulitan dan hambatan, namun berkat dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih., S. Kp., M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan
2. Seluruh jajaran dekanat antara lain Wakil Dekan I, Wakil Dekan II, dan Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Terima kasih atas semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan
3. Abu Bakar, M.Kep.,Sp.KMB selaku dosen pembimbing pertama. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk membimbing saya. Terima kasih telah memotivasi saya

untuk teguh, disiplin dan pantang menyerah. Terima kasih telah membuat saya lebih yakin sebagai seorang perawat.

4. Erna Dwi Wahyuni, S. Kep., Ns selaku dosen pembimbing kedua. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, petunjuk, koreksi, semangat dan waktu yang telah diluangkan serta teladan sehingga skripsi ini terselesaikan. Terima kasih atas segala bantuan dan dukungan yang telah diberikan terlebih disaat menghadapi kesulitan selama skripsi
5. Harmayetty, S. Kep., M. Kes selaku Penguji ujian proposal hingga penguji skripsi yang telah memberikan bimbingan dan arahan untuk menyelesaikan skripsi ini
6. Sriyono, S. Kep, Ns., M. Kep, Sp. KMB selaku pembimbing akademik. Terima kasih atas segala perhatian terhadap fluktuasi nilai-nilai saya dan mendorong saya untuk lebih meningkatkan prestasi saya.
7. Bapak dan Ibu dosen beserta staf tata usaha dan perpustakaan FKp UNAIR. Terimakasih atas semua ilmu yang telah diberikan
8. Kelima partisipan yang dengan tulus dan ikhlas bersedia menjadi partisipan, sehingga dapat terselesaikannya skripsi ini
9. Bagian Penunjang RSUD Dr. Soegiri Lamongan yang telah membantu saya dalam kelancaran penelitian saya.
10. Perawat dan dokter poli interna RSUD Dr. Soegiri Lamongan yang telah membantu dalam proses penelitian saya
11. Orang Tua saya, Ibu Fadlikhatul Mustaqimah yang senantiasa memberikan dukungan yang sangat besar dikala keadaan saya sedang terpuruk.

12. Kedua saudara saya, Hanifatul Rahmah dan Abdurrahman Nasir yang selalu mendorong dan memberikan dukungan untuk tetap semangat menjalani skripsi saya hingga akhir
13. Cipta Perdana Wijaya, yang selalu ada dan memberikan motivasi dan kesabaran di saat saya membutuhkan.
14. Sahabat-sahabat saya Kinanthi Rosyana, Hilyah Intan Rohmah, Rr. Prasintia, dan Riska Nur Amalia, terima kasih atas kebersamaan yang telah kalian berikan selama ini.
15. Teman-teman seperjuangan saya, yang sama-sama merantau dari luar pulau, Prealisa Dwi Antopo (Kaltim), Sonia Hadiyanti (NTB), Juniyaska Hadi Pratama (NTB). Terima kasih atas perjuangan dan kebersamaannya di FKp ini.
16. Seluruh teman-teman A8, terima kasih telah mendukung saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
17. Semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Saya sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan ilmu keperawatan

Surabaya, Juli 2012

Penulis

ABSTRACT

THE COPING MECHANISM IN DIABETIC THAT CONTROL IN INTERNAL DIVISION RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN Qualitative Phenomenology Research

By: Devi Hijratur Rohmah

Coping mechanism was an individual effort to deal with a stressor. Diabetes mellitus was a degenerative disease that could not be cured and could become a stressor for the patients. If this stressor unhandled it can make the condition of patients become worse. The object of this research was to know the coping mechanism of diabetic person.

This study was qualitative phenomenology research which used in-depth interview. The population in this research was the diabetic patient who routine control in internal division RSUD Dr. Soegiri Lamongan. This research was using purposive sampling with five people as the samples. The recording result of interview would be transcribed as the data. Data would be classified depend on the criteria inclusion and would be analyzed by reduction, data serving, and data conclusion to get the good result.

The results showed that interviews with partisipants indicated they have accepted their condition by making efforts to deal with negative feelings experienced through self control, taking a positive appraisal and accepting the responsibility. They tended able to do a good self-management to deal with diabetes mellitus by performing the routine control, dietary changes, looking for information about diabetes mellitus and exercise regularly. Partisipants were also getting support from family, friends, and health professionals.

It conclude that coping mechanisms were performed by diabetic person include emotional focused coping to deal with negative emotions and problem focused coping to deal with diabetes itself through management regimen task. Therefore, the nurse should also asses the emotional needs of the patients found the coping mechanism that patients do. Moreover nurse can determine an effective intervention for patients with diabetes mellitus.

Keywords: coping mechanism, diabetes mellitus, emotional focused coping, problem focused coping.

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Halaman Pernyataan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji	iv
Halaman Motto	v
Ucapan Terima Kasih	vi
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Singkatan	xiv
Bab 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat praktis	5
Bab 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Sehat Sakit.....	7
2.1.1 Definisi personal tentang sehat.....	7
2.1.2 Model <i>Agent-Host-Environment</i>	7
2.1.3 Kontinum sehat-sakit	9
2.1.4 Variabel yang mempengaruhi status, kepercayaan, dan praktik kesehatan	9
2.1.5 Definisi sakit dan perilaku sakit	11
2.1.6 Faktor yang mempengaruhi perilaku sakit	12
2.1.7 Tahap perilaku sakit	13
2.1.8 Efek sakit	15
2.2 Konsep Sehat Sakit pada Penderita DM	16
2.2.1 Definisi Diabetes Mellitus.....	16
2.2.2 Konsep sakit pada penderita DM.....	17
2.2.3 Mekanisme koping pada penderita DM	18
2.2.4 Dampak psikologis DM	25
2.3 Psikososial pada Penderita DM.....	27
Bab 3 METODE PENELITIAN	32
3.1 Desain Penelitian	32
3.2 Populasi, Besar Sample, dan Tehnik Sampling	33
3.3 Kerangka pikir	35
3.4 Instrumen Penelitian, Uji Validitas dan Reliabilitas Penelitian.....	35
3.4.1 Instrumen penelitian.....	35

3.4.2 Uji Keabsahan.....	36
3.5 Tempat dan Waktu Penelitian.....	39
3.6 Prosedur Pengambilan Data.....	39
3.7 Kerangka Operasional.....	43
3.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	43
3.8.1 Pengolahan data.....	43
3.8.2 Analisis data.....	44
3.9 Etika Penelitian.....	45
3.10 Keterbatasan Penelitian.....	46
Bab 4 HASIL PENELITIAN.....	48
4.1 Hasil Penelitian.....	48
4.1.1 Gambaran tempat penelitian.....	48
4.1.2 Karakteristik partisipan.....	49
4.1.3 Hasil penelitian mekanisme koping.....	50
Bab 5 PENUTUP.....	65
5.1 Kesimpulan.....	65
5.2 Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA.....	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Segitiga Agents-Host-Environment (Kozier,2011).....	8
Gambar 3.1 Kerangka pikir mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita DM.....	35
Gambar 3.2 Kerangka operasional	43
Gambar 4.1 Hubungan emosional focused coping dan <i>problem focused</i> <i> coping</i>	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Penelitian	70
Lampiran 2	Penjelasan penelitian	75
Lampiran 3	Lembar persetujuan menjadi partisipan	77
Lampiran 4	Data demografi Partisipan	78
Lampiran 5	Panduan Wawancara Semi Terstruktur	81
Lampiran 6	Satuan Acara Kegiatan	82
Lampiran 7	Jadwal Pengambilan Data.....	84
Lampiran 8	Analisis Tematik	86
Lampiran 9	Verbatim	91

DAFTAR SINGKATAN

CKD	: Chronic Kidney Disease
DEPKES	:Departemen Kesehatan
DM	: Diabetes Mellitus
HIV	: <i>Human Imuno Deficiency Virus</i>
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
ISPA	: Infeksi Saluran Pernafasan Atas
NIDDM	: <i>Non Independen Diabetes Mellitus</i>
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah melebihi normal dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relative maupun absolut. Bila hal ini dibiarkan tidak terkendali dapat terjadi komplikasi vaskuler jangka panjang (Hastuti, 2008). Berdasarkan studi awal yang dilakukan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan pada bulan Maret 2012 penderita DM yang di rawat di ruang rawat inap pada umumnya tidak menyadari penyakitnya sehingga terlambat datang ke dokter, penyakitnya dinyatakan sudah kronis, sehingga perlu perawatan di rumah sakit. Penderita yang rata-rata juga merupakan masyarakat miskin cenderung bingung dengan biaya pengobatan sehingga ingin cepat dipulangkan dan dilakukan rawat jalan serta tentang penyakit yang tidak kunjung sembuh. Sedangkan pada pasien poli interna RSUD Dr. Soegiri Lamongan rata-rata tidak mengalami komplikasi tetapi harus menjalani kontrol rutin 1 bulan sekali. Faktor-faktor di atas dapat menjadi stressor fisik maupun psikologis bagi penderita sehingga memicu terjadinya stress. Hal ini dapat berlanjut menjadi perasaan gelisah, takut, cemas, dan depresi.

Penderitaan akibat suatu penyakit salah satunya DM adalah suatu realita yang harus dihadapi, untuk itu individu harus berusaha mengatasi keadaan yang menekan, menantang, mengancam atau yang disebut dengan mekanisme koping (Yulianti, 2009). Menurut Lotter, J (1989) dalam Yulianti (2009) secara umum berfikir positif dan menghindari pikiran negatif merupakan strategi koping yang

baik. Mekanisme koping adaptif mempunyai pengaruh positif terhadap kesehatan misalnya koping adaptif dalam mengatur pola diet yang nantinya akan mempengaruhi pengontrolan kadar gula darah.

Berdasarkan penelitian Priyanti (2011) mengenai faktor yang mempengaruhi mekanisme koping pada penderita Diabetes Mellitus didapatkan hasil 55,1% dari 89 orang partisipan yaitu 49 orang partisipan memiliki mekanisme koping yang adaptif. Oleh karena itu peneliti ingin meneliti lebih jauh lagi mengenai mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita DM selama sakit.

Menurut survey yang dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) jumlah penderita DM di Indonesia pada Tahun 2000 terdapat 8,4 juta orang dan menempati urutan ke-4 terbesar di dunia. Secara epidemiologi, diperkirakan bahwa pada tahun 2030 prevalensi DM di Indonesia mencapai 21,3 juta orang (Diabetes Care, 2004). Sedangkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, diperoleh bahwa proporsi penyebab kematian akibat DM pada kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan menduduki ranking ke-2 yaitu 14,7% dan daerah pedesaan, DM menduduki ranking ke-6 yaitu, 5,8%. Berdasarkan studi awal yang dilakukan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan pada bulan April 2012 didapatkan data jumlah penderita yang melakukan kontrol rutin pada bulan Maret adalah 501 orang dengan jumlah kasus baru sebanyak 34 kasus.

Penyakit DM dapat menimbulkan dampak masalah yang sangat kompleks dan luas. Masalah yang ditimbulkan bukan hanya dilihat dari segi medis saja tetapi bisa meluas sampai kepada masalah ekonomi sosial, budaya, keamanan dan ketahanan sosial (DEPKES RI,1990 dalam Sriwidatin, 2008). Dampak terhadap psikologi dapat berupa marah, cemas, depresi, ketakutan, rasa

bersalah/rasa malu, selain itu juga berdampak bagi tubuh berupa metabolik kontrol yang jelek (Tjokroprawiro, 1994 dalam Sriwidatin, 2008). Dampak psikologi ini ditimbulkan oleh komplikasi berupa stroke, gagal ginjal, jantung, nefropati, kebutaan, dan bahkan harus menjalani amputasi jika anggota badan menderita luka gangren (Sumarwati, 2008). Selain komplikasi, dampak psikologis juga ditimbulkan oleh beberapa kerugian akibat DM yang digolongkan menjadi kerugian langsung dan kerugian tidak langsung. Kerugian langsung meliputi biaya perawatan gawat darurat, operasi, pelayanan-pelayanan medis, rawat jalan penderita, pembedahan, obat-obatan, uji laboratorium serta biaya peralatan. Kerugian tidak langsung mencakup kematian, kehilangan hari kerja yang mengakibatkan hilangnya pendapatan dan penghasilan, pembayaran asuransi, kerugian perorangan serta hal-hal yang tidak bisa dihitung seperti rasa nyeri dan penderitaan (Price, 1994 dalam Sumarwati, 2008). Stresor-stresor di atas dapat menimbulkan upaya untuk mengatasi stres yang disebut dengan mekanisme koping (Widodo, 2010).

Menurut Lazarus (1998) dalam Widodo (2010) koping terdiri atas usaha kognitif dan perilaku yang dilakukan untuk mengatur hubungan eksternal dan internal tertentu yang membatasi sumber seseorang. Koping individu merupakan proses yang aktif dimana individu menggunakan sumber-sumber dalam individu dan mengembangkan perilaku baru yang bertujuan untuk menumbuhkan kekuatan dalam individu, mengurangi dampak stres dalam kehidupan. Koping memiliki dua fungsi utama yaitu sebagai *emotion focused coping* dan *problem focused coping*. Sebagai *emotion focused coping*, koping digunakan untuk mengatur respon emosional terhadap stres. Bila individu tidak mampu mengubah kondisi yang

penuh dengan stresor, individu akan cenderung mengatur emosinya. Sebagai *problem focused coping*, coping dilakukan untuk mengurangi stresor yaitu dengan mempelajari cara-cara atau ketrampilan-ketrampilan baru, individu akan cenderung mengubah strategi ini, bila dirinya yakin akan dapat mengubah situasi. *Emotional focused coping* terbagi menjadi 5 strategi coping yaitu kontrol diri, membuat jarak, penilaian kembali secara positif, menerima tanggung jawab, dan lari atau penghindaran. Sedangkan *problem focused coping* terbagi menjadi tiga strategi coping yang berbeda yaitu konfrontasi, mencari dukungan sosial, dan merencanakan pemecahan masalah.

Berdasarkan fenomena di atas peneliti ingin melakukan penelitian lebih lanjut mengenai mekanisme coping yang dilakukan oleh penderita DM selama sakit dalam menghadapi stresor. Dengan mengetahui mekanisme coping yang dilakukan oleh penderita DM dalam menghadapi stresor diharapkan pemahaman mengenai coping stress pada penderita DM tidak hanya sebatas pada hasil akhir dari coping tapi juga mendapatkan gambaran mengenai hal yang dilakukan penderita DM dalam menghadapi stresor.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana mekanisme coping yang dilakukan oleh penderita DM?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan mekanisme coping yang dilakukan oleh penderita DM

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi *emotion focused coping* pada penderita DM
2. Mengidentifikasi *problem focused coping* pada penderita DM

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber pengetahuan baru mengenai gambaran mekanisme koping pada penderita DM melalui pengalaman yang dialami langsung oleh penderita DM. Selain itu, karena sumber dari penelitian ini adalah pengalaman partisipan secara langsung berupa kata-kata maka memudahkan pembaca untuk memahami dan menggambarkan mengenai mekanisme koping pada penderita DM.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi penderita/partisipan

Melalui hasil penelitian ini, dengan mengetahui mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita DM diharapkan pasien bisa mendapatkan pelayanan yang lebih baik dan efektif sesuai dengan kebutuhannya.

2. Bagi perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam menentukan rencanaasuhan keperawatan yang lebih baik khususnya bagi penderita baru. Sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan dapat lebih efektif tidak hanya dalam segi medis tetapi juga dalam segi psikososial sesuai dengan kebutuhan penderita.

3. Bagi instansi tempat penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam memberikan pelayanan yang lebih baik bagi penderita DM.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian mengenai mekanisme koping pada penderita DM ini dapat

menjadi salah satu referensi maupun acuan bagi peneliti selanjutnya yang berminat meneliti lebih jauh lagi mengenai mekanisme koping pada penderita DM.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sehat Sakit

2.1.1 Definisi personal tentang sehat

Sehat merupakan persepsi yang sifatnya amat perorangan. Sebagian besar orang mendefinisikan dan menggambarkan sehat sebagai berikut:

1. Bebas dari gejala penyakit dan nyeri sebanyak mungkin.
2. Dapat aktif dan melakukan apa yang diinginkan dan harus dilakukan
3. Selalu bersemangat

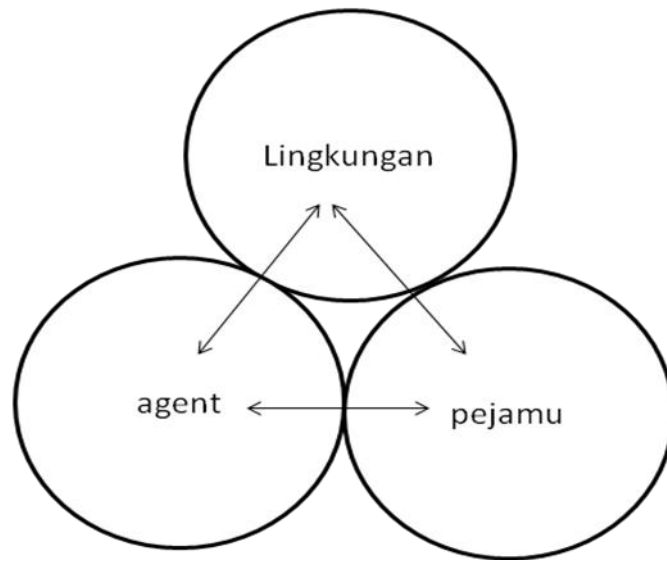
Karakteristik ini menunjukkan bahwa sehat bukan sesuatu yang didapatkan individu secara mendadak pada waktu tertentu. Sehat merupakan suatu proses berkelanjutan sesuai dengan perkembangan seseorang dan mendorong setiap aspek tubuh, pikiran, dan perasaan saling terkait selaras mungkin.

Banyak faktor mempengaruhi definisi individu tentang sehat. Definisi tersebut beragam tergantung pada pengalaman masa lalu individu, ekspektasi diri, usia, dan pengaruh sosiokultural (Kozier,2011).

2.1.2 Model *agent-host-environtment*

Model *agent-host-lingkungan* pada sehat dan sakit, yang juga disebut sebagai model ekologi, berasal dari penelitian Leavel dan Clark (1965) dalam kesehatan komunitas dan telah meluas menjadi teori umum berbagai penyebab penyakit. Model ini terutama digunakan dalam memprediksi penyakit, bukan dalam meningkatkan kesejahteraan, meskipun identifikasi faktor resiko akibat interaksi agent, host dan enviroentment membantu dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan. Model ini memiliki 3 elemen yang saling

berhubungan dinamis.



Gambar 2.1 Segitiga Agents-Host-Environment (Kozier, 2011)

1. *Agents*. Setiap faktor atau stresor lingkungan (baik biologi, kimia, mekanis, fisik, atau psikososial) yang dengan keberadaannya maupun ketiadaannya dapat menyebabkan sakit atau penyakit.
2. *Host*. Individu yang dapat berisiko atau tidak berisiko mengalami suatu penyakit. Riwayat keluarga, usia, dan kebiasaan gaya hidup mempengaruhi reaksi host.
3. *Environment*. Semua faktor di luar pejamu yang dapat atau tidak dapat menyebabkan individu mengalami penyakit. Lingkungan fisik meliputi iklim, kondisi kehidupan, tingkat suara (bising), dan tingkat ekonomi. Lingkungan sosial berupa interaksi dengan orang lain dan peristiwa yang terjadi dalam kehidupan.

Sehat merupakan keadaan yang selalu berubah karena setiap faktor *agents-host-environment* selalu saling mempengaruhi. Ketika semua variabel seimbang, kesehatan dapat dipertahankan, sebaliknya ketika semua variabel tidak seimbang,

timbul penyakit (Kozier,2011).

2.1.3 Kontinum sehat-sakit

Kontinum sehat-sakit dapat digunakan untuk mengukur persepsi derajat kesejahteraan seseorang. Sehat dan sakit atau penyakit dapat dipandang sebagai ujung dan pangkal kontinum sehat. Dari derajat kesehatan yang tinggi, keadaan individu dapat berpindah melewati kesehatan yang baik, kesehatan normal, kesehatan, kesehatan buruk, dan kesehatan yang sangat buruk, dan pada akhirnya kematian. Perpindahan individu dari sehat ke sakit dan dari sakit kembali sehat tidak mempunyai batasan jelas. Posisi individu di dalam kontinum ini dipengaruhi oleh bagaimana individu tersebut dan orang lain memandang mereka terkait sehat dan sakit. Rentang sehat atau sakit berbeda pada masing-masing individu (Kozier,2011).

2.1.4 Variabel yang mempengaruhi status, kepercayaan, dan praktik kesehatan

Banyak variabel mempengaruhi status, kepercayaan, dan perilaku atau praktik kesehatan seseorang. Faktor tersebut dapat berada dalam kontrol sadar atau dapat juga tidak . individu umumnya dapat mengendalikan perilaku sehat mereka dan dapat memilih aktivitas yang sehat maupun yang tidak sehat. Sebaliknya, idividu hanya punya sedikit pilihan atau sama sekali tidak dapa memilih susunan genetik, usia, jenis kelamin, budaya, dan kadang-kadang lingkungan geografis mereka.

1. Variabel internal

1) Dimensi biologik

Susunan genetik mempengaruhi karakteristik biologis, tempramen

dalam diri, tingkat aktivitas, dan potensi intelektual. Ini berhubungan dengan kerentanan penyakit tertentu seperti diabetes. Jenis kelamin mempengaruhi penyebaran penyakit. Beberapa penyakit genetik yang didapat lebih sering terjadi pada satu jenis kelamin disbanding yang lain. Usia juga merupakan faktor yang penting. Dan tingkat perkembangan sangat berpengaruh pada status kesehatan.

2) Dimensi psikologik

Interaksi pikiran-tubuh dapat berpengaruh positif atau negatif pada status kesehatan. Respon emosi terhadap stress mempengaruhi fungsi tubuh. Distres emosi yang lama dapat meningkatkan kerentanan atau memicu munculnya penyakit organik. Reaksi emosi juga terjadi sebagai respon terhadap kondisi tubuh. Konsep diri adalah bagaimana perasaan seseorang terhadap dirinya (harga diri) dan penerimaan terhadap kondisi fisiknya (citra tubuh), kebutuhan, peran, dan kemampuan. Konsep diri mempengaruhi cara seseorang memandang dan menghadapi situasi. Sikap tersebut dapat mempengaruhi praktik kesehatan, respon terhadap stres dan sakit, dan waktu mencari pengobatan.

3) Dimensi kognitif

Gaya hidup adalah cara hidup seseorang secara umum, termasuk kondisi kehidupan dan pola perilaku individu yang dipengaruhi oleh faktor sosiokultural dan karakteristik personal. Secara singkat, gaya hidup sering dianggap sebagai perilaku dan aktivitas yang dapat dikendalikan oleh individu. Pilihan gaya hidup dapat berdampak

positif maupun negatif pada kesehatan. Praktik yang berpotensi menimbulkan dampak negatif pada kesehatan sering dikatakan sebagai faktor resiko. Kepercayaan spiritual dan agama sangat berpengaruh pada perilaku sehat (Kozier, 2011).

2. Variabel eksternal

- 1) Lingkungan
- 2) Standar hidup
- 3) Keluarga dan kepercayaan budaya
- 4) Jaringan dukungan sosial (Kozier,2011)

2.1.5 Definisi sakit dan perilaku sakit

Sakit merupakan kondisi yang sangat personal yang ditandai dengan gangguan fungsi fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, atau spiritual. Sakit sangat subyektif, hanya individu tersebut saja yang dapat menyatakan bahwa dirinya sakit

Penyakit adalah gangguan pada fungsi tubuh yang mengakibatkan penurunan kemampuan atau pemendekan masa harapan hidup normal. Perilaku sakit adalah mekanisme koping, merupakan cara individu menggambarkan, memantau, dan menafsirkan gejala yang mereka alami, mencari obat, dan memanfaatkan sistem layanan kesehatan. Cara orang berperilaku saat mereka sakit sangat individual dan dipengaruhi oleh berbagai variabel, seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, status sosioekonomi, agama, asal etnis, kestabilan psikologi, kepribadian, pendidikan, dan gaya koping (Potter, 2005).

2.1.6 Faktor yang mempengaruhi perilaku sakit

1. Faktor internal

Faktor internal yang penting dan dapat mempengaruhi perilaku pada saat pasien sakit antara lain persepsi mereka terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami. Jika pasien merasa yakin bahwa gejala sakit tersebut dapat mengganggu kehidupan rutinnnya sehari-hari, maka mereka lebih cenderung mencari bantuan kesehatan dibandingkan bila pasien tidak memandang gejala tersebut dapat menjadi suatu gangguan baginya. Akan tetapi, persepsi seperti itu dapat juga mempunyai akibat yang sebaliknya. Individu yang mungkin merasa takut mengalami sakit yang serius, bereaksi dengan cara menyangkalnya dan tidak mau mencari bantuan kesehatan.

Perilaku sakit pasien dapat juga disebabkan oleh asal penyakit yang dialaminya. Penyakit akut menunjukkan gejala yang relatif singkat dan biasanya bersifat berat dan mungkin dapat mengganggu fungsi pada seluruh dimensi yang ada. Penyakit kronik berlangsung lama, biasanya lebih dari 6 bulan, dan dapat mengganggu fungsi di seluruh dimensi yang ada.

Pasien yang mengalami penyakit akut mungkin akan lebih mencari bantuan kesehatan dan mematuhi terapi yang diberikan. Pasien dengan penyakit kronik mungkin akan menjadi kurang terlibat secara aktif dalam perawatan dirinya, mungkin akan mengalami frustrasi yang lebih besar dan kurang mematuhi terapi yang diberikan.

2. Faktor eksternal

Faktor eksternal yang mempengaruhi perilaku sakit pasien terdiri dari gejala yang dapat dilihat, kelompok sosial, latar belakang budaya, variabel

ekonomi, kemudahan akses ke dalam sistem pelayanan kesehatan, dan dukungan sosial. Gejala yang dapat dilihat dari suatu penyakit dapat berpengaruh pada citra tubuh dan perilaku sakit.

Kelompok sosial mungkin akan membantu untuk mengenali ancaman penyakit, atau memberi dukungan pada pasien untuk menyangkal potensi terjadinya penyakit. Perilaku sakit dapat diinterpretasikan dan dijelaskan menurut pengalaman dan harapan pribadi. Latar belakang budaya dan etik mengajarkan seorang individu bagaimana menjadi sehat, mengenal penyakit, dan menjadi sakit (specter,1991 dalam Potter, Perry, 2005). Akses pasien ke dalam sistem pelayanan kesehatan sangat erat hubungannya dengan pengaruh faktor ekonomi. Dekatnya jarak pasien dengan rumah sakit, klinik atau tempat pelayanan kesehatan lainnya sering mempengaruhi kecepatan mereka memasuki sistem pelayanan kesehatan setelah mereka memutuskan untuk mencari bantuan (Potter,2005)

2.1.7 Tahap perilaku sakit

1. Tahap memahami gejala

Selama tahap awal, seseorang biasanya mengenali sensasi atau keterbatasan fungsi fisik tetapi tidak menduga adanya diagnose tertentu. Jika ia menganggap gejala tersebut sebagai suatu gejala yang berat atau dapat mengancam kehidupannya, mungkin ia akan segera mencari pengobatan atau ia akan menyangkal adanya gejala atau implikasi yang dirasakannya. Jika ia menyangkal gejala yang ada maka ia mungkin akan menunda untuk mencari bantuan atau pengobatan.

2. Asumsi tentang peran sakit

Jika gejala menetap dan berubah menjadi berat, pasien akan menerima

peran sakitnya. Pada tahap ini kondisi sakitnya akan menjadi sebuah fenomena, dan orang yang sakit akan mencari konfirmasi dari keluarga dan kelompok sosialnya bahwa mereka benar-benar sakit dan oleh karena itu mereka harus diistirahatkan dari kewajiban normalnya dan dari harapan terhadap perannya (Coe, 1978). Kelompok sosial akan mengenali adanya kondisi sakit dan mungkin juga akan memberi dukungan untuk membantu pengobatan selanjutnya.

3. Kontak dengan pelayanan kesehatan

Jika gejala tetap ada walaupun seseorang telah melakukan pengobatan sendiri di rumah, dan gejala menjadi berat, atau memerlukan perawatan darurat, maka seseorang akan termotivasi untuk mencari pelayanan kesehatan yang professional. Pada tahap ini pasien mencari kepastian penyakit dan pengobatan dari seorang ahli. Selain itu pasien juga akan mencari penjelasan tentang gejala yang ada, penyebab timbulnya gejala, proses penyakit, dan implikasi penyakit terhadap kondisi kesehatannya dimasa yang akan datang.

4. Peran pasien dependen

Setelah menerima penyakitnya dan mencari pengobatan, pasien memasuki tahap keempat dari perilaku sakit. Pada tahap ini pasien bergantung pada pemberi pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada. Pasien menerima perawatan, simpati, atau perlindungan dari berbagai tuntutan dan stres dalam hidupnya.

5. Pemulihan dan rehabilitasi

Tahap akhir dari perilaku sakit yaitu penyembuhan dan rehabilitasi dapat

terjadi secara tiba-tiba. Jika penyembuhan tidak dilakukan dengan tepat, maka perawatan jangka panjang mungkin perlu diberikan sebelum pasien mampu mencapai tingkat fungsi yang optimal. Pada kasus penyakit kronik, pada tahap akhir mungkin mencakup penyesuaian terhadap penurunan kesehatan dan fungsi dalam jangka waktu yang lama (Potter, 2005)

2.1.8 Efek sakit

1. Dampak pada penderita

Klien yang sakit dapat mengalami perubahan perilaku dan emosi, perubahan konsep diri dan citra tubuh, dan perubahan gaya hidup. Perubahan perilaku dan emosi yang terkait dengan sakit jangka pendek biasanya ringan dan cepat. Respon yang lebih akut dapat terjadi pada sakit parah, mengancam jiwa, kronis atau yang “melumpuhkan”. Sakit tertentu dapat mengubah citra tubuh atau penampilan fisik klien, terutama bila ada jaringan parut yang parah atau keilangan ekstremitas atau organ indra tertentu. Harga diri dan konsep diri dapat terganggu. Banyak faktor dapat menjadi penyebab harga diri rendah atau gangguan konsep diri: hilangnya bagian dan fungsi tubuh, nyeri, cacat, ketergantungan pada orang lain, pengangguran, masalah finansial, ketidakmampuan berpartisipasi dalam fungsi sosial, ketegangan hubungan dengan orang lain, dan distress spiritual. Individu sakit juga rentan kehilangan otonomi, keadaan mandiri dan mampu mengarahkan diri tanpa kendali dari luar. Interaksi keluarga dapat berubah sehingga klien tidak lagi terlibat dalam pengambilan keputusan keluarga atau bahkan keputusan tentang perawatan kesehatan

dirinya.

2. Dampak pada keluarga

Sakit seseorang tidak hanya mempengaruhi individu yang bersangkutan, melainkan juga keluarga dan orang terdekat. Jenis, dampak dan derajatnya bergantung pada tiga faktor, anggota keluarga yang sakit, keparahan dan lama sakit, kebiasaan budaya dan sosial yang dianut keluarga. (Potter, 2005)

2.2 Konsep Sehat Sakit pada Penderita DM

2.2.1 Definisi diabetes mellitus

Penyakit diabetes mellitus (DM) yang juga dikenal sebagai penyakit kencing manis atau penyakit gula darah adalah golongan penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar gula dalam darah sebagai akibat adanya gangguan sistem metabolisme dalam tubuh, dimana organ pankreas tidak mampu memproduksi hormone insulin sesuai kebutuhan tubuh. Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Jika telah berkembang penuh secara klinis, maka diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerotik dan penyakit vaskular mikroangiopati, dan neuropati (Price, 2006).

DM tipe II merupakan penyakit hiperglikemia akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas maka DM tipe II dianggap sebagai *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) (Corwin, 2001 dalam Widodo, 2010).

2.2.2 Konsep sakit pada penderita DM

Konsep sakit pada penderita DM didasarkan pada cultural model. Model ini terdiri dari sebuah kelompok kecil proposisi dasar, atau konsep-konsep, yang menyediakan sebuah kerangka untuk menginterpretasi gejala yang dirasakan dan membuat atribusi kausal. Cultural model mewakili dasar kognitif untuk mengambil tindakan dalam merespon sakit. Konsep dasar dari cultural model antara lain:

1. Diabetes timbul akibat ketidakseimbangan yang terjadi ketika kadar gula dalam tubuh terlalu tinggi. Hal ini secara umum dihubungkan dengan “makanan yang dimakan”
2. Kadar gula dalam tubuh dapat naik maupun turun. Ada beberapa cara individu mampu mempengaruhi kadar gula dalam tubuh.
3. Tidak ada pengobatan untuk “gula”, tetapi kadar gula dalam tubuh dapat dikontrol. Semakin tinggi kadar gula dalam tubuh semakin mudah seseorang untuk mengalami penyakit dengan konsekuensi yang merugikan (Joe,1993).

Model ini menunjukkan hal yang terjadi sebagai akibat dari konsep ketidakseimbangan yang dialami pada penderita diabetes. Ketidakseimbangan terjadi ketika terlalu banyak kadar gula di dalam tubuh. Seseorang sering menghubungkan kasus diabetes mereka dengan terlalu banyak mengonsumsi makanan tertentu atau terlalu banyak mengonsumsi alcohol. Meskipun diabetes mellitus dapat dideskripsikan sebagai kondisi jangka panjang, namun diabetes juga dapat menjadi penyakit yang secara alami tidak disadari, tergantung kadar gula dalam tubuh dalam keadaan tinggi, rendah, atau tetap “dalam levelnya”.

Peningkatan kadar gula dalam darah selalu diikuti dengan gejala yang jelas dan dapat dihubungkan dengan kejadian spesifik yang mengakibatkan ketidakseimbangan dan peningkatan kadar gula. Gejala yang berhubungan dengan peningkatan kadar gula darah antara lain pandangan kabur, kelemahan, haus yang berlebihan, sakit kepala, mati rasa di ekstremitas, menggigil, dan demam. Keseimbangan tubuh tidak dapat dikembalikan dengan menghindari atau menghilangkan sumber ketidakseimbangan atau melalui beberapa treatment. Beberapa orang melaporkan penggunaan gejala yang dirasakan sebagai cara untuk melakukan medikasi. Beberapa yang lain menggunakan status fisik mereka sebagai ukuran untuk mengkaji konsumsi makanan saat ini atau keefektifan dari treatment (Joe, 1993). Berdasarkan penelitian Culhane-pera, 2007 penderita diabetes menghubungkan penyakitnya dengan pengalaman yang mereka lakukan. Mereka mengkonsumsi gula, garam, lemak, dan bahan-bahan kimia dan tidak mengeluarkannya sebagaimana mestinya, dan dihubungkan dengan perubahan emosi sehingga penderita Diabetes mellitus merasa adanya ketidakseimbangan sehingga timbul diabetes.

2.2.3 Mekanisme koping pada penderita DM

Koping adalah proses yang dilalui oleh individu dalam menyelesaikan situasi stresful. Koping tersebut merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik (Rasmun, 2004) dalam Nurfita (2007). Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan dan respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1999) dalam Ihdaniati (2008). Koping adalah perubahan pemikiran dan tindakan yang digunakan oleh individu untuk mengatur gangguan

eksternal maupun internal dari perubahan lingkungan seseorang yang spesifik yang di anggap sebagai stresful (Lazarus dan Folkman dalam White, 2008). Atau secara umum dapat disimpulkan bahwa koping adalah proses berdamai dengan situasi yang menimbulkan stres (White, 2008). Koping adalah usaha untuk menguasai suatu situasi yang dianggap berbahaya, mengancam, menimbulkan konflik, atau menantang (Christensen, 2009). Rentang mekanisme koping menurut Kubler Ross antara lain:

1. Fase *denial*

Reaksi pertama atas pemberitahuan bahwa seseorang menderita penyakit yang serius adalah tidak menerima kenyataan tersebut. Pada tahap menyangkal individu bertindak seperti tidak terjadi sesuatu dan dapat menolak untuk mempercayai bahwa telah terjadi sesuatu.

Salah satu efek psikologis utama dari diabetes adalah denial. Denial umumnya terjadi ketika penderita didiagnosis pertama kali. Awalnya, penderita akan berpikir bagaimana penyakit dapat terjadi dalam hidupnya. Mereka harus melakukan suntikan insulin, obat-obatan dan melukai ujung jarinyabeberapa kali sehari untuk melakukan tes gula darah. Mereka juga harus melakukan perubahan besar terhadap pola makan dan pola hidupnya. Mereka juga merasakan penolakan jangka panjang terhadap komplikasi akibat penyakit (Boehlke, 2011)

2. Fase *anger*

Pada tahap marah individu melawan kehilangan dan dapat bertindak pada seseorang dan segala sesuatu di lingkungan sekitarnya atas frustrasi yang terjadi pada dirinya, dengan cara melukai atau mencemaskan dirinya.

Tahap anger umum dirasakan oleh penderita DM yang baru didiagnosis. Mereka merasa marah dan melawan orang-orang yang dapat mengonsumsi makanan manis secara bebas. Mereka juga merasa bahwa tidak adil jika mereka harus mengalami perubahan pola hidup yang drastic ketika orang lain dengan pola hidup yang sama dengan mereka tetap sehat. Kemarahan dapat bermanifestasi terhadap perlawanan perubahan pola hidup seperti yang di haruskan (Boehlke,2011).

3. Fase *bargaining*

Dalam tahap tawar-menawar terdapat penundaan realitas kehilangan. Individu mungkin berupaya untuk membuat perjanjian dengan cara yang halus atau jelas untuk mencegah kehilangan. Pasien sering kali mencari pendapat orang lain selama tahapan ini

4. Fase *depression*

Tahap depresi terjadi ketika kehilangan disadari dan timbul dampak nyata dari makna kehilangan tersebut. Seseorang merasa terlalu sangat kesepian dan menarik diri. Tahapan depresi memberikan kesempatan untuk berupaya melewati kehilangan dan mulai memecahkan masalah.

Depresi merupakan efek psikologis umum dari Diabetes. Mereka merasa sedih, bingung dan tidak berdaya tentang penyakit mereka. Depresi dapat mengakibatkan efek yang serius dan membutuhkan konseling serta pendampingan untuk membantu mereka berdamai dengan penyakitnya. Depresi jangka panjang dapat mengakibatkan penurunan imunitas dan penurunan aktivitas fisik (Boehlke,2011).

5. Fase *acceptance*

Pada tahap kelima, dicapai suatu penerimaan. Reaksi fisiologis menurun, dan interaksi sosial berlanjut. Kubler ross mendefinisikan penerimaan lebih sebagai menghadapi situasi ketimbang menyerah untuk pasrah atau putus asa.

Penerimaan merupakan fase terakhir dari distress psikologis yang berhubungan dengan diabetes dan merupakan efek psikologis yang umum pada penyakit. Penderita DM menyadari bahwa perubahan pola hidup sehat dapat membawa mereka ke dalam kehidupan yang lebih produktif (Boehlke,2011)

Kebanyakan peneliti percaya bahwa koping merupakan suatu proses yang kompleks dimana melibatkan stressor dan individu harus berusaha untuk bertahan, sehingga mengarah kepada hasil koping. Pada pasien dengan diabetes, stressor selalu diasumsikan dengan tuntutan kronis dikarenakan diabetes, dan koping tersebut mengarah kepada hasil metabolic dan psikososial. Dalam beberapa penelitian, koping berhubungan dengan berbagai hasil metabolik dan penyakit, yang diukur dengan glikosilasi hemoglobin, status fungsional, keparahan gejala, indeks masa tubuh, atau berat badan. Koping juga mempengaruhi psikososial seperti pengaturan fisiologis, depresi, dan kualitas hidup.

Lazarus dan folkman mendeskripsikan 2 tipe koping, *problem focused* dan *emotion focused*.

1. *Problem focused coping*, yaitu usaha mengatasi stres dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang

menyebabkan terjadinya tekanan. *Problem focused coping* merupakan usaha untuk menangani penyebab dari stres secara praktikal dengan menangani masalah atau situasi “*stressfull*” yang menyebabkan stres, dan secara langsung mengurangi stress (Mc Leod, 2010). *Problem focused coping* ditujukan dengan mengurangi *demands* dari situasi yang penuh dengan stres atau memperluas sumber untuk mengatasinya. Seseorang cenderung menggunakan metode *problem focused coping* apabila mereka percaya bahwa sumber atau *demands* dari situasinya dapat diubah. Strategi yang dipakai dalam *problem focused coping* antara lain sebagai berikut.

- 1) *Confrontative coping*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan resiko.
- 2) *Seeking social support*: merupakan tindakan yang paling rasional. Dimana individu mencoba untuk memahami keadaan dan menjadikannya sebagai strategi kognitif untuk menghindari keadaan yang sama di masa depan. Usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.
- 3) *Planful problem solving*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis. Individu berusaha untuk memperoleh solusi dan kemudian mengambil tindakan langsung untuk menyelesaikan masalah (Nasi, 2011)

2. *Emotion focused coping*

Emotion focused coping yaitu usaha mengatasi stres dengan cara mengatur respons emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan

ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan.

Emotional focused coping merupakan usaha untuk mengurangi respon emosi yang negatif berhubungan dengan stres seperti rasa malu, takut, cemas, depresi, dan frustrasi. Hal ini dapat menjadi pilihan yang realistis ketika sumber stres berasal dari luar kontrol seseorang

Emotion focused coping ditujukan untuk mengontrol respons emosional terhadap situasi stress (McLeod, 2010). Seseorang dapat mengatur respon emosionalnya melalui pendekatan perilaku dan kognitif. Strategi yang digunakan dalam *emotional focused coping* antara lain sebagai berikut.

- 1) *Self-control*: usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan atau usaha individu untuk menyesuaikan diri dengan perasaan ataupun tindakan dalam hubungannya dengan masalah
- 2) *Distancing*: usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah sebagai lelucon.
- 3) *Positive reappraisal*: usaha mencari makna positif dari permasalahan atau situasi yang dihadapi dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religious.
- 4) *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik. Mengakui peran diri sendiri dalam masalah dan berusaha untuk memperbaikinya. Strategi ini baik, terlebih bila masalah terjadi karena pikiran dan

tindakannya sendiri. Namun, strategi ini menjadi tidak baik bila individu tidak seharusnya bertanggung jawab atas masalah tersebut.

5) *Escape/avoidance*: usaha untuk menghindari masalah dengan cara berkhayal atau berpikir dengan penuh harapan tentang situasi yang dihadapi atau mengambil tindakan untuk menjauhi masalah yang dihadapi. Mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan (Nasi, 2010)

Problem focused coping ditujukan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi seseorang dan sering digunakan ketika stresor dinilai oleh individu sebagai situasi yang dapat dirubah. Ketika pasien menggunakan *problem focused coping*, mereka yakin mereka dapat mengubah situasi yang menyebabkan penyakit bagi mereka atau mempengaruhi sumber daya mereka untuk mengatur situasi, dan strategi ini sangat penting untuk mempertahankan kualitas hidup. Bagi seseorang dengan diabetes, strategi *problem focused coping* dapat digunakan dalam mengatur diet. *Emotion focused coping* merupakan strategi dimana pasien mencoba untuk memproses emosinya dengan berpikir dan melakukan sesuatu. *Emotion focused coping* lebih berguna ketika seseorang menilai stressor tidak dapat dirubah, atau ketika stresor akan terselesaikan dengan sendirinya. Ada beberapa strategi koping yang melibatkan proses kognitif langsung dalam menurunkan distress emosional. Strategi ini antara lain penghindaran, menjaga jarak, menemukan makna positif (Grey, 2000).

Penderita dengan penyakit kronis seperti diabetes dapat menggunakan kedua strategi koping baik *emotion focused* maupun *problem focused coping*.

Dimana *problem focused coping* dapat digunakan untuk mengatur kebutuhan fisik yang lebih baik dalam memantau dan mengatur insulin sesuai kebutuhan dan juga menyeimbangkan diet sehat, sedangkan *emotion focused coping* dapat digunakan untuk mengatasi stress yang berhubungan dengan informasi bahwa tidak ada pengobatan yang sesuai untuk menyembuhkan DM. (Tuncay,2008)

Secara umum, strategi *problem focused coping* lebih berhubungan dengan kesuksesan hasil medis daripada *emotional focused*. Strategi *problem oriented coping* berhubungan dengan perawatan diri yang lebih baik, kontrol metabolic, dan psikososial. Strategi *emotion focused coping* yang positif, seperti humor atau “mencari makna” dapat membantu menangani distress emosional tanpa mempengaruhi hasil medis. Strategi ini mungkin juga berkontribusi terhadap hasil medis yang lebih baik dengan menurunkan frustrasi yang dapat mempengaruhi perawatan diri (Grey, 2000).

2.2.4 Dampak psikologis DM

Didiagnosis dengan diabetes dapat mengakibatkan dampak emosional pada kebanyakan penderita dan keluarganya. Respon emosional dan psikologis terhadap diagnosis bergantung pada beberapa faktor antara lain implikasi terhadap pekerjaan, aktivitas sosial dan gaya hidup. Faktor-faktor ini bergantung pada usia pasien, treatment yang dilakukan, kesakitan atau komplikasi, dan tingkat dukungan sosial atau isolasi. Kemampuan penderita dalam menghadapi situasi saat didiagnosis juga bergantung pada psikologis dan faktor-faktor sosial yang unik dari masing2 individu. Faktor-faktor ini antara lain pekerjaan, pengetahuan, tempramen, budaya, kepercayaan, dan tingkat psikologis.

Tuntutan terhadap perawatan diabetes juga dapat menyebabkan efek yang

kelas terhadap mood, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Banyak penderita merasa frustrasi, kecil hati, dan atau sangat marah secara kronis terhadap penyakit yang tidak kunjung sembuh walaupun mereka telah menggunakan usaha terbaik. Mereka juga merasa tanpa harapan atau putus asa terhadap kemungkinan komplikasi jangka panjang. Hal ini dapat menjadi usaha emosional yang sulit untuk menemukan cara menerima diabetes dalam kehidupan dan untuk menghadapi kematian yang mungkin dating akibat diabetes (Polonsky, 2000).

Efek emosional mungkin dikarenakan oleh ketakutan terhadap kebutaan atau amputasi. Pembatasan dalam aktivitas sehari-hari mungkin terjadi dikarenakan oleh penggunaan insulin, pemeriksaan gula darah rutin, atau focus terhadap kadar gula atau hipoglikemia. Beberapa dari pembatasan aktivitas dari kegiatan sehari-hari sebagai hasil dari perkembangan diabetes akan menjadi signifikan dan beberapa akan mengalami ketakutan terhadap komplikasi secara berlebihan.

Gejala dari efek psikologis antara lain insomnia, menarik diri, kecemasan, dan deppresi. Gejala emosional pada penderita DM antara lain ketakutan, gugup, tidak nyaman, dan panik. Gejala fisik antara lain berkeringat, tremor, insomnia, sesak, palpitasi, mati rasa, mual, dan mulut kering. Hal ini dapat mengarahkan ke dalam perilaku mencari rasa aman dan isolasi (Meeking, 2011).

Depresi dua kali lebih beresiko terjadi pada penderita DM dibandingkan dengan populasi umum. Hal ini lebih umum terjadi pada pasien dengan komplikasi mikro dan makrovaskular dan pada pasien yang dirawat inap

2.3 Psikososial pada Penderita DM

Diabetes dapat mempengaruhi hidup setiap orang. Salah satu efek yang paling umum dialami oleh penderita diabetes adalah depresi (Nada,2010). Efek dari depresi terhadap kualitas hidup penderita DM lebih besar daripada efek dari penyakit diabetes itu sendiri (Goldney,2004). Seseorang dengan diabetes merasa terganggu secara emosional ketika diagnosis tentang diabetes disampaikan kepadanya. Dia mencoba untuk mencari informasi dan masukkan-masukkan dari berbagai sumber dan menjadi lebih bingung. Beberapa pedoman yang diberikan oleh keluarga dan teman menyesatkan dan tidak benar secara ilmiah, apa yang ia butuhkan adalah informasi yang benar secara ilmiah serta dapat dimengerti dalam bahasa yang sederhana, yang dapat menambah kepercayaan dirinya. Dengan menjadikan diabetes sebagai cara lain untuk memperbaiki kesalahan dapat memberikan kenyamanan pada penderita yang baru didiagnosis diabetes.

Penderita DM lebih resistan terhadap treatment karena mereka menolak untuk melakukannya, dan penderita merasa depresi setiap kali harus bertemu dengan dokter. Penderita DM merasa ketika mereka menemui tenaga kesehatan mereka langsung dapat menjadi lebih baik. Penderita memberikan kepercayaan penuh terhadap tenaga kesehatan, tetapi terkadang treatment yang diberikan tidak bekerja. Sehingga secara berangsur-angsur mereka merasa resisten untuk melakukan pengobatan, dan ini membuat tenaga kesehatan kesulitan untuk membantu. Para penderita mulai untuk melanggar janji untuk bertemu dan berhenti menghubungi tenaga kesehatan (Nada, 2010)

Hampir semua penderita diabetes terbukti melakukan penyimpangan untuk menaati beberapa point selama menjalani pengobatan terhadap penyakitnya.

Tingkat ketidaktaatan berfluktuasi sesuai dengan tugas regimen. Sifat manusia, kompleksitas dari regimen, dan diabetes kronis juga menjadi kontribusi yang penting terhadap ketidaktaatan. Ketidaktaatan merupakan focus utama dari teratmen psikologis karena ketidaktaatan berhubungan dengan kontrol metabolic yang buruk dan peningkatan resiko terjadinya komplikasi.

Ketidaktaatan sering disalah hubungan dengan kurang pengetahuan mengenai perawatan diabetes yang sesuai. Banyak faktor psikososial lain yang berkontribusi secara signifikan kepada masalah ini, seperti kurangnya dukungan sosial, tekanan waktu, stress, kepercayaan kesehatan yang tidak sesuai dengan regimen. Ketidaktaatan juga bermanifestasi terhadap masalah psikologis yang lebih serius, seperti depresi, kecemasan, atau gangguan makan. Stres merupakan hal yang umum pada penderita diabetes dan dapat terjadi karena kesibukan sehari-hari, kejadian hidup yang negatif, dan beban tambahan dengan diabetes. Stres dapat memberikan efek langsung dengan meningkatkan nilai kadar gula darah dan efek tidak langsung dengan mengganggu pola kebiasaan dan rutinitas (Harris, 1998).

Diabetes tipe II merupakan jenis paling umum dari diabetes yang berhubungan dengan berat badan dan pola makan yang sulit untuk diubah. Penderita DM tipe II menjadi resisten terhadap insulin. Melalui tenaga kesehatan mereka banyak mendapatkan informasi mengenai penyakit diabetes mellitus, dan berbagai macam bentuk treatment yang harus dijalani antara lain tes gula darah terkontrol yang harus dilakukan setiap 3 bulan sekali, juga obat-obatan yang digunakan untuk mengontrol diabetes (Nada, 2010).

Penolakan juga menjadi efek psikologis yang umum pada penderita

diabetes mellitus, ketika penderita pertama kali didiagnosis DM banyak penderita yang tidak percaya. Hidup dengan DM membutuhkan perubahan yang besar, mereka harus merubah pola hidup mereka. Merubah pola hidup itu tidak mudah dan banyak penderita tidak mematuhi aturan ini (Nada,2010).

Selain itu perubahan secara psikososial yang terjadi pada penderita DM antara lain:

1. Perubahan fungsi kognitif

Pada penderita DM tipe 2 terdapat perubahan potensial pada fungsi kognitif yang mengakibatkan pasien sulit untuk mematuhi treatment yang ada. Perubahan kadar gula darah secara signifikan naik dan turun ikut berkontribusi terhadap disfungsi kognitif misalnya perubahan transport glukosa melalui blood brain barriers. Kemampuan verbal dan memori mungkin dapat berkurang pada penderita DM tipe 2. (Diabetes Health Care, 2008)

2. Gangguan Makan

Gangguan makan sering ditemukan pada 80% penderita DM dengan obesitas (Diabetes Health Care, 2008). Faktor diet merupakan hal yang relevan pada diabetes tipe 2 yaitu untuk menurunkan berat badan (Dewey, 2010)

3. Depresi Mayor

Depresi mayor merupakan bentuk paling parah dari depresi. Bentuk nyata dari depresi mayor antara lain penurunan mood, kehilangan ketertarikan terhadap aktivitas, gangguan nafsu makan, dan perubahan berat badan, gangguan tidur, agitasi fisik dan kelemahan, penurunan energy, perasaan tidak berharga atau merasa bersalah yang berlebihan, kesulitan berkonsentrasi atau berpikir,

bahkan pemikiran untuk bunuh diri. (Diabetes Health Care, 2008)

4. Support sosial

Support sosial dapat didefinisikan sebagai keberadaan keluarga terdekat, teman, dan orang lain yang berpengaruh terhadap hidup individu yang berhubungan dengan kehidupan sosial individu. Macam-macam dukungan sosial antara lain instrumental support (barupa bantuan praktis), informasi (merupakan gambaran atau informasi mengenai penyakit), emosional (dengan mendengarkan, memahami, membantu membicarakan masalah, atau mengambil keputusan yang sulit), dan menunjukkan penerimaan dengan memberikan dukungan secara verbal) (Diabetes health center, 2008)

Diabetes merupakan penyakit yang tidak mudah untuk di tangani sehingga muncul beberapa tantangan psikososial pada penderita DM. tantangan ini antara lain penanganan medis, depresi, perubahan mood dikarenakan naik turunnya kadar gula, dan perasaan gagal ketika penyakit dibawah kontrol dan ketakutan akibat komplikasi jangka panjang (Hunter,2012).

1. Efek psikologis pengobatan

Beberapa penderita DM merasa terganggu dan tidak nyaman ketika mereka harus menginjeksikan insulin atau melakukan tes gula darahnya sendiri

2. Perubahan mood

Perubahan kadar gula darah dapat mengakibatkan hal yang bermacam-macam. Penderita DM dapat merasa depresi ketika kadar gulanya tinggi dan merasa marah ketika kadar gulanya naik atau turun

3. Miskonsepsi tentang kontrol diabetes

Penderita DM sering merasa mereka harus mengontrol kadar gula mereka secara sempurna atau mereka mungkin mengabaikan kewajiban untuk mengontrol kondisi mereka. Tenaga kesehatan dan penderita DM harus bekerjasama untuk mendapatkan komunikasi yang baik dan ekspektasi yang memungkinkan untuk mengontrol kadar gula darah sehingga penderita DM merasa mampu untuk mengontrol penyakit mereka

4. Pencegahan komplikasi

Penderita diabetes mungkin memikirkan tentang komplikasi jangka panjang seperti sakit jantung, gagal ginjal, amputasi, dan kebutaan. Hal ini merupakan resiko nyata dan perlu disesuaikan dengan rencana praktis untuk mendapatkan kontrol gula darah yang baik.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain riset kualitatif, yaitu sebuah pendekatan penelitian yang diselenggarakan dalam setting alamiah, dan peneliti sebagai instrumen pengumpul data, menggunakan analisis induktif, dan berfokus pada makna menurut pengalaman partisipan mengenai mekanisme koping yang dilakukan, serta menggunakan teknik pengumpulan data dengan wawancara semi terstruktur dan multi sumber data yaitu sumber data dari beberapa partisipan, dengan bentuk data berupa kata-kata dan gambar-gambar, serta menggunakan pola narasi yang ekspresif dan persuasif. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi, yaitu suatu metode ilmiah untuk mendeskripsikan fenomena mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita DM sebagai pengalaman hidup. Penelitian ini dilakukan secara bebas tanpa terikat dengan konsep-konsep atau pernyataan tentang mekanisme koping pada penderita diabetes mellitus dengan menjadikan subjektifitas partisipan sebagai sudut pandang penelitian. Sementara konsep dan hasil penelitian yang telah ada merupakan pendukung untuk menjustifikasi hasil penelitian.

Penelitian ini mengeksplorasi dan menggambarkan mekanisme koping yang terjadi pada pasien diabetes mellitus melalui interpretasi secara mendalam dari subjektifitas partisipan dalam menghadapi stresor akibat diabetes mellitus. Pengalaman yang dilakukan oleh pasien dengan diabetes mellitus dalam menghadapi stresor sangat berbeda-beda oleh karena itu peneliti menggunakan penelitian kualitatif.

3.2 *Social Situation*, Besar Sample, dan Tehnik Sampling

3.2.1 Social situation

Dalam penelitian ini tidak menggunakan istilah populasi, tetapi oleh Spradly (1980) dalam Sugiono (2010) dinamakan *Social Situation* atau situasi sosial yang terdiri atas tiga elemen yaitu : tempat (*place*), pelaku (*actors*), dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergis. Penelitian ini dilaksanakan di Poli Interna RSUD Dr. Soegiri Lamongan. Sebagai narasumber adalah penderita Diabetes Mellitus yang melakukan kontrol rutin. Aktivitas yang diteliti adalah mekanisme koping pada penderita Diabetes Mellitus.

3.2.2 Besar sample

Penelitian kualitatif tidak menekankan pada banyaknya jumlah partisipan, akan tetapi lebih menekankan pada aspek kecocokan dengan konteks penelitian (*purposive sampling*) (Khoiri, 2009). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 5 orang yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dan diambil dengan *purposive sampling*. Hal ini sesuai dengan teori Cresswell dalam Saryono (2011) bahwa sampel pada penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi yang ideal adalah 3 – 10 orang, atau partisipan dianggap telah memadai apabila telah sampai pada taraf saturasi, artinya dengan menggunakan partisipan selanjutnya tidak lagi diperoleh tambahan informasi baru atau mengulang data yang sudah ada (Sugiyono, 2005 dalam Saryono, 2011). Pasien yang dipilih menjadi partisipan dalam penelitian memiliki kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Penderita DM tipe 2
2. Pasien lama yang sudah menderita DM lebih dari 3 tahun

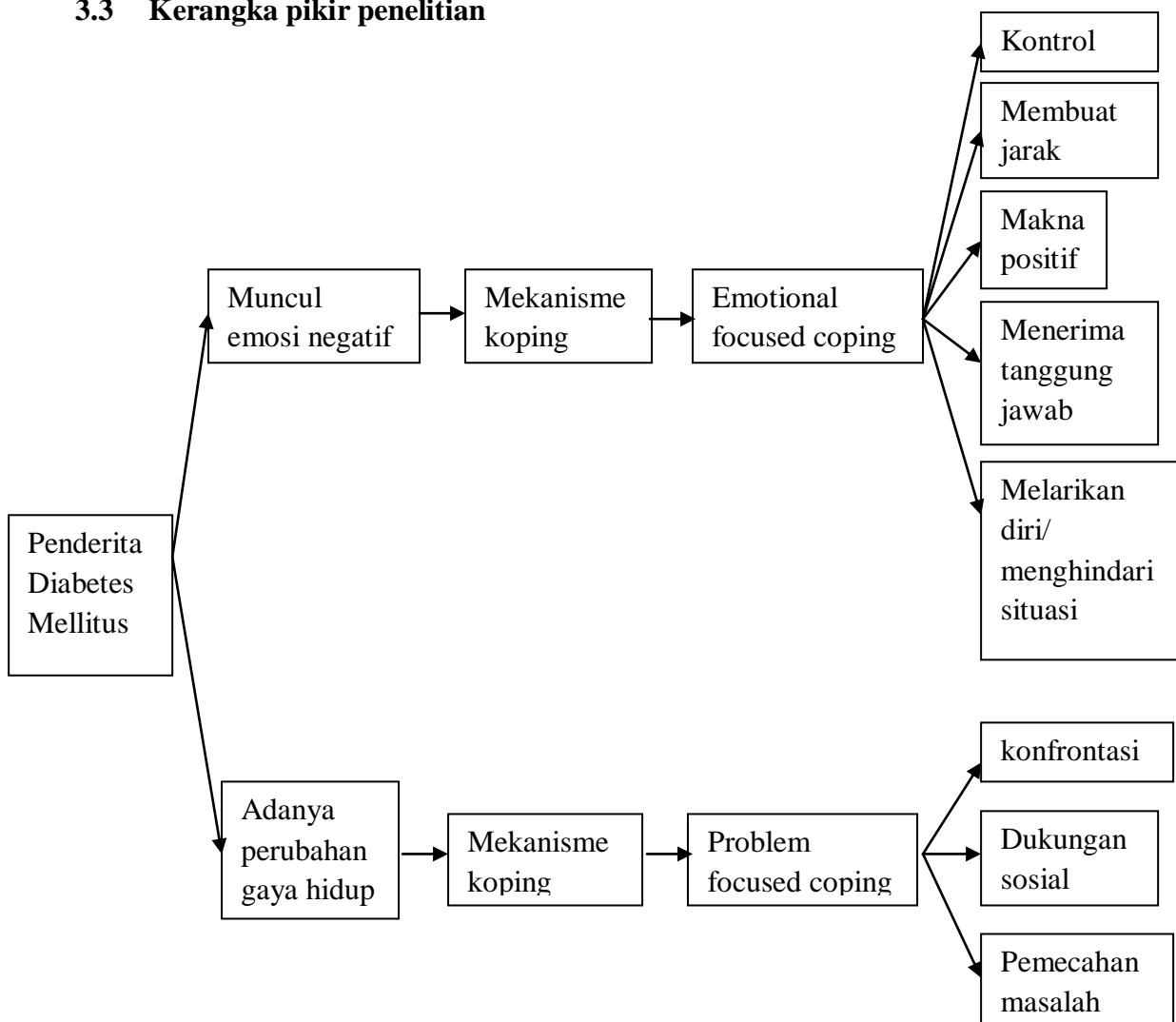
Kriteria eksklusi untuk partisipan pada penelitian ini:

1. Penderita DM dengan Komplikasi
2. Penderita dengan keterbatasan sehingga tidak mampu melakukan wawancara

3.2.3 Teknik sampling

Dalam proses pengambilan sampel peneliti dibantu oleh perawat pelaksana untuk memilih partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah perawat memilih 7 partisipan yang menurut perawat sesuai, peneliti melakukan pertemuan secara terpisah dengan masing-masing partisipan untuk menanyakan kesediaan partisipan ikut dalam proses penelitian, memberikan penjelasan mengenai penelitian secara ringkas dan melakukan kontrak untuk pertemuan pertama. Pada pertemuan pertama ini hanya terdapat 5 partisipan yang bersedia dan bisa untuk dilanjutkan wawancara dan 2 partisipan lainnya tidak dapat dilakukan wawancara dikarenakan 2 partisipan lainnya memiliki komplikasi dan tidak sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah melakukan wawancara dengan 5 orang partisipan ternyata hasil dari jawaban partisipan sudah mencapai tahap saturasi, penelitian dikatakan saturasi bila dengan menggunakan partisipan selanjutnya tidak lagi diperoleh tambahan informasi baru atau mengulang data yang sudah ada (Sugiyono, 2005 dalam Saryono, 2011). Oleh karena itu peneliti tidak meminta tambahan partisipan kepada perawat ruangan.

3.3 Kerangka pikir penelitian



Gambar 3.1 Kerangka pikir mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita DM

3.4 Instrumen Penelitian, Uji Validitas dan Reliabilitas Penelitian

3.4.1 Instrumen penelitian

Peneliti menggunakan alat bantu pengumpul data berupa alat perekam untuk merekam informasi dari partisipan, pedoman wawancara berupa pertanyaan semi terstruktur untuk membantu peneliti agar pertanyaan yang diajukan tetap mengarah pada tujuan penelitian, catatan lapangan (*field note*) untuk mencatat respon non verbal partisipan dan kondisi yang mempengaruhi proses wawancara

serta diri peneliti sendiri sebagai instrument penelitian.

Alat perekam yang digunakan untuk wawancara adalah mp4 alasan penggunaan alat ini adalah kualitas suara yang jernih, jelas dan mudah dalam pengoperasiannya baik saat proses perekaman maupun saat pemutaran ulang untuk dibuat verbatim. Validitas alat perekam digunakan dengan menggunakan uji coba merekam suara peneliti dan partisipan uji coba sebelum proses penelitian dimulai.

Peneliti menggunakan panduan wawancara berupa pertanyaan semi terstruktur yang disusun berdasarkan tujuan penelitian. Panduan ini terdiri dari kalimat pembuka, kalimat kesepakatan kontrak, pertanyaan pokok yang dikembangkan oleh peneliti untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan dengan tetap mengacu pada tujuan penelitian yang dapat dilihat pada lampiran 4 antara lain kontrol diri pada pertanyaan no. 7 dan no.8, menjaga jarak pada pertanyaan no. 9 dan no.10, makna positif pada pertanyaan no. 23, menerima tanggung jawab pada pertanyaan no 2, 3 dan 5, melarikan diri dan menghindari situasi pada pertanyaan no 9 dan 10, konfrontasi pada pertanyaan no. 4, dukungan sosial pada pertanyaan no 18,19, 20, 21, 22, dan pemecahan masalah pada pertanyaan no 11,12,13,14,15,16,17 dan diakhiri dengan kalimat penutup yang berisi tentang ucapan terimakasih dan kontrak untuk pertemuan selanjutnya.

3.4.2 Uji keabsahan

Dalam penelitian ini, temuan data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti. Kebenaran realitas data menurut penelitian kualitatif tidak bersifat tunggal, tetapi jamak dan tergantung pada konstruksi manusia,

dibentuk dalam diri seseorang sebagai hasil proses mental setiap individu dengan berbagai latar belakangnya. Menurut penelitian kualitatif, suatu realitas bersifat majemuk dan dinamis, sehingga tidak ada yang konsisten dan berulang seperti semula (Sugiono, 2010).

Uji keabsahan dalam penelitian ini mengikuti teori Sugiyono (2010), yaitu uji kredibilitas, *transfersability*, *dependability*, dan *confirmability*

1. Kredibilitas

Kredibilitas merupakan kriteria untuk memenuhi nilai kebenaran dari data dan informasi yang dikumpulkan. Artinya, hasil penelitian harus dapat dipercaya oleh semua pembaca secara kritis dan dari partisipan sebagai informan. Dalam penelitian ini, *credibility* dilakukan dengan meminta partisipan penelitian untuk membaca kembali verbatim wawancara dan atau kisi-kisi hasil analisis tema, kemudian partisipan diminta untuk memberikan umpan balik apakah verbatim hasil wawancara dan kisi-kisi hasil analisis tema telah sesuai dengan maksud yang disampaikan oleh partisipan terkait pengalaman yang dialami partisipan.

2. *Tranferability*

Tranferability adalah suatu kemampuan hasil penelitian untuk diterapkan pada tempat atau kelompok lain yang memiliki karakteristik serupa. Salah satu cara yang diterapkan oleh peneliti untuk menjamin *transferability* hasil penelitian ini adalah dengan cara menggambarkan tema-tema hasil penelitian kepada sampel lain yang tidak terlibat dalam penelitian yang memiliki karakteristik serupa, kemudian mengidentifikasi apakah sampel tersebut menyetujui tema-tema yang dihasilkan oleh penelitian ini. Tema-tema ini antara lain kontrol diri, membuat jarak, mencari makna positif, menerima tanggung jawab, melarikan

diri/menghindari situasi, konfrontasi, dukungan sosial, pemecahan sosial. Dalam penelitian ini, peneliti tidak melakukan *transferability* karena keterbatasan waktu penelitian. Oleh karena itu, peneliti dalam membuat laporan akan memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis, dan dapat dipercaya agar orang lain dapat memahami hasil penelitian ini dan dapat dikembangkan lebih lanjut.

3. *Dependability*

Dalam penelitian kualitatif, *dependability* disebut reliabilitas. Suatu penelitian yang reliabel adalah apabila orang lain dapat mengulangi proses penelitian tersebut (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini *dependability* dilakukan dengan cara melakukan *inquiry audit*, yaitu suatu proses audit yang dilakukan oleh *external reviewer* untuk meneliti dengan kecermatan data-data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian. *Eksternal reviewer* dalam penelitian ini adalah dosen pembimbing skripsi yang memeriksa cara dan hasil analisis yang telah dilakukan peneliti, memberikan pendekatan dan arahan dalam menggunakan data hasil penelitian yang telah diperoleh untuk digunakan selama proses analisis data.

4. *Confirmability*

Pengujian *confirmability* dalam penelitian kualitatif disebut dengan uji obyektivitas penelitian. Pengujian ini mirip dengan pengujian *dependability* sehingga dapat dilakukan secara bersamaan (Sugiyono, 2010). *Confirmability* dalam penelitian ini dilakukan dengan *inquiry audit* melalui penerapan *audit trail*. Peneliti mengumpulkan secara sistematis material dan hasil dokumentasi penelitian, dalam hal ini adalah transkrip wawancara dan *field notes*, dan meminta dosen pembimbing skripsi sebagai *eksternal reviewer* dengan melakukan analisis

pembandingan untuk menjamin objektivitas hasil penelitian. Selain itu *confirmability* juga diterapkan dengan meminta konfirmasi pada partisipan terkait hasil verbatim wawancara dan atau kisi-kisi hasil analisis tema yang telah disusun

3.5 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Poli Penyakit Dalam RSUD Dr. Soegiri Lamongan pada tanggal 16 Mei-2 Juni 2012

3.6 Prosedur Pengambilan Data

Penelitian kualitatif ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan fenomenologi dan menggunakan teknik wawancara dengan pertanyaan semi-terstruktur dalam proses pengumpulan data. Teknik ini dilakukan dengan tujuan agar partisipan berkesempatan untuk mengungkapkan pengalaman terkait fenomena yang diteliti, yaitu informasi yang mendalam mengenai mekanisme koping pada pasien diabetes mellitus. Pada penelitian ini hanya akan dilakukan wawancara mengenai mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita DM tanpa dilakukan intervensi apapun. Masing-masing partisipan dilakukan 2-3 kali pertemuan yang dibagi menjadi 3 tahap antara lain Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP), kegiatan pokok yaitu wawancara dan validasi. Hari pertemuan masing-masing partisipan ditentukan dengan menyesuaikan hari yang diinginkan partisipan. Wawancara dilengkapi dengan *field note* untuk mengidentifikasi respon nonverbal dan situasi selama proses wawancara. Peneliti membagi proses pengumpulan data menjadi 3 tahapan, yaitu:

1. Tahap persiapan

Tahap persiapan dimulai dari Bina Hubungan Saling Percaya dengan partisipan yang dilakukan pada pertemuan 1 dimana Bina Hubungan Saling

Percaya ini bertujuan untuk mendekatkan peneliti dengan partisipan. Melalui Bina Hubungan Saling Percaya ini partisipan bisa membina hubungan saling percaya dengan peneliti sehingga partisipan lebih membuka diri dalam menjawab pertanyaan dari peneliti. Bina Hubungan Saling Percaya yang dilakukan peneliti yaitu menjelaskan mengenai penelitian yang akan dilakukan, proses wawancara, hak-hak partisipan, dan apa yang dilakukan setelah penelitian selesai. Sebelum wawancara dilakukan peneliti mempersiapkan lingkungan tempat wawancara yang kondusif, tempat yang digunakan untuk wawancara yaitu salah satu ruangan di poli penyakit dalam RSUD Dr. Soegiri Lamongan. Tempat yang disediakan oleh rumah sakit yaitu sebuah ruangan yang tertutup, jauh dari suasana bising, terang dan nyaman. Di akhir proses Bina Hubungan Saling Percaya Partisipan melakukan kontrak waktu untuk melakukan pertemuan kedua yaitu proses wawancara

2. Tahap pelaksanaan

Wawancara dilakukan berdasarkan kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati bersama antara peneliti dan partisipan. Wawancara dilakukan pada pertemuan ke 2. Selanjutnya wawancara diawali dengan mengingatkan kembali kontrak atau kesepakatan untuk melakukan wawancara dan menanyakan apakah sudah siap untuk dilakukan wawancara. Proses wawancara mengenai topik mekanisme koping pada penderita diabetes melitus berdasarkan panduan wawancara yang telah disiapkan. Pertanyaan wawancara meliputi mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita DM selama sakit. Peneliti menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh partisipan dan melakukan klarifikasi terhadap jawaban partisipan bila dirasakan ada jawaban yang menyimpang dari pertanyaan

ataupun jawaban yang belum jelas. Jawaban partisipan yang sesuai dengan konteks pertanyaan peneliti merupakan suatu indikator bahwa partisipan mengerti maksud dari pertanyaan peneliti. Selain itu peneliti melakukan wawancara dengan mendalam pada setiap pertanyaan pokok, merespon jawaban partisipan dengan pertanyaan yang lebih dapat menggali pengalaman partisipan secara rinci dan menjawab seluruh informasi yang ingin di dapatkan sesuai tujuan peneliti. Peneliti juga mengulang jawaban partisipan untuk memvalidasi jawaban yang disampaikan oleh partisipan. Peneliti memulai pertanyaan pokok yang lain setelah dirasa informasi yang disampaikan oleh partisipan telah mencapai tingkat jenuh (tidak ada yang dapat disampaikan lagi). Selama proses wawancara berlangsung percakapan peneliti dan partisipan direkam secara keseluruhan dan durasi yang dilakukan sekitar 30 menit.

Wawancara diakhiri dengan menyimpulkan hasil wawancara yang telah dilakukan. Setelah semua topik terjawab peneliti memberikan ucapan terima kasih kepada partisipan atas partisipasinya serta melakukan terminasi sementara dengan membuat kontrak untuk melakukan pertemuan selanjutnya yaitu validasi data.

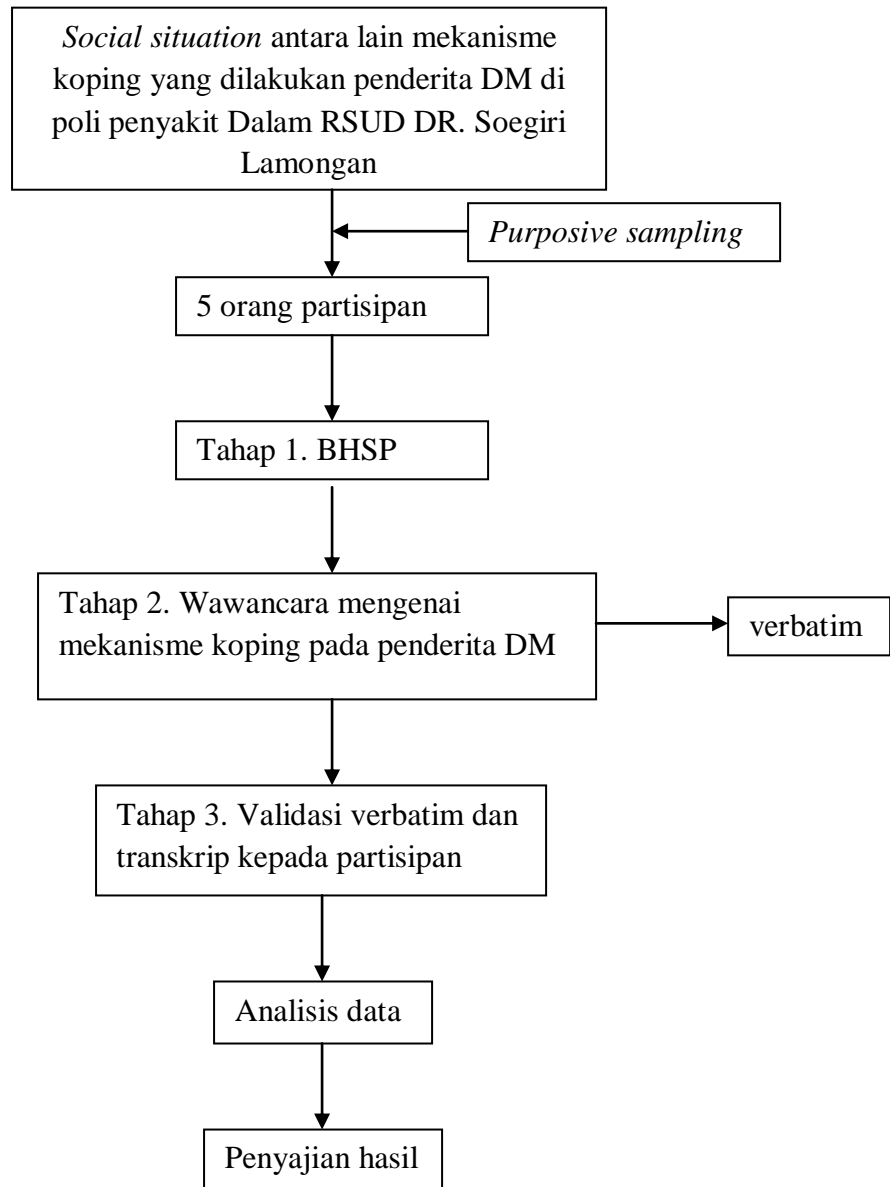
3. Tahap akhir

Tahapan akhir pertemuan dengan partisipan dilakukan dengan melakukan validasi verbatim dengan kata kunci, sesuai dengan tahap kedelapan menurut Collaizi (1978, dalam Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti melakukan validasi gambaran fenomena yang dialami oleh partisipan sebelum menggabungkan data yang muncul selama validasi data ke dalam deskripsi akhir yang mendalam.

Proses validasi dilakukan pada pertemuan ke 3 dengan meminta partisipan membaca hasil verbatim, kemudian peneliti menanyakan apakah hasil verbatim

tersebut sesuai dengan yang telah disampaikan partisipan selama proses wawancara. Pada kesempatan yang terpisah, peneliti juga melakukan validasi dengan menggunakan kisi-kisi hasil analisis tema kepada setiap partisipan. Seluruh partisipan menyetujui isi verbatim maupun tema sebagai hasil penelitian, kemudian peneliti menyampaikan gambaran keadaan yang dialami partisipan berdasarkan *intuiting* peneliti terhadap tema hasil analisis. Setelah partisipan menyetujui gambaran yang disampaikan peneliti, maka proses validasi selesai dan peneliti memberikan penghargaan kepada partisipan berupa ucapan terima kasih terhadap kesediaan, kerjasama dan partisipasi selama penelitian. Terminasi diakhiri dengan pemberian *reward* kepada partisipan. distribusi waktu pengambilan dan pengumpulan data.

3.7 Kerangka Operasional



Gambar 3.2 Kerangka operasional penelitian mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus yang melakukan kontrol di poli penyakit dalam RSUD Dr. Soegiri Lamongan

3.8 Pengolahan dan Analisis Data

3.8.1 Pengolahan data

Penulisan hasil pengumpulan data dilakukan segera setelah proses wawancara. Penulisan dilakukan dengan pembuatan transkrip dalam bentuk

verbatim (Lampiran 9) berdasarkan hasil wawancara. Sebelum dianalisis peneliti membaca transkrip dan catatan lapangan sebanyak tiga sampai empat kali agar dapat memahami data dengan baik dan dapat melakukan analisis data.

3.8.2 Analisis data

Analisis data dalam penelitian ini merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil pengumpulan data dari sumber data yaitu dengan *in-depth* interview, dan catatan lapangan. Kemudian mendengarkan berulang hasil rekaman, menyusun transkrip, menganalisis kata kunci setiap partisipan, melakukan analisis kategori dan yang terakhir melakukan analisis tematik (Ninuk, 2011).

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data kualitatif, mengikuti konsep yang diberikan Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2010), Miles dan Huberman mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus pada setiap tahapan penelitian sampai tuntas dan datanya sampai jenuh. Aktivitas dalam analisa data yaitu : mereduksi data (*data reduction*), penyajian data (*data display*), dan penarikan kesimpulan (*conclusion drawing*).

1. Reduksi Data

Mengikhtiarkan hasil pengumpulan data selengkap mungkin, dan memilah-milahkannya ke dalam satuan konsep tertentu, kategori tertentu, atau tema tertentu (Bungin, 2010). Dalam penelitian ini, reduksi ditujukan untuk mencapai tujuan penelitian yaitu mengidentifikasi *emotional dan problem focused coping*. Reduksi data dalam penelitian ini berupa analisis tematik dan dapat dilihat dalam lampiran 8.

2. Penyajian Data

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah mendisplaykan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data biasa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini penyajian data dapat dilihat pada bab 5 yaitu pembahasan. Pemaparan hasil penelitian ini menggunakan metode analisis naratif yang bersifat kualitatif. Analisis berfokus pada kisah-kisah serta potensi generatifnya. Kekuatan dari *naratif* ini dapat digunakan sebagai sarana pembentukan makna.

3. Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan dalam penelitian ini ditujukan untuk menjawab rumusan masalah yang dirumuskan sejak awal.

3.9 Etika Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah partisipan yang mengungkapkan pengalaman hidup selama menghadapi stresor-stresor akibat penyakit diabetes mellitus. Penelitian ini menggunakan beberapa prinsip etik yang diterapkan dalam penelitian berdasarkan (Moleong, 2007 dalam Saryono, 2011), yaitu agar studi ilmiah benar-benar dapat terjadi dan peneliti tidak mendapat persoalan masalah etik maka ada beberapa yang harus dipersiapkan oleh peneliti antara lain yaitu:

1. Meminta izin kepada petugas setempat dimana penelitian akan dilaksanakan sekaligus memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian
2. Menempatkan orang-orang yang diteliti bukan sebagai “objek” melainkan

orang yang derajatnya sama dengan peneliti

3. Menghargai, menghormati dan patuh semua peraturan, norma, nilai masyarakat, kepercayaan, adat-istiadat, dan kebudayaan yang hidup di dalam masyarakat tempat penelitian dilakukan
4. Memegang segala rahasia yang berkaitan dengan informasi yang diberikan
5. Informasi tentang partisipan tidak dipublikasikan bila partisipan tidak menghendaki, termasuk nama partisipan tidak dicantumkan dalam laporan penelitian.
6. Peneliti dalam merekrut partisipan terlebih dahulu memberikan *Informed Consent*, yaitu memberitahu secara jujur maksud dan tujuan terkait dengan tujuan penelitian pada sampel dengan sejelas-jelasnya.
7. Selama dan sesudah penelitian (*privacy*) tetap dijaga, semua partisipan diperlakukan sama, nama partisipan diganti dengan kode (*anonymity*), peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan dan hanya digunakan untuk kegiatan penelitian serta tidak akan dipublikasikan tanpa izin partisipan.
8. Selama pengambilan data peneliti memberi kenyamanan pada partisipan dengan mengambil tempat wawancara sesuai dengan keinginan partisipan. Sehingga partisipan dapat leluasa tanpa ada pengaruh lingkungan untuk mengungkapkan masalah yang di alami.

3.10 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa kelemahan atau hambatan yang dihadapi oleh peneliti adalah keterbatasan dalam waktu penelitian, pengalaman dan pencarian partisipan:

1. Jumlah partisipan dalam penelitian ini hanya 5 orang dikarenakan

membutuhkan waktu yang lama menunggu data mencapai taraf saturasi.

Jawaban dari kelima partisipan sudah mencapai data yang saturasi.

2. Instrumen penelitian menggunakan panduan wawancara semi terstruktur sehingga peneliti harus menyesuaikan pertanyaan selanjutnya dengan jawaban partisipan.
3. Waktu penelitian yang singkat dan tempat penelitian yang dilakukan di rumah sakit sehingga beberapa mekanisme koping tidak terkaji dengan baik dikarenakan peneliti tidak melihat kebiasaan sehari-hari partisipan di rumah .
4. Adanya keterbatasan waktu sehingga uji transversabilitas tidak dapat dilaksanakan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini berisi hasil penelitian dan pembahasan tentang mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus. Hasil penelitian yang disajikan meliputi karakteristik partisipan yang terdiri dari 5 partisipan yaitu Partisipan 1, Partisipan 2, Partisipan 3, Partisipan 4 dan Partisipan 5. Selanjutnya hasil temuan dibahas dalam sub-bab pembahasan. Pembahasan dari hasil temuan dalam penelitian ini berisi penjelasan dan penguatan terhadap temuan, dengan cara mengutip pendapat-pendapat dari partisipan, selanjutnya membandingkan dengan hasil penelitian yang telah ada dengan teori, dan pendapat para pakar.

4.1 Hasil Penelitian

Pada penelitian ini memakai 5 partisipan. Setiap partisipan memiliki latar belakang berbeda-beda. Karakteristik partisipan akan dijelaskan dibawah ini.

4.1.1 Gambaran tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan, merupakan Rumah Sakit tipe B milik Pemerintah Daerah Kabupaten Lamongan yang berada di Jalan Kusuma Bangsa No. 7 Lamongan. Peneliti melakukan penelitian tepatnya di Poli Penyakit Dalam. Penyakit diabetes merupakan penyakit dengan jumlah pasien terbanyak di poli interna dimana jumlah pasien dalam sehari bisa mencapai 20-30 orang dengan jumlah kasus baru tiap bulannya mencapai 40 kasus. Dan rata-rata penderita berusia 25-65 tahun dengan mayoritas penderita adalah pria. Hubungan antara perawat dan pasien di ruangan ini juga sangat baik sehingga ada kepercayaan antara pasien terhadap perawat ruangan sehingga memudahkan

peneliti untuk mengambil data dibantu oleh perawat ruangan. Ruang Poli Penyakit Dalam merupakan ruang poli yang diperuntukkan untuk pasien kontrol yang berhubungan dengan penyakit dalam, selain untuk kontrol di poli ini juga menerima pasien baru dengan keluhan yang berkaitan dengan penyakit dalam. Terdapat 3 dokter spesialis penyakit dalam di poli ini, dengan 1 kepala ruangan dan 2 perawat pelaksana. Penyakit yang di tangani di poli ini selain diabetes mellitus antara lain, Gastritis, Hipertensi, Hepatitis, Hyperthyroid, Dyspepsia, ISPA, CKD, ISK, Sirosis Hepatis, HIV, dll.

4.1.2 Karakteristik partisipan

Dari 5 partisipan penelitian didapatkan gambaran sebagai berikut, dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan Penelitian

Karakteristik	Partisipan				
	1	2	3	4	5
Jenis kelamin	Pria	Pria	Pria	Wanita	Wanita
Usia	45 tahun	50 tahun	64 tahun	48 tahun	53 tahun
Pendidikan terakhir	S2	D2	S1	S3	SD
Agama	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam
Pekerjaan	Pensiun	PNS	PNS	PNS	Ibu rumah tangga
Lama menderita diabetes	11 tahun	6 tahun	5 tahun	4 tahun	9 tahun
Lama terapi	11 tahun	6 tahun	5 tahun	4 tahun	9 tahun

Hasil dari tabel 4.1 dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Jumlah partisipan pria dalam penelitian ini sebanyak 3 orang, jumlah partisipan wanita sebanyak 2 orang. Jumlah partisipan pria lebih dominan dibandingkan partisipan wanita karena jumlah penderita DM di tempat penelitian lebih dominan pria daripada wanita.

2. Rentang usia partisipan pria dalam penelitian ini adalah 45-64 tahun sedangkan rentang usia partisipan wanita adalah 48-53 tahun
3. Tingkat pendidikan terendah pada partisipan pria yaitu D2 dan tingkat pendidikan tertinggi pada partisipan pria yaitu S2 sedangkan pada partisipan wanita tingkat pendidikan terendah adalah SD dan tertinggi adalah S3
4. Lama menderita DM pada partisipan pria antara 5 sampai dengan 11 tahun sedangkan pada partisipan wanita lama menderita DM antara 4 sampai dengan 9 tahun.

4.1.3 Hasil penelitian mekanisme koping

Penelitian ini menemukan 5 tema utama yang memaparkan berbagai mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita DM antara lain:

1. *Emotional focused coping*

Dari hasil penelitian, didapatkan hasil mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus yang melakukan kontrol rutin sehubungan dengan *emotional focused coping* antara lain:

1) Kontrol diri

Kontrol diri yang dilakukan oleh lima partisipan yaitu dengan memotivasi diri sendiri dan pasrah terhadap kematian. Adapun ungkapan dari penderita tersebut sebagai berikut:

“Untuk mengatasi takut, saya itu cuma konsultasi, konsultasi kepada dokter... ya sambil cek kesehatan, saya tanyakan... biasanya dokter spesialis yang kalimat, apa bicaranya singkat itu saya paksa supaya banyak bicara. Saya tanya akhirnya ada pernyataan kalau diabet itu ndak apa-apa asal bisa menyiasatinya dengan baik.”

“... saya nggak merasa takut, mengapa saya nggak merasa takut? Karena saya sudah tua, sudah 64. Wajar kan kalau nanti dipanggil oleh Allah itu kan sudah cukup usia saya.”

Motivasi dari 5 partisipan menunjukkan bahwa motivasi yang dilakukan partisipan antara lain untuk memperbaiki kondisi yaitu dengan partisipasi aktif dalam tindakan untuk menangani diabetes mellitus. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Rose et al., dalam Kusumadewi (2011) dimana motivasi dan keinginan untuk berpartisipasi dalam terapi merupakan fondasi penting dalam melakukan manajemen diri yang baik dan menghasilkan kadar gula darah yang optimal karena kualitas hidup para individu dengan diabetes dipengaruhi oleh pengaturan kadar gula darah. Motivasi yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus dapat membantu untuk memperbaiki kondisi penderita melalui partisipasi aktif seperti rutin melakukan kontrol dan berobat secara rutin sehingga dapat melakukan manajemen diri yang baik.

Pasrah yang dilakukan oleh partisipan yaitu pasrah kepada tuhan mengenai waktu kematian mereka. Pasrah menurut Jake Lawson (2011) adalah berusaha realistis mengenai apa yang dapat atau tidak dapat dilakukan, berusaha untuk realistis mengenai apa yang menjadi atau tidak menjadi tugas atau tanggung jawab untuk diperbaiki, dirubah, atau dikontrol. Menyerahkan kepercayaan kepada tuhan, dan meyakini bahwa tuhan lebih kuat dan dapat mengontrol apa yang tidak dapat dikontrol oleh manusia. Pasrah yang dilakukan oleh partisipan merupakan usaha dari partisipan untuk realistis mengenai waktu kematian dengan menyerahkan semua kepada ketetapan dari tuhan dimana mereka menyadari bahwa kematian merupakan hal yang tidak dapat dikontrol oleh manusia selain itu pada penderita diabetes juga terjadi kecenderungan untuk pasrah dikarenakan faktor usia atau menyadari bahwa penyakit diabetes tidak dapat disembuhkan sehingga mereka menyerahkan semua keputusan kepada tuhan.

Motivasi dan pasrah merupakan salah satu bentuk dari kontrol diri dimana motivasi dan pasrah yang dilakukan oleh lima partisipan bertujuan untuk mengurangi atau menekan emosi negatif yang diakibatkan oleh penyakit diabetes mellitus. Partisipan melakukan motivasi diri dan pasrah dikarenakan melalui motivasi diri tersebut partisipan merasa lebih nyaman dan tenang dalam menghadapi penyakit diabetes mellitus, partisipan juga merasa lebih dapat menerima keadaan dengan melakukan pasrah.

Kontrol diri berdasarkan jenis kelamin pada lima partisipan menunjukkan partisipan pria cenderung mengontrol perasaan dengan melakukan pemecahan masalah atau mencari cara untuk mengatasi masalah dan pada partisipan wanita cenderung mengontrol perasaan dengan berfokus pada perasaan itu sendiri atau menenangkan pikiran dari hal-hal yang membebani. Adapun ungkapan dari partisipan tersebut sebagai berikut:

Partisipan pria:

“Sekarang perasaan saya ya sudah biasa, ya saya tenang-tenangkan saja. Pokoknya saya berusaha ke dokter, ke rumah sakit ini, biar terjaga... bisa terkontrol diabetesnya”

Partisipan wanita:

“Zaman dulu kan yang ninggal banyak... pastilah, kakinya kan luka. Daerah saya itu banyak yang kakinya dipotong... gitu itu... takutnya itu... tapi sekarang ndak takut. Soalnya sekarang kan banyak orang yang sakit itu. Banyak sekali sekarang itu... dulu kan jarang... sekarang ndak takut, sudah biasa soalnya banyak temannya...”

Stone dan Neale (1984) menyatakan bahwa pria lebih cenderung menggunakan tindakan langsung dalam menghadapi suatu stressor sedangkan wanita lebih menggunakan tehnik relaksasi yang berhubungan dengan agama, dukungan sosial, dan distraksi. Kontrol diri yang dilakukan oleh partisipan pria

yang berhubungan dengan tindakan langsung antara lain melakukan tindakan yang berhubungan dengan perbaikan kondisi seperti melakukan kontrol rutin dan pengobatan teratur dan pada partisipan wanita kontrol diri yang dilakukan bertujuan untuk menenangkan perasaan yang ditimbulkan oleh keadaan sakit dengan mencari teman sepenanggungan dan menenangkan diri.

2) Makna positif

Makna positif yang dilakukan oleh lima partisipan penderita diabetes, yaitu dengan mengambil pelajaran atau hikmah dibalik penyakit diabetes yang dialaminya. Adapun ungkapan dari partisipan tersebut sebagai berikut:

“yang pertama saya lebih berhati-hati dalam pola makan, walaupun belum bisa maksimal. Yang kedua, ya keluarga disarankan untuk tidak banyak makan makanan yang mengandung zat gula, supaya tidak terjadi sama seperti saya.. kemudian yang ketiga lebih bersemangat untuk melakukan preventif supaya tidak terjadi komplikasi lebih lanjut mba...”

“Hikmah yang bisa diambil ya saya cuma gini, kita bisa mawas diri... terus kita merasa oh iya, memang makanan yang berpola-polah (macam-macam) seperti itu membikin kita sakit... cuma itu aja... jadi kita makan jangan berlebihan... jadi kita bisa membawa hikmah gini aja... oh, gitu ya, cara makan kita akhirnya seperti ini... kita harus belajar supaya saya terapkan ke anak-anak saya...hati-hati kalau makan... pola makan... soalnya mama karo (sama) ayah sudah gini, kamu harus hati-hati... kan cuma gitu aja hikmah saya... dan kita bisa ngasih tau sahabat-sahabat kita yang belum kena penyakit supaya kita... pengobatan... lebih baik kan mencegah, cuma itu saja....”

Makna positif yang dilakukan oleh lima partisipan antara lain dengan tetap mensyukuri apa yang dialami, dalam arti tidak mengalami komplikasi yang lebih jauh, dan berusaha untuk melakukan pencegahan agar tidak mengalami komplikasi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wrosch dan Scheier (2003) menemukan bahwa pada individu yang optimis, lebih terfokus pada masalah dalam menghadapi stress, lebih aktif dan terencana dalam berkonfrontasi dengan peristiwa yang menekan serta menggunakan kerangka pikir yang positif.

Penderita diabetes yang dapat mengambil makna positif dari penyakit diabetes yang diderita seperti mensyukuri apa yang dialami dan mengambil pelajaran dari pengalaman yang di alami dapat menghadapi penyakit yang diderita dengan lebih terfokus pada cara mengatasi masalah yang muncul akibat penyakit tersebut. Partisipan lebih aktif dalam menghadapi penyakit dengan melakukan pencegahan komplikasi serta menggunakan kerangka pikir positif.

Partisipan menyatakan bahwa dengan mengalami diabetes mellitus mereka dapat belajar dan mawas diri sehingga dapat melakukan pencegahan penyakit diabetes kepada anak, keluarga, maupun sahabat terdekat. Partisipan juga menyatakan bahwa, dengan menderita penyakit, hubungan dengan tuhan dan sesama manusia menjadi lebih baik. Makna positif menurut Nasi (2010) merupakan usaha untuk mencari makna positif dari permasalahan atau situasi yang dihadapi dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religious. Belajar, mawas diri dan melakukan pencegahan penyakit diabetes kepada keluarga dan sahabat serta mendekatkan diri dengan tuhan dan sesama manusia merupakan usaha dari penderita diabetes mellitus untuk mengambil makna positif dari penyakit diabetes mellitus yang diderita.

Makna positif berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa partisipan pria cenderung mengambil makna positif untuk dirinya sendiri sedangkan pada partisipan wanita cenderung mengambil makna positif untuk dirinya dan orang-orang disekitarnya. Adapun ungkapan dari partisipan tersebut sebagai berikut:

Partisipan pria

“hikmahnya ya kita tetap sehat selalu,, ndak pernah sakit yang berat... sakit yang lain nggak pernah...”

Partisipan wanita

“ya, kita harus belajar supaya saya terapkan ke anak-anak saya... dan kita nagsih tau sahabat-sahabat kita yang belum kena penyakit... lebih baik kan mencegah.”

3) Menerima Tanggung Jawab

Menerima tanggung jawab yang dilakukan oleh lima partisipan yaitu dengan mengakui peran dirinya sebagai penyebab atau pemicu terjadinya penyakit diabetes yang terjadi pada dirinya dan melakukan tindakan untuk membuat kondisi partisipan menjadi lebih baik. Adapun kutipan partisipan tersebut sebagai berikut:

“ gini nak, awal-awal mula kita memang bekerjanya kita kan di musik, jadi kita kan bekerja keras. Setelah itu saya kan bekerja keras jadi capek... karena capek terus minumnya itu awal-awal kita kan pake es teh, pakai gula yang seger-seger gitu... setelah itu kadar gula saya 200. Setelah itu aku pun juga stress, karena kita capek terus dan anak saya diperguruan tinggi semua. Terus kita pegawai negeri. Ayahnya pegawai negeri kan pas-pasan. Nah pas-pasan kita mikir, kita kerja apa lagi... setelah itu dan anak saya kan semua jadi S1,S2 kan gitu kan membutuhkan banyak biaya... saya jadi kerjannya itu membanting tulang, katakanlah saya membanting tulang. Ternyata saya capek... lha capeknya itu terus kadar gula darah tinggi.”

“kalau menurut saya itu full karena pola makan... karena pola makan... karena saya sampai hari ini termasuk orang yang tidak bisa disiplin dari hal makan.. iya, saya akui itu... sekarang kalau dari segi keturunan saya tidak ada.”

Hasil penelitian pada lima partisipan menunjukkan bahwa partisipan menyadari bahwa ada hal-hal dalam dirinya yang menyebabkan ia menderita diabetes mellitus antara gaya hidup maupun pola makan yang selama ini dilakukan sebagai pencetus diabetes mellitus. Partisipan mengalami keadaan yang terlalu lelah atau stressor yang tinggi dan menyebabkan kenaikan gula darah. Teori Pitt & Philips (1991) menyatakan bahwa faktor psikologis seperti stress

dapat menyebabkan kadar gula menjadi tidak terkontrol sehingga dapat memunculkan simtom-simtom diabetes mellitus. Sehingga ada hubungan antara keadaan diri maupun stress dalam diri dengan penyakit diabetes mellitus dan penderita diabetes mellitus juga menyadari bahwa adanya hubungan ini.

Menerima tanggung jawab menurut Nasi (2010) yaitu usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapi dan mencoba menerima untuk membuat semuanya menjadi lebih baik. Mengakui peran diri sendiri dalam timbulnya penyakit dan berusaha untuk mengurangi dampak penyakit. Penderita diabetes mellitus umumnya sudah menerima tanggung jawabnya dengan menyadari peran dirinya antara lain keadaan yang terlalu lelah, pola makan yang tidak teratur dan adanya faktor keturunan sehingga menimbulkan penyakit diabetes mellitus.

Lazarrus dan Folkman (1978) membagi *emotional focused coping* menjadi 5 strategi antara lain: kontrol diri, makna positif, menerima tanggung jawab, menjaga jarak dan menghindari situasi. Grey (2000) menyatakan bahwa *emotional focused coping* sangat berguna ketika individu memaknai pengalaman sebagai suatu hal yang tidak berakhir dengan mengubah penyebab atau stressor, atau ketika stressor itu menghilang maka masalah akan hilang dengan sendirinya. Hasil penelitian *emotional focused coping* yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus terbagi menjadi 3 strategi antara lain kontrol diri, mengambil makna positif dari penyakit yang dideritanya, dan menerima tanggung jawab. Partisipan tidak melakukan strategi menjaga jarak dan menghindari situasi dikarenakan partisipan menghadapi penyakit diabetes mellitus sesuai dengan informasi maupun anjuran dari lingkungan sekitar, partisipan menyadari bahwa penyakit diabetes

merupakan penyakit yang tidak mampu untuk disembuhkan namun dapat di kontrol dengan melakukan manajemen diri yang baik, sehingga partisipan berusaha untuk menghadapi penyakit diabetes untuk mengontrol penyakit tersebut tingkat kepatuhan dari partisipan juga baik dimana partisipan mengikuti anjuran dari tenaga kesehatan demi memperbaiki kondisi mereka..Adapun kutipan partisipan tersebut sebagai berikut:

“saya siberitahu dokter, bapak tidak boleh minum yang manis-manis, setelah itu saya coba minum air putih setelah itu tiap bulan saya check up, koq turun...”

“itu lah kenapa saya kontrol terus, soalnya pertama perasaan saya itu takut, jangan-jangan nanti saya seperti yang diberitahu tetangga-tetangga kalo sakit diabet itu yang diserang paling tidak telinga, mata, jantung....”

2. Problem focused coping

Dari hasil penelitian, didapatkan hasil mekanisme koping yang dilakukan oleh penderita diabetes mellitus yang melakukan kontrol rutin sehubungan dengan *problem focused coping* antara lain:

1) Dukungan sosial

Dukungan sosial yang didapatkan oleh 5 partisipan berasal dari keluarga, teman, bahkan tenaga kesehatan. Dukungan sosial yang didapatkan dari keluarga berupa nasihat dan dorongan untuk melakukan kontrol rutin. Dukungan yang didapatkan dari teman berupa informasi mengenai penyakit diabetes, partisipan melakukan sharing dengan sesama penderita diabetes sehubungan dengan penyakit diabetes mellitus. Dukungan yang didapat dari tenaga kesehatan yaitu informasi mengenai apa yang harus dilakukan partisipan sehubungan dengan penyakit diabetes yang diderita oleh partisipan. Adapun ungkapan partisipan tersebut sebagai berikut:

Dukungan dari keluarga

“ya otomatis istri mendukung. Utamanya dalam hal masak diupayakan tidak manis. Walaupun tidak minum gula,, apa namanya? Gula jagung... saya itu tetap pakai gula biasa. Tapi Cuma volumenya sedikit itu. Kalau 1 gelas atau satu mangkok atau satu mug itu mestinya 2-3 sendok jadi cuma satu sendok saja. Ya dukungannya seperti itu.”

Dukungan dari teman

“ya ngobrol-ngobrol aja... curhat gitu “maeme kita harus hati-hati ben awet urip” ya cuma gitu aja. Ketemu sama- sama orang DM. kadang ada sampeyan itu kalau minum obat jangan terlalu banyak nanti kita kena ginjal. Gitu kan, teman saya ada yang sampai cuci darah kan ada... kan biasanya gini lho mba ada kadang kalau darah tinggi diabet gitu kan kadang ke ginjal mba, karena obatnya... ya, tapi kita tetap enak mba kalau ketemu... kan bisa ngobrol, curhat terus bagaimana perasaan kita kalau kita sakit. Akhirnya kita itu sadar, menyadarkan diri... oh iya karena memang penyakit bukan dari keturunan. Mungkin karena pola makan kita yang tidak teratur, karena mungkin dulu waktu muda kan enak-enakan makan apa itu kan enak gitu... apalagi kalau kita aktivitas bekerjanya soro, kan minum kan pokoke es kan gitu.... Es manis es apa gitu.... Kadang kita itu duh ancene ya (sambil mengingat masa lalu)...”

Dukungan dari tenaga kesehatan

“Terus saya itu takut. Takutnya itu gini, yaaa kalo aku kakinya dipotong gimana? Terus pak dokter bilang, ya ndak apa-apa ibu, nanti diobatin gitu.”

Dukungan sosial yang selama ini di dapat oleh para partisipan antara lain dari keluarga, sesama penderita DM dan tenaga kesehatan. Dukungan dari keluarga berupa dukungan psikologis dengan pemberian nasihat, dorongan untuk selalu melakukan kontrol rutin atau dengan sama-sama mengikuti perubahan pola hidup partisipan yang berubah akibat diabetes. Melalui dukungan dari keluarga, partisipan menjalankan manajemen diabetes mellitus dengan lebih patuh. O'Donohue (2009) menyatakan penderita DM yang mendapatkan dukungan penuh dari keluarga memiliki tingkat kepatuhan terhadap pengobatan yang lebih baik daripada penderita DM yang kurang mendapatkan dukungan keluarga.

Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan usaha penderita DM dalam menghadapi penyakit diabetes mellitus. Melalui dukungan keluarga yang penuh, penderita DM dapat melakukan manajemen diabetes mellitus dengan lebih baik sehingga kualitas hidup penderita DM baik. Kualitas hidup yang baik dapat menurunkan stress dari penderita diabetes mellitus.

Dukungan dari sahabat terdekat maupun sesama penderita DM antara lain dengan saling menguatkan satu sama lain dengan cara bertukar pikiran, atau sekedar mencurahkan perasaan. Dukungan sosial dari teman terdekat juga membuat partisipan menjadi lebih mantap dalam menghadapi penyakit diabetes mellitus. O'Donohue (2009) menyatakan bahwa teman terdekat lebih banyak memberikan dukungan emosional untuk penderita diabetes mellitus daripada keluarga (khususnya perasaan "diterima" oleh sesama), teman memberikan dukungan yang besar terhadap perubahan gaya hidup untuk mengontrol diabetes. Dukungan sosial dari teman dapat meningkatkan motivasi, adaptasi terhadap penyakit, dan kepatuhan terhadap gaya hidup yang mendukung penanganan DM. Dukungan dari teman juga merupakan salah satu hal yang penting, karena melalui dukungan sosial penderita merasa diterima. Dukungan sesama teman dengan saling menasihati dan mengingatkan penderita DM cenderung lebih termotivasi dalam menjalankan manajemen diabetes mellitus. sehingga partisipan dapat merasa lebih mantap karena merasakan dukungan penuh dari sesamanya.

Partisipan mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan melalui pemberian informasi mengenai penyakit diabetes. dukungan sosial yaitu usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain (Nasi, 2011). Melalui dukungan sosial yang didapatkan oleh partisipan baik

melalui keluarga, teman maupun tenaga kesehatan semuanya ditujukan untuk mendapatkan kenyamanan emosional sehingga perasaan mereka menjadi lebih tenang, merasa diterima dan mengetahui informasi lebih mengenai penyakit diabetes mellitus sehingga mereka dapat mengetahui dan merencanakan serta menjalankan manajemen diabetes mellitus dengan lebih tertata. Dukungan sosial yang didapatkan oleh partisipan berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa partisipan pria maupun wanita mendapatkan dukungan sosial yang sama.

2) Pemecahan Masalah

Pemecahan masalah yang dilakukan oleh 5 partisipan antara lain dengan melakukan perubahan pola makan, olahraga, mencari informasi, perubahan aktivitas, dan kontrol rutin. Berikut beberapa kutipan wawancara dengan partisipan mengenai pemecahan masalah yang dilakukan oleh partisipan.

Perubahan pola makan

“pola makan rentang sebelum sakit sampai sekarang. Masalah makan yang pola makan itu ya makan ae nasi,,, yang dulu itu satu piring, sekarang itu ya satu entong itu. Saya kurangi karena ingin sembuh itu. Pola makan biasanya satu hari tiga kali sekarang dua kali, kalau pagi saya beli nasi jagung...”

Olahraga

“olahraganya memang kalau waktu-waktu normal, tidak dalam keadaan terlalu sibuk, saya usahakan... untuk hari rabu dan hari minggu karena itu tidak masuk sekolah ... hari minggu libur... hari rabu itu off, ndak ada ngajar. Jadi ndak ke sekolah... nah, kalo sabtu senam sama anak-anak. Kalau rabu dan ahad (red.minggu) biasanya pakai sepeda.

Mencari informasi

“ketika saya itu menderita kemudian mendengar ada orang atau teman ada yang kena, kan sharing... na... sharing itu, gimana,gimana? Saya dapat kabar dari sana dari sana kalau kering itu begini, kalau basah itu begini.”

Perubahan aktivitas

“Sebelum sakit aktivitasnya kan lebih berat, sekarang ya membantu istri. Kalau sekarang yang kecil sudah kuliah di Surabaya yang lain sudah kerja di gresik. Jadi ya tinggal berdua... ya istri saya biar masak ae, biar saya yang bersihin rumah. Tetap begitu supaya badan saya tetap bergerak. Saya nggak mau tidur-tiduran terus..”

Kontrol rutin

“saya dinyatakan sakit diabet. Akhirnya saya rutin ke rumah sakit. Mulai 1 bulan dua kali terus lama kelamaan 1 bulan sekali sekarang, sampai sekarang...”

Pemecahan masalah yang dilakukan oleh 5 partisipan untuk mengatasi diabetes mellitus antara lain dengan melakukan perubahan pola makan, melakukan kontrol rutin, perubahan aktivitas, olahraga, dan mencari informasi mengenai penyakit diabetes mellitus. Melalui berbagai informasi dari dukungan sosial yang diterima partisipan maka partisipan dapat menemukan pemecahan masalah untuk mengatasi penyakit diabetes mellitus, yaitu melalui perubahan-perubahan di atas. Pemecahan masalah merupakan salah satu strategi koping melalui usaha untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi yaitu diabetes dengan melakukan tindakan-tindakan yang dapat memperbaiki kondisi yang diakibatkan oleh diabetes. Nasi (2010) menyatakan pemecahan masalah merupakan usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis. Individu berusaha untuk memperoleh solusi dan kemudian mengambil tindakan langsung untuk menyelesaikan masalah. Pemecahan masalah yang dilakukan oleh partisipan berdasarkan jenis kelamin, menunjukkan pemecahan masalah lebih dominan dilakukan oleh partisipan pria daripada wanita. Partisipan pria melakukan kontrol rutin, perubahan pola makan, perubahan

aktivitas, mencari informasi dan olahraga. Partisipan wanita melakukan perubahan pola makan dan kontrol rutin.

Berdasarkan hasil penelitian pada 5 partisipan, didapatkan bahwa mekanisme koping pada penderita DM yang berfokus pada masalah/ *problem focused coping* dibagi menjadi 2 yaitu dukungan sosial dan pemecahan masalah. Lazarrus dan Folkman (1978) menyatakan *problem focused coping* dibagi menjadi 3 yaitu konfrontasi, dukungan sosial, dan pemecahan masalah. Penyebab terjadinya perbedaan strategi dikarenakan informasi mengenai cara mengatasi penyakit diabetes sudah sangat bervariasi dan merujuk kearah pemecahan masalah, partisipan cenderung mengatasi masalahnya dengan berhati-hati atau tertata dengan baik dan partisipan sudah mampu melakukan pemecahan masalah sesuai dengan management diabetes seperti melakukan perubahan pola makan, melakukan kontrol rutin, berolahraga dan mencari informasi. Adapun ungkapan partisipan tersebut sebagai berikut:

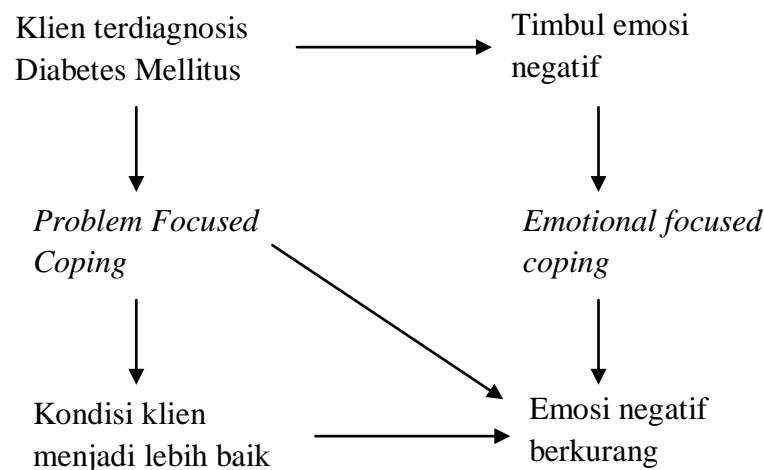
“kalau kita ketemu sesama DM ... kan bisa ngobrol, curhat terus bagaimana perasaannya selama sakit. Akhirnya kita itu sadar, menyadarkan diri. Oh iya, mungkin penyakit bukan dari keturunan. Pola makan kita yang tidak teratur, karena mungkin dulu waktu muda kan enak-enak an makan apa itu kan enak gitu...”

“saat saya dinyatakan sakit diabet. Akhirnya saya rutin ke rumah sakit. Mulai 1 bulan dua kali terus lama kelamaan 1 bulan sekali sampai sekarang”

Problem Focused Coping yang dilakukan oleh lima partisipan berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa partisipan pria cenderung lebih menggunakan *problem focused coping* daripada wanita dikarenakan pria lebih menggunakan tindakan langsung dalam menghadapi suatu masalah. Folkman dan Lazarrus

(1980) menyatakan pria cenderung menggunakan *problem focused coping* ketika mereka membutuhkan informasi lebih atau ketika harus menghadapi suatu situasi.

Berdasarkan hasil penelitian dengan ke 5 partisipan dapat dinyatakan bahwa melalui *emotional focused coping* responden cenderung melakukan mekanisme koping untuk menghilangkan atau mengurangi emosi-emosi negatif yang diakibatkan oleh penyakit diabetes seperti takut dan terkejut. Partisipan menyadari bahwa penyakit diabetes tidak mampu untuk disembuhkan tetapi mampu untuk dikontrol, dengan pernyataan seperti itu justru memberikan dorongan kepada partisipan untuk mengontrol penyakit diabetes yang dideritanya melalui *problem focused coping*. Tuncay (2008) menyatakan penderita dengan penyakit kronis seperti diabetes mellitus dapat menggunakan kedua strategi koping baik *emotional focused* maupun *problem focused coping*. *Problem focused coping* dapat digunakan untuk mengatur kebutuhan fisik yang lebih baik dalam memantau dan mengatur insulin sesuai kebutuhan dan menyeimbangkan diet sehat, *emotional focused coping* digunakan untuk mengatasi stress yang berhubungan dengan informasi bahwa tidak ada pengobatan yang sesuai bagi menyembuhkan DM. Hasil penelitian didapatkan hubungan antara *emotion focused coping* dan *problem focused coping*.



Gambar 4.1 Hubungan *emosional focused coping* dan *problem focused coping*

Menurut gambar 4.1 peneliti menemukan hubungan antara *emotional focused coping* dan *problem focused coping*. *Problem focused coping* pada partisipan selain untuk mengatasi masalah juga mengatasi emosi negatif yang timbul akibat penyakit DM yang diderita partisipan. *Problem focused coping* yang dilakukan oleh partisipan membantu mengontrol penyakit DM yang dialami. Penyakit DM yang terkontrol mengubah perasaan partisipan lebih tenang karena mengetahui kondisi yang dialami dan emosi negatif yang dialami partisipan berkurang.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Emotional focused coping yang dilakukan oleh partisipan antara lain kontrol diri, menerima tanggung jawab, dan mengambil makna positif. Kontrol diri yang dilakukan oleh partisipan melalui motivasi dan pasrah. Menerima tanggung jawab yang dilakukan oleh partisipan yaitu dengan mengakui peran diri dalam masalah yang dihadapi. Makna positif yang dilakukan partisipan dengan mendekatkan diri kepada Tuhan dan sesama manusia dan belajar melalui masalah yang dihadapi dengan melakukan perubahan gaya hidup.

Problem focused coping yang dilakukan oleh partisipan antara lain dukungan sosial dan pemecahan masalah. Dukungan sosial yang diterima oleh partisipan yaitu dukungan dari keluarga, teman, dan tenaga kesehatan. Pemecahan masalah yang dilakukan oleh partisipan yaitu dengan kontrol rutin, perubahan pola makan, olahraga, mencari informasi dan perubahan aktivitas.

5.2 Saran

1. Bagi partisipan yang belum melakukan manajemen olahraga dan mencari informasi sebaiknya melakukan manajemen tersebut agar mendapatkan hasil yang lebih maksimal dalam mengontrol diabetes.
2. Partisipan hendaknya ikut serta dalam klub-klub diabetes untuk mendapatkan tambahan informasi dan dukungan sosial dalam menjalankan manajemen diabetes mellitus.
3. Bagi perawat hendaknya dapat memberikan informasi mengenai penyakit diabetes mellitus tidak hanya kepada para penderita diabetes

mellitus tetapi juga memberikan informasi yang tujuannya preventif bagi masyarakat yang belum menderita diabetes mellitus.

4. Bagi perawat hendaknya mengoptimalkan pelayanan keperawatan di segala aspek salah satunya aspek psikososial yang dialami oleh pasien.
5. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian kualitatif dengan jumlah sampel yang lebih banyak disesuaikan dengan kriteria inklusi dan saturasi data serta waktu yang lama.
6. Peneliti selanjutnya tidak hanya melakukan penelitian di rumah sakit tetapi juga mengikuti partisipan hingga ke rumah sehingga dapat melihat keseharian partisipan.
7. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian yang sama dengan metode kuantitatif sehingga mendapatkan hasil secara statistik.
8. Peneliti selanjutnya diharapkan bisa menggali mekanisme koping pada penderita DM yang melakukan rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Beyondblue, 2010, 'Depression and Anxiety Disorder in People with Diabetes', *The National Depression Initiative*, Diakses pada tanggal 20 maret 2012, www.beyondblue.org.au.
- Bungin, Burhan 2010, *Analisis Data Penelitian Kualitatif*, Rajagrafindo Persada, Jakarta.
- Christense, PJ, Kenney, JW, 2009, *Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual* edisi 4, EGC, Jakarta. Hal. 302.
- Fitriyasaki, R 2009, 'Pengalaman Keluarga dalam Merawat Anak dengan Autisme di Sekolah Kebutuhan Khusus Bangun Bangsa Surabaya', Tesis, Universitas Indonesia. Depok.
- Khoiri, MM 2009, 'Enterpreneurship sebagai Inti Positif Home Care Graha Bali', Skripsi tidak dipublikasikan oleh Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Hastuti, RT 2008,' *Faktor-Faktor Resiko Ulkus Diabetika Pada Penderita Diabetes Mellitus (Studi Kasus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta)*', Tesis Pasca Sarjana, Universitas Diponegoro, Semarang.
- Hidayati, D 2008, ' Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Pasien Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Trucuk 1 Kabupaten Klaten', Skripsi, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta.
- Ihdaniyati,AI, Nur, AW, 2008,' Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanisme Koping pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Pandan Arang Boyolali', *Berita Ilmu Keperawatan*.Vol.1, No. 4. Hal 164-165.
- Kemenkes RI 2010, 'Tahun 2030 Prevalensi Diabetes Mellitus di Indonesia Mencapai 21,3 Juta Orang', diakses pada tanggal 15 maret 2012, www.depkes.go.id.
- Kusumadewi, MD 2011, 'Peran Stressor Harian, Optimisme dan Regulasi Diri terhadap Kualitas Hidup Individu dengan Diabetes Mellitus Tipe II', *Jurnal Psikologi Islam*
- Krohne, HW, 2002, *Stres and Coping Theories*, Universitat Mainz Germany.
- Lawson, J 2011, 'Letting Go Uncontrollables and Unchangables' Retrieved August 11 2012, <http://www.livestrong.com>.
- McLeod, SA 2010, 'Simply Psychology; Problem Focused Coping | Stres', Retrieved 5 April 2012, <http://www.simplypsychology.org>.

- Moedjakir, MD, 2010, *Desain dan Model Penelitian Kualitatif (biografi, fenomenologi, teori Grounded, etnografi, dan studi kasus)*, Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Malang, Malang. Hal .6.
- Mumtahinnah, N 2008, 'Hubungan antara Stres dengan Agresi pada Ibu Rumah Tangga yang Tidak Bekerja', *Fakultas Psikologi Universitas Gunadarma*, diakses 1 april 2012, http://www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/psychology/2008/Artikel_10502173.pdf.
- Naga, SS 2012, *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*, Diva Press, Jogjakarta.
- Nasi,A, Muhith,A 2011, *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa Pengantar dan Teori*, Salemba Medika, Jakarta. Hal. 4-8, 75-90, 93-95.
- Ninuk, DP 2011, 'Analisis Persepsi Seksualitas pada Wanita Menopause di Wilayah RW 05 Sambong Dukuh Jombang, Skripsi tidak dipublikasikan oleh Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Nurfita, E 2007, 'Mekanisme Koping Pasangan Infertilitas di Kecamatan Singkil Kabupaten Aceh Singkil', Skripsi, Universitas Sumatera Utara.Medan.
- O'Donohue, WT, Tolle, LW (ed.) 2009, *Behavioral Approaches to Chronic Disease in Adolescence*, Springer Science and Business Media, New York
- Pearce, EC 2008, *Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis*, Gramedia, Jakarta.
- Pitt, M, Philips,K 1991, *The Psychology of Helath. An Introduction*, Routledge Chapman &Hall Inc.
- Price, SA, Wilson, LM 2006, *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, edisi 6, EGC, Jakarta.
- Priyanti, OS 2011, 'Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping pada Klien DM di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Jakarta',Skripsi, UPN "Veteran", Jakarta
- Putra, IGNP, Swastini, LP 2009, 'Tingkat Kecemasan Pasien Diabetes Mellitus (DM) yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sanjiwani Gianyar, ' *Jurnal Ilmiah Keperawatan*. Vol.2, No.1. Hal. 60.
- Saryono, Anggraini, MD 2011, *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam bidang kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Soegondo, S, Soewondo, P, Subekti, I (ed.) 2009, *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*, Edisi 2, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

- Sugiyono 2010, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Alfabeta, Bandung.
- Sumarwati, M., Sejati, W., Prमितasari, RD 2008, 'Eksplorasi Persepsi Penderita tentang Faktor-Faktor Penyebab dan Dampak Penyakit Diabetes Mellitus di Wilayah Puskesmas Purwokerto Barat, Kecamatan Purwokerto Barat, Kabupaten Banyumas', *Jurnal Keperawatan Soedirman*, Vol 3 No. 3. Hal. 149.
- Tjokroprawiro, A,Setiawan, PB, Santoso, D,Soegiarto,G (ed.) 2007, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Airlangga University Press, Surabaya. Hal: 32 – 34.
- White, GA 2008, 'Level of Stres and Mechanisms of Coping Among Male Freshman Athletes', Thesis, West Virginia University. Morgantown.
- Widodo,DP 2010,' Strategi Koping Penderita Diabetes Mellitus Dalam Menghadapi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe II Di Puskesmas Wanasari Kecamatan Wanasari Kota Brebes', Skripsi, Universitas Muhammadiyah Semarang, Semarang.
- Wrosch,C, Scheier,MF 2003, 'Personality and Quality of Life : The importance of optimism and goal adjustment' *Quality of Life Research*.
- Yulianti, L 2009, ' Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Mekanisme Koping pada Klien DM di Poli Penyakit Dalam RUMKIT POLPUS RS. Sukanto Jakarta, Skripsi, UPN "Veteran", Jakarta.

Lampiran 2

Penjelasan Penelitian Mekanisme Koping pada penderita Diabetes Mellitus

Saya:

Devi Hijratur Rohmah adalah Mahasiswa S1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, dengan NIM: 010810027B

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “Mekanisme Koping pada Pasien dengan Diabetes Mellitus di Poli Penyakit Dalam Dr. Soegiri Lamongan” dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal, yaitu:

1. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui mekanisme koping yang dilakukan oleh pasien dengan diabetes mellitus di poli penyakit dalam RS. Dr. Soegiri Lamongan. Manfaat penelitian ini adalah untuk menghasilkan pengetahuan dasar yang berguna dalam mengembangkan intervensi keperawatan khususnya pada psikososial pasien dengan diabetes mellitus.
2. Wawancara akan dilakukan 1 kali pertemuan selama 30 – 60 menit, sesuai dengan kesepakatan yang telah di buat oleh peneliti dan partisipan dan jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara yang kedua dengan waktu yang ditetapkan kemudian
3. Wawancara akan didokumentasikan menggunakan alat bantu penelitian berupa alat perekam (MP4) dan catatan untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
4. Selama wawancara dilakukan, partisipan diharapkan dapat menyampaikan informasi secara bebas sesuai dengan yang dialami.
5. Penelitian ini mungkin akan memberikan dampak psikologis terhadap partisipan karena akan menggali perasaan partisipan tentang mekanisme

koping pada pasien dengan diabetes mellitus

6. Seluruh data yang diperoleh dalam bentuk hasil rekaman wawancara dan catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya.
7. Pencatatan informasi dari partisipan akan menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya ataupun inisial dari partisipan.
8. Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan dan selanjutnya akan diselesaikan berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.
9. Keikutsertaan partisipan dalam penelitian ini didasarkan pada prinsip sukarela tanpa tekanan atau paksaan dari peneliti maupun pihak poli penyakit dalam, dan partisipan diizinkan untuk mengundurkan diri bila merasa keberatan untuk melanjutkan keikutsertaan sebagai partisipan penelitian.
10. Jika ada hal-hal yang belum jelas, partisipan dipersilahkan mengajukan pertanyaan kepada peneliti atau menghubungi peneliti melalui nomor telepon peneliti (085732031968)

Surabaya,

2012
Peneliti

Devi Hijratur Rohmah

Lampiran 3**Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (kode) :
 Umur :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Setelah diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya memahami tujuan yang nantinya akan bermanfaat bagi pasien-pasien lain yang juga menderita diabetes mellitus, saya mengerti bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak saya sebagai partisipan dan saya berhak menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini jika merasa keberatan.

Saya sangat memahami bahwa peran serta saya sebagai partisipan dalam penelitian ini akan membantu saya untuk lebih memahami hal-hal yang sebaiknya saya lakukan dengan penyakit diabetes yang saya derita. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan kesediaan saya sebagai seorang partisipan dalam penelitian ini.

Surabaya, 2012

Peneliti

Saksi

Partisipan

(_____)

(_____)

(_____)

Lampiran 4**Data Demografi Partisipan**

Petunjuk: isilah lembar kuesioner dibawah ini

A. Data Partisipan

Kode Partisipan

Usia :

Jenis Kelamin :

Pendidikan terakhir :

Status pernikahan :

Agama :

Pekerjaan :

Jumlah anak :

Lama menderita diabetes :

Nomor Telepon :

Alamat :

Lama Terapi :

Lampiran 5**Panduan Wawancara Semi Terstruktur**

Judul Skripsi : Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Mellitus

Waktu Wawancara :

Tanggal :

Tempat :

Saya ingin belajar dan mendapatkan gambaran tentang mekanisme koping dari Bapak/Ibu/Saudara saat mengalami penyakit diabetes Mellitus

No	Pertanyaan Wawancara
1.	Kapan anda didiagnosis diabetes mellitus?
2.	Apakah anda sudah mengetahui tentang penyakit diabetes mellitus sebelumnya?
3.	Menurut anda bagaimana anda bisa terkena diabetes mellitus?
4.	Sejauh ini pengobatan apa yang sudah anda lakukan?
5.	Apakah ada keluarga yang menderita diabetes mellitus?
6.	Darimana anda mendapatkan informasi mengenai diabetes mellitus?
7.	Bagaimana perasaan anda saat pertama kali didiagnosis diabetes mellitus?
8.	Apa yang anda lakukan untuk mengatasi perasaan no.9?
9.	Bagaimana perasaan anda saat ini saat setelah menjalani DM selama ... tahun?
10.	Apa yang sudah anda lakukan selama ini sehingga perasaan anda masih/sudah seperti no.12?
11.	Apakah anda sering kontrol rutin?
12.	Siapa yang menganjurkan anda untuk kontrol rutin?
13.	Bagaimana perasaan anda dengan kontrol yang terus-menerus?
14.	Adakah perubahan pola makan setelah anda menderita diabetes mellitus?
15.	Adakah perubahan aktivitas setelah menderita diabetes mellitus?

16.	Apakah anda rutin berolahraga?
17.	Apakah dengan melakukan kontrol rutin, diet, aktivitas, dan olahraga anda merasa ada perubahan?
18.	Selama anda sakit, siapa orang yang paling mendukung anda?
19.	Bagaimana bentuk dukungan yang diberikan?
20.	Apakah anda pernah bertemu dengan sesama penderita DM?
21.	Apa yang anda lakukan saat berkumpul dengan sesama penderita DM?
22.	Bagaimana perasaan anda setelah berkumpul dengan sesama penderita diabetes?
23.	Apa makna positif/ hikmah yang bisa anda ambil sehubungan dengan penyakit yang anda derita?

Lampiran 6**SAK
(SATUAN ACARA KEGIATAN)**

- Sasaran** : Pasien yang menderita DM dan melakukan kontrol rutin di Poli Penyakit Dalam RSUD Dr. Soegiri Lamongan
- Tempat** : Poli Penyakit Dalam RSUD Dr. Soegiri Lamongan
- Waktu** : 30 menit
- Topik** : wawancara mekanisme koping pada pasien Diabetes Mellitus

I. Tujuan Instruksional Umum

Partisipan dapat mengutarakan pengalamannya sehubungan dengan mekanisme koping saat didiagnosis Diabetes Mellitus

II. Tujuan Instruksional Khusus

Partisipan mampu mengutarakan

1. Mekanisme koping berbasis emosi
2. Mekanisme koping berbasis masalah

III. Strategi Penyampaian

Dengan wawancara mendalam (*in-depth Interview*)

IV. Media

1. Lembar wawancara
2. Lembar Inform Consent
3. Recorder

V. Penetapan Strategi Pengorganisasian

Susunan kegiatan wawancara

1. Persiapan peserta
Mendiskusikan jadwal kegiatan
2. Persiapan peneliti

- a. Mempersiapkan materi wawancara
- b. Datang tepat waktu

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Peneliti	Informan
1	Pendahuluan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan maksud dan tujuan 4. Menyerahkan inform consent 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Memperkenalkan diri 3. Mendengarkan 4. Menyetujui inform consent
2	Kegiatan Inti	20 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan BHSP dengan informant 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanggapi dengan baik
3	Penutup	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur jadwal pertemuan berikutnya 2. Mengucapkan terima kasih 3. Ijin untuk pulang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menyepakati penjadwalan pertemuan berikutnya 2. menjawab ucapan terima kasih

VI. Evaluasi Kegiatan

1. Evaluasi struktur
 - a. Partisipan yang diwawancarai sesuai dengan inform consent
 - b. Peneliti mampu menggali pengalaman partisipan
2. Evaluasi Proses
 - a. Partisipan antusias selama wawancara
 - b. Partisipan mengutarakan persepsinya dengan baik
3. Evaluasi Hasil
 - a. Partisipan mengutarakan persepsi yang sejujurnya.

SAK
(SATUAN ACARA KEGIATAN)

- Sasaran** : Pasien yang menderita DM dan melakukan kontrol rutin di Poli Penyakit Dalam RSUD Dr. Soegiri Lamongan
- Tempat** : Poli Penyakit Dalam RSUD Dr. Soegiri Lamongan
- Waktu** : 30 menit
- Topik** : wawancara mekanisme coping pada pasien Diabetes Mellitus

I. Tujuan Instruksional Umum

Partisipan dapat mengutarakan pengalamannya sehubungan dengan mekanisme coping saat didiagnosis Diabetes Mellitus

II. Tujuan Instruksional Khusus

Partisipan mampu mengutarakan

1. Mekanisme coping berbasis emosi
2. Mekanisme coping berbasis masalah

III. Strategi Penyampaian

Dengan wawancara mendalam (*in-depth Interview*)

IV. Media

1. Lembar wawancara
2. Lembar Inform Consent
3. Recorder

V. Penetapan Strategi Pengorganisasian

Susunan kegiatan wawancara

1. Persiapan peserta
Mendiskusikan jadwal kegiatan
2. Persiapan peneliti

- a. Mempersiapkan materi wawancara
- b. Datang tepat waktu

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Peneliti	Informan
1	Pendahuluan	10 menit	1. Mengucapkan salam 2. Mengingat perjanjian saat pertemuan 1	1. Menjawab salam 2. Menyetujui perjanjian
2	Kegiatan Inti	20 menit	1. wawancara	1. Menyimak dan menjawab setiap pertanyaan
	Penutup	5 menit	1. Mengatur jadwal pertemuan berikutnya jika dirasa wawancara yang dilakukan masif ada informasi yang belum tergali 2. Mengucapkan terima kasih 3. Ijin untuk pulang	1. Menyepakati penjadwalan pertemuan berikutnya 2. menjawab ucapan terima kasih

VI. Evaluasi Kegiatan

1. Evaluasi struktur
 - a. Partisipan yang diwawancarai sesuai dengan informed consent
 - b. Peneliti mampu menggali pengalaman partisipan
2. Evaluasi Proses
 - a. Partisipan antusias selama wawancara
 - b. Partisipan mengutarakan persepsinya dengan baik
3. Evaluasi Hasil
 - a. Partisipan mengutarakan persepsi yang sejujurnya.

Lampiran 7

Jadwal Pengambilan Data

Tanggal Partisipan	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1
1	P	L	L	T1/2	L	K					T3	L	K	K			
2	P	L	L		L	K	T1			T2		L	K	K	T3		
3	P	L	L		L	K	T1		T2		T3	L	K	K			
4	P	L	L		L	K		T1/2				L	K	K		T3	
5	P	L	L		L	K		T1		T2		L	K	K			T3

Keterangan:

L = Libur

T1 = Tahap 1. BHSP

T2 = Tahap 2. Wawancara

T3 = Tahap 3. Validasi

P = Penjelasan penelitian kepada perawat ruangan

K = Konsultasi ke pembimbing

Lampiran 8

ANALISIS TEMATIK

No	Tujuan Khusus	Tema	Kategori	Kata Kunci
1	<i>Emotional Focused Coping</i>	Kontrol Diri	Motivasi diri	“saya itu kontrol terus soalnya perasaan saya itu takut kemudian saya periksa terus jadi nggak merasa takut...”
				“saya punya prinsip loro tak obatno, itu alternative saya. Soalnya saya punya komitmen, saya sakit, saya harus kontrol.”
				“pokoknya perasaan saya ingin sembuh saja... iya, makanya berobat ya ingin sembuh,, tujuannya itu ingin sembuh”
				Saat ditanya perasaan partisipan saat ini mengenai penyakitnya “sekarang ndak takut sekarang... sudah biasa, soalnya banyak temannya...”
				Saat ditanya perasaan partisipan mengenai kontrol rutin yang terus menerus “ya ndak apa-apa... wong ingin sembuh...”
				“sugesti saya kalau kontrol rutin itu nyaman”
				“dalam melakukan kontrol, saya dengan sendiri. Ndak ada yang menyuruh saya”
			Pasrah	“saya sudah tidak merasa takut lagi karena saya sudah tua, waja kalau dipanggil oleh Allah, itu kan sudah cukup usia saya.”
				“mati dan hidup saya itu tergantung kepada Allah. Umur panjang, umur pendek itu tidak apa-apa. Sudah ditakdir oleh Allah kapan mati saya itu.”
		Makna Positif	Tidak mengalami komplikasi	“Alhamdulillah sampai hari ini belum mempengaruhi aktivitas”
				“hikmah sakit ini saya tetap sehat selalu, nggak pernah sakit yang berat, sakit yang lain nggak pernah”
			Hubungan dengan	“ Hubungan ke Allah tuhan kita itu dekat, jauh daripada kita

	tuhan	sebelum sakit.”
	Hubungan sesama manusia	“hubungan sesama manusia, sebelumnya kita sesama manusia agak keras pembicaraannya, tapi sekarang itu tidak ada apa-apanya”
	Menjaga diri	“saya begini, mudah-mudahan anak cucu saya jangan seperti saya. Sekarang anak-anak saya sudah nggak mau minum yang manis-manis biar tidak seperti saya. Ya tetap kadang minum kopi, minum es, tapi tidak terlalu manis...”
		“dengan sakit ini kita bisa mawas diri... kita harus belajar supaya bisa diterapkan ke anak-anak, sahabat-sahabat kita yang belum kena supaya bisa melakukan pencegahan”
		“saya lebih hati-hati dalam pola makan... keluarga disarankan untuk tidak banyak makan-makanan yang mengandung zat gula.”
Menerima tanggung jawab	Sadar akan penyebab kenaikan gula darah	<p>“saya itu tiap hari kan minum es teh terus ndak terasa, setelah itu saya sakit gatal, gatal nggak sembuh-sembuh sampai ke sini-sini (mengarah ke lengan)... setelah itu saya disuruh cek darah dokter... nah yang pertama itu 296 saya itu kaget pada saat itu, oh berarti saya kena diabet, itu perasaan saya sendiri,, setelah itu saya cek ke rumah sakit saya kembalikan lagi, diberi obat dan obat nya itu glukodek. Gitu lho...”</p> <p>“gula darah saya naik, mungkin karena saya terlalu capek karena kemarin banyak kegiatan. Padahal dulu dokter bilang ndak boleh capek...”</p> <p>“ya, saya itu kurus... ya, saya ndak tau kok tiba-tiba sakit itu...”</p> <p>“ga tau... yo, tiba-tiba sakit... saya kan tiap hari minum kopi dan sukanya manis.”</p>

				<p>Saat ditanya kemungkinan penyebab kenaikan darah yang dialami partisipan</p> <p>“kalau menurut saya itu full karena pola makan.”</p>
				<p>“ternyata saya capek, lha capeknya itu terus jadi kadar gula darah tinggi.”</p>
2	<i>Problem Focused Coping</i>	Dukungan Sosial	Keluarga	<p>“yang mendorong saya selama sakit istri saya, hasil dari rumah sakit selalu dilihat terus diingatkan.”</p> <p>“waktu sakit itu, diberi informasi sama keponakan saya yang kerja dirumah sakit ini.”</p> <p>“yang mendukung saya sewaktu sakit ya istri, kadang kalau kaki saya terasa sakit, dipijetin. Kadang dinasihatin.”</p> <p>“ya mendukung ya suami,, diantarkan berobat.”</p> <p>“nasihat dari anak dan suami <i>jangan dipikir karena obat itu dari diri sendiri</i>”</p> <p>“istri otomatis mendukung utamanya dalam hal masak diupayakan tidak manis...”</p>
			Teman	<p>“Cuma konsultasi dengan teman-teman yang kena diabet kalau lagi <i>nglumpuk</i> (kumpul)... kata teman-teman <i>ojo mangan dalu-dalu, nggarai loro. Karena organ-organ iku kan istirahat</i> (jangan makan terlalu malam, bikin sakit, karena organ itu kan istirahat)”</p> <p>“saya senang bertemu teman-teman, kita bisa dapat pelajaran dari sana.”</p> <p>“kalau ketemu dengan teman-teman sesama DM ya ngobrol-ngobrol, curhat gitu <i>maeme kita harus hati-hati ben awet urip ya gitu.</i>”</p> <p>“ketika saya sakit, kemudian mendengar ada orang atau teman yang sakit, kan sharing...”</p>

	Tenaga Kesehatan	<p>“dokter pernah bilang gini <i>pak kalo bapak nggak stabil jalannya, minum aja manis.</i>”</p> <p>“saya itu takut, kalau kaki saya dipotong bagaimana? Tapi pak dokter bilang <i>ndak apa-apa ibu nanti diobatkan.</i> gitu...”</p>
Pemecahan Masalah	Perubahan Pola makan	<p>“setelah saya diberitahu dokter saya tidak boleh minum yang manis-manis, saya coba minum air putih. Setelah itu tiap bulan saya check up.”</p> <p>“kadang-kadang saya bawa gula sendiri, tiap ke warung saya sakuin satu-dua gitu, ke warung saya camputr.”</p> <p>“setiap hari saya makan ya 3 kali cuma tidak banyak. Kalau sudah malam, sehabis shalat isya saya nggak makan lagi, nggak berani makan.”</p> <p>“pola makan saya dulu... dulu itu satu piring, sekarang itu ya satu entong.”</p> <p>“sekarang makan apa-apa nggak boleh, banyak yang dikurangi.”</p> <p>“jadi nasi itu kita harus punya ukuran, terus saya minum susu untuk diabet dan gulanya gula jagung.”</p>
	Olahraga	<p>“lari pagi itu rutin, sehabis shalat subuh rutin, pasti lari-lari kecil. Nggak pernah tidak.”</p> <p>“kalau pagi setelah shalat subuh itu olahraga, ya jalan-jalan. Kalau hari minggu ya pakai sepeda pancal ke stadion.”</p> <p>“dalam waktu-waktu senggang saya pakai olahraga.”</p>
	Mencari informasi	<p>“saya itu sering konsultasi ke dokter, ke keponakan saya yang perawat disini itu.”</p> <p>“biasanya dokter spesialis yang bicaranya singkat saya paksa supaya banyak bicara... saya tanya-tanya...”</p>
	Perubahan	<p>“aktivitas saya berubah banyak, sebelum sakit aktivitasnya kal</p>

Aktivitas	lebih berat”
Kontrol Rutin	“saya itu kontrol terus, tiap bulan saya check up.”
	“saya rutin ke rumah sakit. Mulai 1 bulan 2 kali terus lama-kelamaan satu bulan sekali sekarang
	“tiap bulan saya kontrol rutin terus.”
	“ saya kontrol terus selama 1 bulan 2 kali kadang sampai 3 kali.”
	“hampir tiap 6 bulan sekali saya check up.”

Lampiran 9**VERBATIM PENELITIAN MEKANISME KOPING PADA PENDERITA
DIABETES MELLITUS YANG MELAKUKAN KONTROL RUTIN DI
POLI PENYAKIT DALAM RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN**

Keterangan:

P : peneliti

R1 : partisipan 1

P : dulu awal didiagnosis kan 11 tahun yang lalu pak. Bagaimana dulunya kok bisa berencana untuk kontrol itu bagaimana pak?

R1 : iya saya itu, kondisinya itu lelah.... Lelah terus pokoknya tidak seperti biasanya... ini saya pakai kerja sedikit kok lelah... gitu... kemudian saya membaca-baca pamphlet gitu kalau orang itu sering kesemutan, gampang lelah itu tanda-tandanya itu tinggi... saya berangkat check up dan memang ada kesempatan askes.. nah itu, ketika itu diduga 150 awalnya dulu.

P : oh, 150 itu gula darahnya dulu?

R1 : awal. Awal... ingat saya seperti itu... terus itu belum dinyatakan DM. biar dibilang oleh pak dokter “ kalau belum 200 nggak pa pa” gitu lho. Terus suatu hari saya itu diperiksa di perawat. Berobat diperawat saya pernah 400. Itu kaget saya.

P : 400 pas?

R1 : iya, 400. Kaget (wajah menunjukkan seolah-olah terkejut) tapi itu benar apa tidak saya itu ragu-ragu. Masa saya harus kena sampai 400. Tapi ketika itu saya dikasih obat itu langsung drastis lagi ke segitu lagi... ya itu ragu-ragu benar apa tidak.

P : terus, waktu belum sakit. Bapak sudah tau informasi tentang penyakit diabetes itu seperti apa? Sudah tau apa belum?

R1 : ya, sudah tau... dari membaca...

P : membaca apa pak?

R1 : membaca pamflet, membaca, kan ada buku-buku tentang itu mba, ya kadang membaca majalah. Itu aja. Ya dari membaca pokoknya. Ya dari baca.

P : memang untuk mencari.... Hanya ingin mencari atau kebetulan dapat bacaan?

R1 : ya memang kebetulan aja. Nggak ada keinginan untuk mencari, kebetulan saja... kebetulan aja apalagi ada sebuah fenomena ditengah masyarakat, ketika seseorang itu itu kena penyakit kencing manis itu kan seperti penyakit segala-galanya, yang sudah tidak bisa tertolong lagi... nah, ketika ada judul seperti itu ya tertarik membaca.

P : ya, berarti bapak sudah pernah tau penyebab penyakit DM itu apa?

R1 : iya, pernah tau

P : lalu saat bapak menderita diabetes, kira-kira ada kepikiran ndak kenanya itu karena apa?

R1 : kalau menurut saya itu full karena pola makan.... Karena pola makan, karena saya sampai hari ini termasuk orang yang tidak bisa disiplin dari hal makan. Iya, saya akui itu... sekarang kalau dari segi keturunan saya nggak ada

P : oooohh,, nggak ada keturunan ya pak?

R1 : nggak ada... nggak ada keturunan saya...

- P : terus gejala yang bapak rasakan dulu selain lemah apa?
- R1 : iya lemah, terus kencing
- P : kencing terus?
- R1 : kencing yang sering,,, nggak banyak tapi sering. Hampir tiap habis makan obat kencing..
- P : terus pengobatan yang pernah bapak lakukan apa saja pak?
- R1 : iya,, iya hanya satu... saya cek gula...
- P : cek gula darah aja?
- R1 : iya, ini... pokoknya check up. Hampir tiap 6 bulan sekali saya check up.
- P : 6 bulan sekali?
- R1 : iya, bahkan kalo keadaannya agak sedikit berat gitu lho, kadang 3 bulan sekali... tapi yang sering 6 bulan sekali...
- P : terus, kalo misalnya... setelah sakit dapat informasi tambahan atau tidak tentang diabetes?
- R1 : ada tambahannya. Tambahannya tentang, ya tentang bahaya diabetes... kalau diabetes itu tergolong dua, ada kering ada basah... kalau kering itu insyaallah ndak sampai menjadikan tubuh itu luka atau kalaupun luka itu ndak terlalu parah, tapi kalau yang basah itu menjadi luka.
- P : itu darimana pak informasinya?
- R1 : dari... ya dari... (mencoba mengingat)... ya kadang dari teman perawat itu... kemudian ada dari penderita... karena ketika saya itu menderita kemudian mendengar ada orang atau teman ada yang kena, kan sharing... na... sharing itu, "gimana,gimana?". Saya dapat kabar dari sana dari sana kalau kering itu begini, kalau basah itu begini.

- P : jadi sesame penderita ya pak?? Jadi ada sharing dengan sesame penderita juga?
- R1 : iya, jadi seperti ini tadi, ada berita saya tanya (sambil menunjuk antrian di luar)
- P : terus waktu bapak pertama kali check ya terus sama dokternya dibilangin bapak kena diabetes itu perasaannya bagaimana?
- R1 : iya, takut saat itu.
- P : ooo,,, takut ya? Takutnya karena apa?
- R1 : ya takutnya itu komplikasi, kemudian takutnya ndak bisa beraktivitas secara maksimal. Tapi Alhamdulillah sampai hari ini, belum mempengaruhi aktivitas. Sampai hari ini belum mempengaruhi aktivitas saya... saya masih biasa-biasa, tidak pernah ndak masuk pelajaran karena diabet ndak pernah.
- P : tapi, dulu untuk mengatasi takutnya dulu, saat masih takut-takutnya itu bagaimana?
- R1 : saya itu ya cuman konsultasi, konsultasi kepada dokter
- P : konsultasi apa sama dengan cek kesehatan?
- R1 : ya sambil check kesehatan saya tanyakan... biasanya dokter spesialis yang kalimat,, apa bicaranya singkat itu saya paksa supaya banyak bicara. Saya tanya akhirnya ada pernyataan “kalau diabet itu ndak pa pa. asal bisa menyasatinya dengan baik”. Disamping dokter ya saya punya banyak teman perawat... juga punya ponakan perawat...
- P : terus kontrol rutin ya 6 bulan sekali, itu selalu dorongan sendiri atau disuruh???

- R1 : dengan sendiri ndak ada yang nyuruh...
- P : ooohh... gitu?
- R1 : iya, Karena sudah... karena di keluarga kan saya orang nomor satu, siapa yang nyuruh saya?
- P : ooohh... gitu? Jadi memang memotivasi diri sendiri?
- R1 : iya. Memotivasi. Malah istri saya itu kadang-kadang ndak tau. Jam-jam kerja saya, waktu kosong sendiri gitu. Jadi istri saya itu malah bilang, “kok suering kontrol?” baru saya yang inisiatif sendiri full....
- P : kenapa kok ingin kontrol rutin terus?
- R1 : ya, biar saya terdeteksi, kalau memang tinggi biar saya bisa menyasati... kalau memang rendah ya Alhamdulillah.
- P : biar tahu keadaannya ya?
- R1 : ya biar tahu keadaannya... alih-alih saya kan juga punya askes... selama ini saya belum pernah periksa ke dokter, apa namanya.... Dokter yang punya praktek sendiri.... Saya askes terus, saya manfaatkan... karena selama ini saya belum pernah diabet
- P : Cuma takut di awal aja ya pak? Atau sekarang masih takut? Atau gimana perasaannya sekarang?
- R1 : ya takut ya masih ada, Cuma frekuensinya rendah
- P : terus untuk mengatasi takutnya bagaimana pak?
- R1 : untuk mengatasinya, ya Cuma satu dengan berobat... yang kedua dalam waktu-waktu yang senggang saya pakai olahraga... kemudian ada yang menurut saya penting juga,, dan dianjurkan oleh agama yaitu melakukan puasa. Iya, puasa minimal saya itu senin kamis, atau bisa di tambah 3 hari

tiap tengah bulan, atau bila perlu ndaud. Satu hari puasa, satu hari ndak... itu menurut informasi dari membaca kalau rasulullah itu sehat karena itu. Karena olahrega, karena puasa, dan yang belum bisa saya lakukan sampai hari ini itu disiplin makan.

P : disiplin makan? Berarti pola makannya belum ada perubahan ya pak?

R1 : belum, ya ada tapi masih minim.... Belum bisa memenuhi kehendaknya ketika diabet.

P : ooo gitu. Itu kenapa kok belum bisa disiplin?

R1 : ya, hehehe...(tertawa kecil) karena apa ya? Dorongan dari dalam ini masih... ee.. masih ingin makan terus gitu

P : ooo... gitu.

R1 : iya tapi ada untuk ukuran apa namanya... volume makan saya, saya kurangi tapi untuk yang saya itu ndak bisa ngatur. Saya itu banyak ngemil gitu lho. Ya ndak bisa...

P : kalau pun nggak bisa jaga pola makan taui jumlah makanannya tetap dikurangi ya? Dengan makan yang dikurangi gitu, ada perasaan tersendiri nggak?

R1 : ya jelas, karena kan berat badan ini kan agak berkurang tapi berkurangnya nggak banyak.

P : terus untuk perasaannya sendiri bagaimana? Dengan makan yang harus dikurangi atau dibatasi

R1 : ya, kadang ada perasaan tersendiri tapi kadang terjawab sendiri. Karena memang kalau saya itu ingin sehat saya harus mau melakukan hal ini,

karena ini merupakan suatu keharusan bagi saya. Apalagi dari,, katakanlah dari dokter.

P : jadi belum bisa mengatur mengatur pola makan tapi untuk jumlah makanan sudah dikurangi ya?

R1 : iya, sudah saya kurangi.

P : untuk aktivitasnya bagaimana?

R1 : belum ada perubahan

P : lalu olahraganya bagaimana pak?

R1 : olahraganya memang kalau waktu-waktu normal, tidak dalam keadaan terlalu sibuk, saya usahakan... untuk hari rabu dan hari minggu karena itu tidak masuk sekolah ... hari minggu libur... hari rabu itu off, ndak ada ngajar. Jadi ndak ke sekolah... nah, kalo sabtu senam sama anak-anak. Kalau rabu dan ahad (red.minggu) biasanya pakai sepeda.

P : kalau perubahan olahraga dari sebelum sakit dan setelah sakit ada tidak?

R1 : ada, kalau sebelum sakit ndak pernah olahraga

P : lalu, bapak kan sudah melakukan kontrol rutin, pola makan sudah dikurangi jumlahnya, terus ada olahraga juga. Itu perubahan bagi diri bapak itu apa pak?

R1 : ada perubahan, jadi begini. Sebenarnya yang paling terjadi perubahan itu adalah ketika emosi tidak stabil. Itu pasti ada kenaikan gula darah saya ketika di keluarga itu kan kadang ada permasalahan, ada masalah gitu kemudian saya cek mesti naik. Mulai dari ujian anak sakit, gitu waktu itu ada ujian anak yang ke- 2 sakit, sampai ke ICU. Itu saya periksakan naik. Berarti menurut saya ada hubungan antara emosi, kejiwaan dan diabet.

- P : tadi kan bapak mengatakan selama ini dorongan untuk kontrol itu dari diri sendiri ya? Lalu selama sakit, siapa orang yang mendukung atau mensupport bapak?
- R1 : ya otomatis istri mendukung. Utamanya dalam hal masak diupayakan tidak manis. Walaupun tidak minum gula,, apa namanya? Gula jagung... saya itu tetap pakai gula biasa. Tapi Cuma volumenya sedikit itu. Kalau 1 gelas atau satu mangkok atau satu mug itu mestinya 2-3 sendok jadi Cuma satu sendok saja. Ya dukungannya seperti itu.
- P : pernah bertemu dengan teman-teman sesama DM ya? Itu kalau bertemu ngapain pak?
- R1 : ya curhat atau sharing aja. “harus makan apa, kita harus berbuat apa”
- P : kalau ketemu itu rutin pak?
- R1 : tidak, insidental. Iya, kalo pas bertemu berobat, pas ketemu dimana... jadi nggak ada rencanaharus ketemu, ndak... ya kebetulan saja insiden
- P : kalau misalnya sudah ketemu, sudah sharing, perasaannya gimana pak?
- R1 : ya perasaannya lebih mantap, artinya lebih enjoy dalam menikmati suasana menderitanya penyakit. Jadi tidak takut.
- P : lalu, ini pertanyaan terakhir ya pak, setelah sakit apa makna yang bisa bapak ambil?
- R1 : ya banyak. Yang pertama saya lebih hati-hati dalam pola makan, walaupun belum bisa maksimal. Yang kedua, ya keluarga disarankan untuk tidak banyak makan makanan yang mengandung zat gula, supaya tidak terjadi sama seperti saya. Kemudian yang ketiga lebih bersemangat untuk melakukan preventif supaya tidak menjadi komplikasi lebih lanjut pak.

P : baik, saya kira cukup informasi yang saya butuhkan. Terimakasih bapak

R1 : iya mba, sama-sama. mari mba.

**VERBATIM PENELITIAN MEKANISME KOPING PADA PENDERITA
DIABETES MELLITUS YANG MELAKUKAN KONTROL RUTIN DI
POLI PENYAKIT DALAM RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN**

Keterangan:

P : peneliti

R2 : partisipan 2

P : bagaimana bapak dulu bisa tau bapak terkena diabetes?

R2 : pertama itu, saya itu ndak tau, kalau badan saya itu kok tiap minggu terasa turun... BB saya kok turun, turun, turun terus. Saya nggak tau kalau mempunyai sakit diabet itu nggak tau... saya merasa nggak pa pa.. orang saya itu dulunya pemain olahraga lho, voli... yo nggak mungkin yang biasa pemain olahraga kok mempunyai sakit diabet. Akhirnya kok saya tau-taunya itu badan saya kok menurun. Akhirnya saya cek ke dokter... mulai tahun 2005 itu ketahuannya itu 1 tahun.. terus saya cek ke rumah sakit ini, itu taunya kok 441... itu kadar gulanya itu 441... ketahuan tahun 2006. Akhirnya saya dinyatakan sakit diabet. Akhirnya saya rutin ke rumah sakit. Mulai 1 bulan dua kali terus lama kelamaan 1 bulan sekali sekarang, sampai sekarang... lalu baru tahun 2010 atau 2011 sering masuk rumah sakit.

P : ooo... pernah masuk rumah sakit pak?

R2 : ooo, opname sering, karena kadar gula sampai 600 gitu kan badan lemas. Terus kaki itu rasanya sakit gitu, cenut-cenut rasanya kaki ini. Kata dokter itu reaksi nya sakit diabet itu memang begitu... karena itu ya, saya telateni sampai sekarang check up ke rumah sakit. Ternyata sekarang kok naik.

Biasanya 200-300 sekarang kok 400 lagi. Mungkin terlalu capek karena kemarin itu kan ada banyak kegiatan. Capek mengantarkan anak-anak kumpul ke alun-alun. Capek. Padahal dulu kan dokter bilang ndak boleh capek. Dan memang saya akui saya terlalu capek.

P : terus dulu waktu dibilang “bapak ini kena diabet” perasaannya bapak bagaimana?

R2 : saya itu kan baru dibilang oleh dokter dulu dikatakan positif sakit diabet kan dari kadar gula 441. Ya saya itu bukan hanya terkejut, saya kok sakit diabet padahal saya tidak tidur terus di rumah itu, kan kegiatan saya banyak... saya kan tanya, kok gini.. mungkin dari keturunan... karena keturunan saya itu dari ibu itu banyak yang diabet.

P : ooo... ada keturunan ya pak ya?

R2 : iya, kadang yo saya tidak terkejut,, oh ya iya dari keturunan, tapi dari bapak ndak ada... dari ibu ada sakit diabet...dari saudara ibu itu banyak sakit diabet... hampir merata...

P : terus cara menangani perasaan yang dulu.... Ada perasaan kayak kaget gitu ya, padahal nggak tidur terus gitu ya? Itu cara menenangkannya bagaimana? Supaya nggak kaget lagi?

R2 : ya, memang kalau dari saya sendiri saya itu olahraga, terus pola makannya itu ya ndak berlebihan. Oh, mungkin saya itu sadarnya itu oh dari keturunan itu tadi. Ya sudah kita jalani aja, kita berobat, berusaha, supaya bisa sembuh.

P : terus sekarang perasaan bapak bagaimana?

R2 : sekarang ya sudah biasa, ya saya tenang-tenang kan saja. Pokoknya saya berusaha berobat ke dokter, ke rumah sakit ini, biar terjaga,, bisa terkontrol diabetesnya.

P : untuk menangani diabetnya sendiri selain kontrol, apa saja yang sudah bapak lakukan?

R2 : ya kalo di rumah ya, kalau pagi setelah shalat subuh itu olahraga.... Sudah nggak kuat lari... itu sudah nggak bisa dibuat lari... ya jalan-jalan... kalau sudah hari minggu gitu ya, pakai sepeda pancal ke stadion. Kan supaya untuk mengimbangi ya... aku sampai sekarang ya kalau mau ke alternative juga sudah saya datangi, alternative itu di mojosari. Dimana saya terdengar orang bilang bisa tapi ternyata ya seperti itu. Memang tidak tinggi.... Tapi sudah lama itu tidak kesana itu... biasanya itu, kalau di buat tidur gitu gak bisa nyenyak. Dulu juga disini sudah di kasih insulin.

P : disini, diinsulin?

R2 : iya, tiap hari disini itu disuntik... obatnya glukodek itu.. tadi pas dicek itu kok 441, aduh naik lagi...

P : sebelum bapak sakit, sudah tau tentang diabetes?

R2 : belum pernah, ya pernah tau dengar kalau orang sakit diabet itu biasanya gini. Ya biasanya mengajarkan, ada kalau orang konsumsi gula tidak diproduksi oleh empedu itu bisa menyebabkan sakit diabet.. itu sudah di ajarkan pada murid, bisa.. tapi saya sendiri merasakan sakit itu, tidak tahu bahwa kalau penyebab utamanya sakit diabet itu apa, itu ya saya tidak merasa gitu.

- P : eee... terus selama sakit, itu ada dapat tambahan informasi-informasi tentang diabetes selama sakit?
- R2 : selama sakit, nggak ada informasi... waktu sakit itu, diberi informasi sama keponakan saya, kan ada itu di rumah sakit sini... nah, “lek, sampeyan kalau sakit gini, gini, gini...” di beri saran, berobat ke rumah sakit terus di suruh anu, check up sama ponakan.
- P : terus kan kontrol rutin ya pak? 1 bulan sekali?
- R2 : iya, obatnya juga 1 bulan sekali.
- P : kontrol rutin itu, bapak disuruh atau atas inisiatif sendiri?
- R2 : ooo... saya itu berangkat sendiri... saya ingin sembuh betul... ya walaupun tanpa diingatkan atau disuruh keluarga ya keinginan saya ingin sembuh ya, masih muda. Anak masih kecil ya..
- P : terus untuk perubahan pola makan ada nggak selama diabet?
- R2 : pola makan rentang sebelum sakit sampai sekarang. Masalah makan yang pola makan itu ya makan ae nasi,, yang dulu itu satu piring, sekarang itu ya satu entong itu. Saya kurangi karena ingin sembuh itu. Pola makan biasanya satu hari tiga kali sekarang dua kali, kalau pagi saya beli nasi jagung...
- P : terus kontrolnya kan terus-terusan ya pak? Tiap bulan, itu perasaannya gimana pak?
- R2 : iya biasa, iya. Pokoknya perasaannya ingin sembuh aja. Iya makanya berobat yaa ingin sembuh, tujuannya itu ingin sembuh..

P : untuk perubahan pola makan juga merasa gimana gitu? Kan dulu makannya banyak sekarang dibatasin gitu, nggak ada perasaan gimana gitu?

R2 : nggak, gini ya... kalau sebelum saya sakit diabet itu kan saya punya sakit lambung maagh... saya itu gini, walaupun sudah makan dikit, terus kena diabet... itu bukan saya makan, makan sedikit itu kan memang sekian nggak mampulah Makan banyak sedikit sudah nggak mampu... makanya saya itu sering konsultasi ke dokter, ke keponakan saya yang perawat di sini itu. Memang biasanya orang diabet, sakit diabet itu sering lapar, nah saya kok tidak... saya gitukan... aneh gitu lho... orang sakit diabet itu, setiap kali itu katanya lapar terus, nah saya kok tidak, biasa gitu. Yang saya herankan itu kan ada teman sesekolahan kadang bercanda itu bilang gini, “ ah, aku itu kok lapar terus?” nah saya kok tidak. Saya itu sehari makan 2 kali... pagi, mau berangkat ngajar terus nanti jam 2.. sore itu ndak pernah saya makan... ya nggak lapar... hanya saja saya makani buah gitu, ya tidak makan nasi, tapi makan buah. Entah melon, entah apa, papaya gitu...

P : dari aktivitas bapak ada perubahan tidak?

R2 : berubah, berubah banyak mba. Sebelum sakit aktivitasnya kan lebih berat, sekarang ya membantu istri. Kalau sekarang yang kecil sudah kuliah di Surabaya yang lain sudah kerja di gresik. Jadi ya tinggal berdua... ya istri saya biar masak ae, biar saya yang bersihin rumah. Tetap begitu supaya badan saya tetap bergerak. Saya nggak mau tidur-tiduran terus..

P : kalau olahraga, kan dulu pemain voli ya pak ya? Sekarang bagaimana pak?

R2 : kalau sekarang sudah nggak, sudah umur 50 berhenti total sudah. Tinggal jalan-jalan naik sepeda pancal gitu aja...

P : tapi masih olahraga kan pak?

R2 : iya, masih..

P : terus, selama sakit siapa orang yang paling mendukung bapak?

R2 : ya istri itu mba.

P : dukungannya seperti apa pak?

R2 : dukungannya ya bila sudah mulai terasa sakit di pegang sikil, eh kaki saya... ini terus diurut terus... kadang dikasih nasihat “kalau memang sakit ke dokter pak”, ya diberi masukanlah... tentang makannya ya jangan di awur aja. Apa yang dilarang oleh dokter ya di tinggalkan, di suruh ke dokter.

P : dinasihatin ya pak?

R2 : iya, baik anak maupun istri begitu

P : terus pernah ikut club-club diabetes itu nggak pak?

R2 : belum pernah mba

P : belum pernah ya? Kalau bertemu dengan orang-orang sesama diabetes pak?

R2 : ya pernah. Kalau ketemu orang-orang yang kena diabetes, ya itu tadi dikasih saran kesana, kesana... (ke pengobatan alternative). Tapi kalau perkumpulan ya tidak. Ya ketemu seperti di lamongan, di rumah sakit.

P : perasaannya setelah bertemu dengan sesama penderita diabetes bagaimana pak?

R2 : ya perasaannya ya biasa. Ya senang ketemu dengan teman-teman. Kadang teman-teman satu sekolahnm kadang belum pernah kenal sama sekali, jauh... lain kota... nah terus ketemu... senang... waktu ketemu itu ya seneng. Ya kalau kita sudah pulang ya biar kita itu dapat pelajaran dari sana suruh kesana. Jadi kalau disuruh kesana-kesana ya kita datengin. Ke Surabaya kita datangi. Iya, kalau memang cocok... keinginan kita itu kan supaya sembuh, ingin sembuh. Orang sakit itu kan ingin sembuh... makanya kalau kita sudah berapa tahun itu, mulai 2005 sampai 2012 itu kan tujuh tahun ... itu kalau minum obat itu dirasakan itu sudah capek... kalau tidak begitu penyakit ini tidak bisa sembuh... apalagi gula darahnya ini naik terus kalau sudah capek. Kalau minum obat juga “kepegelen minum obat”.

P : pernah merasakan seperti itu pak?

R2 : kan semua orang pada dasarnya seperti itu. Merasa capek tapi berhubung perjuangan did alam diri kita itu ingin sembuh, ya tetap kita jalani. Apalagi berobat ke rumah sakit, ke dokter. Harus kita jalani karena tetap pedoman kita itu.

P : berarti pernah bertemu dengan sesama penderita diabetes? Terus kadang sharing, terus hikmah positif ya bisa diambil.... Hikmahnya apa pak?

R2 : ya itu tadi, yang pertama itu kita bisa saling memberi informasi. Ada dokter yang disana cocok nggak, ada alternative disana cocok atau nggak, kita senengnya gitu. Ada informasi masuk yang sebelumnya tidak tahu akhirnya bisa tahu... ya itu kita jalani, merasa senang saja... ya terus terang saja, kalau sudah bertemu dengan orang yang sesama penderita dari kota

lain hati kita ini kan merasa senang, gitu lho... waktu disitu senang tapi kalau pulang terus berpikir.... Oh iya, kalau kita kesana, terus gimana? Kita coba gitu.

P : kalau hikmah dari sakit diabetesnya sendiri, diabetesnya sendiri bagaimana?

R2 : hikmah...kalau hikmahnya orang diabetkan sebelum sakit biasanya sebelum sakit saya... sebelum sakit itu cara hidup cara berpola, segala macamnya, tingkah lakunya itu lain mba... kalau orang sudah di kasih sakit itu buanyak sekali hikmahnya... yang pertama, hikmahnya orang yang di kasih sakit diabetes seperti ini hubungan ke,, sebelumnya maaf ya mba.. hubungan ke Allah, tuhan kita itu dekat. Jauh, daripada kita sebelum sakit.. itu yang pertama... yang kedua, dengan habluminnannas nya juga begitu... hubungan sesama manusia, sebelumnya kita sesama manusia agak keras pembicaraannya tapi sekarang itu tidak ada apa-apanya mba... jangan kita itu tidak ingat seakan-akan kita itu masih hidup gitu. Itu hikmahnya... kalau orang diberi sakit seperti itu,, kalau belum ingat kepada Allah, itu rugi besar... karena ya kita biasa orang sakit diabet itu mati nya sudah dekat, katakanlah begitu... soalnya kenapa? Kita lihat informasi orang sakit diabet itu tidak bisa sembuh. Hanya bertahan, katanya gitu... dengan obat itu bisa bertahan... entah sampai kapan, kita tidak tahu... yag tahu hanya Allah.

P : dengan pernyataan begitu, orang diabet tidak bisa sembuh, itu bapak sendiri perasaannya bagaimana?

R2 : perasaan saya itu, saya kembalikan saja pada Allah mba...

P : pasrah ya?

R2 : iya, ya saya pasrah... mati dan hidup saya itu tergantung kepada Allah. Umur panjang, umur pendek itu tidak apa-apa. Sudah ditakdir oleh Allah kapan mati saya itu. Nah, makanya itu lah kita harus mendekatkan diri supaya tidak diberi... eh kalau bisa diberi umur panjang dan bisa menjalankan ibadah dengan baik.. ya saya begitu itu mba.

P : baik bapak, saya rasa sudah cukup. Nanti misalnya ada data yang kurang saya hubungi bapak lagi ya pak?

R2 : iya bisa mba...

P : baik, terima kasih banyak bapak...

R2 : iya terima kasih kembali...

**VERBATIM PENELITIAN MEKANISME KOPING PADA PENDERITA
DIABETES MELLITUS YANG MELAKUKAN KONTROL RUTIN DI
POLI PENYAKIT DALAM RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN**

Keterangan

R3 : Partisipan 3

P :Peneliti

P : Bagaimana bapak awalnya terkena diabetes? Mulai kena nya bagaimana?

R3 : saya itu tiap hari kan minum es teh terus ndak terasa, setelah itu saya sakit gatal, gatal itu selangkangan sini itu dikukur beberapa kali terus sampe ya pokoknya nggak sembuh-sembuh sampe kesini-sini (mengarah ke lengan) lha saya belum ngerti apa tentang cek darah dan sebagainya kemudian saya ke dokter (menyebutkan nama dokter) dokter kulit. Saya cek kulit, diberi obat ndak pernah dapat sembuh, ndak pernah sembuh, ndak pernah berhenti ngukur (red:nggaruk) gito lho. Setelah itu disuruh cek darah dokter kulit “ini coba bapak cek darah” (sambil seolah-olah menunjukkan hasil pemeriksaan). Nah yang pertama 296 saya kaget pada saat itu, oh berarti saya kena diabet, itu perasaan saya sendiri, setelah itu saya cek ke rumah sakit saya kembalikan lagi diberi obat dan obat itu glucolec gitu lho. Setelah itu saya diberitahu dokter, pada saat itu dokter sapa ya? Yang deket sini lho mba (sambil menunjukkan arah tempat dokter praktek), diberitahu bapak ndak boleh minum manis-manis, jangan terlalu minum manis-manis, setelah itu saya coba cuma minum air putih setelah itu tiap bulan saya check up koq turun, kayaknya turun-turun dengan sendirinya kemudian sampe sekarang itu kok ndak pernah diatas 150, 132, 146, pokoknya ndak pernah diatas 150,

ndak pernah. Itu lah kenapa saya itu kontrol terus, soalnya pertama perasaan saya itu takut, jangan-jangan nanti saya seperti yang diberitahu tetangga2 kalo diabet itu yang diserang itu paling tidak telinga, mata, jantung, kalo mata tidak bisa melihat, tetangga saya sampai tidak bisa melihat saya tanya itu katanya diabet dia gag pernah periksa, gag berani orangnya, kemudian saya periksa terus, saya kontrol terus, setiap dua bulan sekali, dua bulan sekali kontrol, kemudian ya sampai sekarang, jadi nggak merasa takut, mengapa saya nggak merasa takut? Karena saya sudah tua, sudah 64 kan? Wajar kan nanti kalau dipanggil oleh Allah itu kan sudah cukup usia saya. Tapi gag berarti saya takut karena diabet, gag. Malah sekarang saya kadang-kadang memberanikan diri , minum teh manis ndak papa, Cuma saya jaga diri paling banyak saya minum air putih, kemudian saya pernah diobati sama mbakyu saya itu, alternative itu, (menyebut merek salah satu obat alternative) , yah ndak papa, ya sama-sama aja, ya 130, 140, 132, itu saja. Ndak pernah naik sampai 150 sampai sekarang, saya ndak pernah takut, wong penyakit koq ditakuti, kita obatin saja. Kadang ada usaha menurunkan gula darah. Kadang-kadang ya memberanikan makan yang dilarang, tapi ya tidak apa-apa.

P : usaha menurunkannya dengan apa pak? Usaha-usaha untuk menurunkan diabet nya dengan apa?

R3 : minum air putih saja

P : oh, minum air putih saja?

R3 : he eh, jadi kalau kita meniatkan, “ojo minum iki, nggarai mundak” . terlalu mengontrol saya istri saya itu, kemudian saya nurut. Saya minum air putih

saja. Tapi gludec nya tiap pagi. Sebelum sarapan minum gludec separuh. Kadang-kadang lupa, jadi kalau ingat saya minum 1 nggak pa pa. kadang lupa, setelah shalat subuh jalan-jalan, sudah minum kesana the anget, kopi, gag pake gula. Kadang-kadang saya bawa gula sendiri. Itu apa? Apa itu namanya? Kuning itu,

P : anu, diabetasol, eh gula jagung (menyebut merk salah satu gula jagung)

R3: iya itu, tiap ke warung saya sakuin satu-dua gitu, ke warung saya campur.

P : dulu kan pernah takut ya pak ya? Yang dulu waktu takut, trus supaya gag takut diapain?

R3: Ya itu langsung kontrol ke rumah sakit

P : Langsung kontrol ya?

R3 : kan takutnya kan kan, saya malu, gatal kan ngukur terus, gag pernah. Saya pernah mikir ya, paling loro opo sich? Gatel. Koq diobatin gag marem Malah pernah saya obatin dengan obat dosis tinggi. Malah gag dibolehin ma dokter “jangan minum ini pak, malah gag sembuh-sembuh” habis itu saya disuruh kontrol darah . cek darah baru tau kalo 296 itu. Awalnya itu ya takut. Kene opo dan lain sebagainya itu.

P : Tahun berapa pak dulu waktu pertama tau kena diabetes?

R3 : pertama itu 2007 saya masih dinas waktu itu.

P : Dinas apa pak?

R3 : Kepala Sekolah, saya pensiun 2008

P : oh, kepala sekolah. lalu siapa orang yang paling mendukung bapak selama bapak sakit?

R3 : istri saya, yang ndorong istri saya, “ awakmu iki, berobat gag mbayar ae. Nggawe askes ae” rutin ke rumah sakit sampai sekarang. 2 bulan sekali. Kalau obat habis ya dua bulan sekali.

P : trus, bapak sudah tau belum tentang penyakit diabet sebelum sakit?

R3 : gag pernah tau.

P : oh, jadi gag pernah tau ya?

R3 : gag pernah tau. Tau-tau muncul gejala itu. Katanya diabet itu.

P : trus dikasih tau gimana penyakit diabet itu?

R3 : gag pernah

P : Gag pernah dapat informasi ya sampai sekarang?

R3 : pernah dapat info, ya ya gag info ya, dari temen gitu aja “ pak bahaya ini lho pak, sampeyan nek gula darah sampeyan duwur, sampeyan iso kena nang moto, kena kuping gak krungu, jantung, dan lain sebagainya”. Pernah punya rasa takut sedikit aja. Kemudian turun sendiri. Dengan kesadaran saya sendiri dibantu istri saya, di dorong agar tidak minum manis, kemudian gula darah saya turun kemudian gag pernah naik

P : pernah ada yang diabet pak dari keluarga?

R3 : Ndak ada, ndak ada. Saya itu kaget koq. Soalnya kan keturunan katanya.

P : pernah ikut penyuluhan pak?

R3 : apa?

P : pernah ikut penyuluhan-penyuluhan diabet

R3 : gag pernah

P : kalau kumpul dengan sesama orang diabet?

R3 : gag pernah, ya Cuma konsultasi sama temen-temen saja

P : temen-temen yang mana pak?

R3 : ya teman-teman yang kena diabet, ya kalau lagi nglumpuk (red: kumpul), “kenapa?” “aq kudu ati-ati” “piro?” “wes gak popo, aq sek duwur” gitu. “sampeyan piye pak koq iso sak mono?” “ wes banyak minum air putih” “saya itu kan gag mau minum manis2” (memperagakan percakapan dengan teman sesama penderita).

P : oh, sharing ya pak?

R3 : iya, dokter malah pernah bilang gini. “ pak kalo bapak gag stabil jalannyaminum aja manis” tapi gag pernah tuch. Gag pernah, goyah, ta goyang. Pokoknya gag pernah ada keluhan apa-apa gitu.

P : trus kalo sudah kumpul sama temen-temen perasaannya gimana?

R3 : biasa, kalo sudah kumpul dengan temen-temen yah biasa. Dan saya sadari teman-teman saya juga kena itu, kan yang kena teman-teman yang kena ya kepala sekolah jug sama. Ada yang 150, ada yang 170, ada yang gag bisa jalan. Ada juga teman saya satu kelas. Kakinya sampai luka. Tapi saya gag pernah luka. Saya jaga. Saya diberitahu istri saya,” sampeyan ojo ngebah, engko kene paku sampeyan nduwe diabet.” Cuma itu. Tapi setelah saya denger-denger yang kena diatas seratus juga bisa, 400 bisa kena juga bisa tidak kena. Ada yang 400 juga kena paku tidak papa. Tapi saya Cuma di suruh hati-hati jangan sampai kena paku. Tapi saya pernah kena paku berdarah, kemudian dibungkus di rumah sakit, orang nanya gini “ kenapa pak? Hati-hati pak, engko gag di pedot” . “ halah sing medot sopo?” saya bilang gitu. Jadi saya memberanikan diri, saya berani. Walaupun saya

diamputasi katakanlah begitu saya ndak masalah. Eh ternyata tidak gitu lho.

hehehe

P : ada kayak pasrah gitu ya pak?

R3 : apa?

P : Ada perasaan pasrah gitu ya pak?"

R3 : iya saya pasrah, mau di ambil kapan gitu lho. Gag perkara diabet gag.

P : Kontrol rutin terus ya pak ya?

R3 : iya dua bulan sekali

P :oh, dua bulan sekali ya pak ya?

R3 :iya dua bulan sekali

P :trus siapa yang nyuruh kontrol pak?

R3 :ibunya,

P : oh, istrinya?

R3 : iya, diingatkan. Ini dilihat setiap dari rumah sakit (melihat hasil tes gula darah) “ iki piro sich?” dilihat oleh istri saya. “wes gak popo tapi ati-ati ojo sampe duwure 200 gtu.” Gag pernah saya 200, Cuma sekali sampai 200 pertama dulu itu, waktu gatal-gatal itu, sampai beberapa bulan gag pernah sembuh itu gatal-gatal.

P : perasaannya dengan gatal-gatal itu gimana pak?

R3 :gag pernah tau, Cuma dokter kulit dibilangin gini. Coba bapak gag usah kesini-kesini terus. Periksa darahnya dulu. Terus bawa kesini, nanti hasilnya saya lihat.

P : jadi setiap ada gatal bapak ke dokter ya?

R3 : iya,

P : selama bapak diabet ada perubahan pola makan pak?

R3 : ada, jadi begini pola makannya bukan karena saya terlalu tara bukan, ya setiap hari saya makan ya 3 kali Cuma ya tidak banyak. Kalau sudah malam, sehabis shalat isya saya gag makan lagi, nggak berani makan, ya saya jaga sendiri, katanya teman-teman itu “ ojo mangan dalu2. Nggarai loro. Karena organ2 iku kan istirahat” itu aja, nggak ada tara. Ya di atur sendiri. Saya malah seneng makan nasi yang aja jagungnya itu. Roti-roti manis saya malah gag seneng.

P : kalau aktivitas ada perubahan pak?

R3 : gak ada,

P : gak ada perubahan? Tetap?

R3 : saya gag pernah punya kegiatan yang banyak gitu gag, ya kalau mengantarkan istri mengajar, saya masak sendiri, itu kegiatan saya. Dan lari pagi itu rutin. Sehabis shalat subuh rutin. Pasti lari-lari kecil sampai dapat sampai radius 2-3 km. gak pernah tidak.

P : itu dari sebelum diabet?

R3 : sesudah mba,

P : oh, dari sejak diabet ya. Dulu pernah ada perasaan down pak selama sakit?

R3 : gak biasa mba, karena saya punya prinsip loro tak obatno itu alternative saya sendiri. Soalnya saya punya komitmen, saya sakit. Saya harus kontrol. Ternyata sampai sekarang turun dan tidak pernah tidak kontrol dua bulan sekali.

P : lalu makna positif atau hikmahnya yang bisa di ambil dari sakit diabet ini apa?

R3 : himahnya ya kita tetap sehat selalu. Gag pernah sakit yang berat. Sakit yang lain gag pernah

P : disyukurin aja ya pak?

R3 : iya, mba percaya saya gag pernah sakit. Saya itu ndak pernah sakit, saya jemu dengan rumah sakit. Oleh karena saya punya penyakit ini makanya saya rutin ke rumah sakit. Saya ndak pernah ke rumah sakit, baru ini saya ke rumah sakit. Loro apa sich ke rumah sakit. Didorong oleh adek-adek saya untuk periksa. Makanya saya memberanikan diri. Diambil darah gag pernah, ya baru sakit ini

P : berarti pernah ada perasaan jemu juga ya pak ya?

R3 : iya saya bosan ke rumah sakit, kadang kalau obat saya belum habis saya konsultasi saja, kalau obat saya habis saya kontrol. Sekarang saya sudah waktunya kontrol. Bagaimana mba?

P : oh iya pak cukup, terima kasih atas waktunya pak.

R3 : iya terima kasih mba. Mari.

**VERBATIM PENELITIAN MEKANISME KOPING PADA PENDERITA
DIABETES MELLITUS YANG MELAKUKAN KONTROL RUTIN DI
POLI PENYAKIT DALAM RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN**

Keterangan :

P : Peneliti

R4 : Partisipan 4

P : Ibu bisa cerita pertama kena DM nya itu bagaimana?

R4 : Gini nak, awal-awal mula kita memang bekerjanya kita kan di music. Jadi kita kan bekerja keras setelah itu saya kan bekerja keras jadi capek. Karena capek terus minumnya itu awal-awal kita kan pake es the, pake gula yang seger-seger gitu. Setelah itu, kadar gula saya itu mulai 200.

P : Oooohhh kadar pertama itu 200?

R4 : 200, ya. Setelah itu aku pun juga stress. Karena kita capek terus dan anak saya diperguruan tinggi semua. Terus kita pegawai negri. Ayahnya pegawai negri kan pas-pas an. Nah pas-pas an kita mikir, kita kerja apa lagi... setelah itu dan anak saya kan semua jadi S1, S2 kan, gitu kan membutuhkan biaya banyak.... Saya jadi kerjanya itu membanting tulang, katakanlah saya membanting.... Terus membanting tulang saya terus... bleg..bleg..bleg.. (menunjukkan pekerjaan yang terus menerus). Ngelesi anak,anak,anak,anak. Ternyata saya capek... lha capeknya it uterus jadi kadar gula darah tinggi.

P : putranya berapa bu?

R4 : 5 ini, terus sampai sekarang gak bisa turun. Karena sampai sekarang kita kan masih capek. Tapi setelah anak saya lulus, Alhamdulillah jadi mendinglah sekarang. Jadi sudah agak mending... waktu dulu kan 400

kadang sampai 300. Sekarang normal 200, katakanlah sudah normal. Hmm... itu kan awal-awalnya dulu. Nah kan kita awal-awalnya berat nak, karena music. Kan malem, kadang kita ada festival seni, pentas seni, kita ada festival ke Jakarta. Kita kan mengikuti kan terlalu caek. Jadi capek itu yang bisa menjadikan kita sakit.

P : terus gejala-gejala yang bikin ibu menentukan “oh, saya harus periksa” itu gimana bu gejala-gejalanya?

R4 : gejalanya ya itu. kok saya itu capek, lesu, tidur bawaannya ingin tidur kalau sudah jam 10 gini bawaannya ingin tidur (sambil melihat jam)... kita itu ngapai kalo seperti ini, gitu awal-awal mula wes aku harus ke rumah sakit, karena saya mungkin ada penyakitnya. Dulu orang tua saya juga kan kena kadar gula darah tinggi juga.

P : oohhh.. jadi, ada keturunan juga ya bu ya?

R4 : iya, ada keturunan juga, iya. Dari bapak, dari ibu.

P : terus waktu pertama kali didiagnosis ibu ini kena diabetes perasaannya bagaimana ibu?

R4 : ya, anu nak, saya kaget saja.... Tapi tidak saya pikir. Kalau kita pikir malah itu, malah naik. Tapi kalau kita santai, tidak naik. Gitu lho...

P : jadi waktu ibu kaget itu, langsung ibu bawa santai ya bu?

R4 : santai, harus kita santai. Karena kita music jadi kalau kita pengen teratur mengikuti kita atur sendiri ya tertata sampai sekarang Alhamdulillah. Bisa katakanlah 200, 190 itu sudah normal. Katakanlah 200 itu sudah normal, terus saya minum saya susu yang kayak diabet apa? (mencoba

mengingat)... diabetasol, terus gulanya pakai Tropicana slim (sambil tersenyum).

P : kalau sekarang bagaimana?

R4 : apa?

P : perasaannya bagaimana

R4 : perasaan sudah enak, iya sudah biasa, kan kita tinggal kontrol-kontrol....

Kan kita sudah yakin kalau kita itu.... Kalo ndak kontrol gitu kan nggak tau nanti gimana apa? Gimana hasilnya gitu.

P : jadi menangani kagetnya juga dengan kontrol terus?

R4 : oooohhh... iya, kontrol terus selama 1 bulan 2 kali kadang sampai 3 kali.

Pokoknya, kalo dirasa nggak enak ya kita langsung kontrol.

P : apakah dengan begitu ibu merasa nyaman?

R4 : iya, nyaman. Karena kan sudah yakin. Sugesti saya kalau kontrol itu nyaman, dan dokter itu juga.... Sapa ini... dokter ini (sambil menunjuk ruang praktek dokter).. dokter itu kan teman saya jadi saya sudah yakin.

P : sebelum sakit kan... ibu sudah tau penyakit diabetes itu seperti apa?

Sebelum sakit itu bu...

R4 : yo nggak tau... ya tau Cuma ibu saya gitu saja, “dari karena mangan enak, gitu saja. Orang dulu kan... turunane wong pancen gede mangan enak-enak... lha wong onok”. Ya Cuma gitu aja.

P : jadi untuk gambaran penyakit diabet seperti apa belum tau?

R4 : belum tau.

P : tapi setelah sakit bagaimana?

R4 : tau

P : itu taunya dari mana bu?

R4 : ya dari pak dokter itu

P : oh tanya-tanya pak dokter?

R4 : he'eh

P :selain dari dokter bu?

R4 : sudah dari itu saja. Dari dokter kita kan sudah yakin dengan dokter. Memang penyakit kadar gulanya tinggi itu kan nggak bisa disembuhkan. Kan Cuma pencegahan.... Kan Cuma gitu aja... makanya kita harus hati-hati. Obatnya harus rutin gitu aja... setelah kalo minum obat ini (sambil seolah-olah menunjukkan obat) sebelum makan dan setelah makan... minumnya yang banyak biar nggak sampai ke ginjal gitu aja.

P :pernah pengobatan apa saja ibu?

R4 : ndak pernah apa-apa

P : ndak minum obat?

R4 : ndak, jarang.

P : jadi Cuma kontrol saja?

R4 : iya, Cuma kontrol saja... dulu pakai tiancee saya ndak berani

P : Ndak berani bu? Kenapa?

R4 : iya, nggak boleh sama anak saya

P : jadi dari rumah sakit Cuma kontrol tida dapat obat?

R4 : ada. Obat untuk gula darah... sebelum makan, setelah makan kan rutin sehari 3 kali. Kalau nggak minum itu kita juga nggak enak, gitu lho mba.

P : kan kontrol rutin sebulan 2 kali ya bu?

R4 : iya, sebulan 2 kali kadang 3 kali.

- P : itu gimana perasaannya harus kontrol rutin berkali-kali?
- R4 : iyaa.... Itu memang sudah sugesti saya kalau kontrol itu enak.
- P : oooohh... jadi memang perasaannya kalo kontrol itu enak?
- R4 : iya, memang lebih enak... lebih tenang.
- P : terus pola makannya bagaimana bu?
- R4 : pola makan kita harus hati-hati... jadi nasi itu, kita harus punya ukuran.
- P : jadi berubah ya bu?
- R4 : iya berubah... dulu kan saya makannya banyak... sekarang nggak.. Cuma seentong... gitu saja. Kadang 5 sendok... kadang saya kasih Cuma 2. Kadang sayur... Cuma itu saja... dengan sayur saya makannya banyak.
- P : dengan perubahan pola makan itu, bagaimana perasaan ibu?
- R4 : ya udah, enak....itu sugesti saja mba... memang perasaan enak
- P : jadi merasa lebih enak?
- R4 : iya enak, dan dengan susu itu. Susu diabetasol itu.
- P : itu rutin bu?
- R4 : rutin... ya pake susu itu rutin
- P : kalau aktivitasnya bagaimana, kan ibu kerja di pariwisata ya?itu sibuk ya bu?
- R4 : sibuk, terlalu sibuk.
- P : terus setelah sakit aktivitas ada pembatasan atau tetap
- R4 : ya tidak ada pembatasan... kan senang... dengan bekerja malah senang, itu yang membuat kita sembuh... karena kita pentas, nyanyi, jadi kita kan terlalu apa ya?? Terlalu hebring.... Nah gitu... terlalu happy, katakanlah.. daripada kita ke kafe atau kemana gitu, malah tidak enak... malah kalau

kita ke kantor gitu, malah enak.... Lagipula kita kan melatih juga, dari kita manggung, dari apa gitu kan, saya ngelatih... jadi gitukan, kita kan senang.

P : kalau olahraganya bagaimana ibu?

R4 : saya tidak pernah olahraga, ndak pernah olah raga... kalau pagi sudah berangkat... jam 4 sudah berangkat... kalau kita kan pagi-pagi... kalau kita kan ngelatih jam 5 pagi ya jam 2 sudah berangkat...

P : oh, ibu yang bagian melatihnya??

R4 : iya, pelatihnya.

P : dengan kontrol, pola makan di atur, olahraga, ibu malah merasa lebih nyaman?

R4 : nyaman, iya... nyaman sekali... lebih tenang, karena lebih tertata

P : selama ibu sakit, orang yang paling mrndukung ibu itu siapa? Siapa orang yang paling mendukung ibu selama ibu sakit?

R4 : anak-anak dengan suami... jadi anak dengan suami dan ada sahabat kita "wes nggak usah dipikir, karena orang sakit kan dari pikiran... wes dijalani wae"

P : untuk dukungannya gimana bu?

R4 : ya pokoknya seperti itu... "jangan dipikir karena obat itu dari diri sendiri"

P : jadi seperti nasihat bu?

R4 :iya, nasihat dari suami, anak, dari temen... kalau kita ngedrop kan opname.

P : ooohhh... pernah opname bu?

R4 : iya, di Rumah sakit (menyebut salah satu nama Rumah sakit)

P : pernah bertemu dengan sesama orang DM bu?

R4 : iya ada, pernah temen sebaya dengan saya kan banyak kena diabet... tapi ternyata yang bisa mengatasi ya diri kita sendiri. Alhamdulillah saya ini

P : kalau bertemu gitu, ngapain bu?

R4 : ya ngobrol-ngobrol aja... curhat gitu “maeme kita harus hati-hati ben awet urip” ya Cuma gitu aja. Ketemu sama- sama orang DM. kadang ada “sampeyan itu kalau minum obat jangan terlalu banyak nanti kita kena ginjal”. Gitu kan, teman saya ada yang sampai cuci darah kan ada... kan biasanya gini lgo mba ada kadang kalau darah tinggi diabet gitu kan kadang ke ginjal mba, karena obatnya.

P : lalu, kalau sudah ketemu gitu bu, perasaannya bagaimana?

R4 : ya, tapi kita tetap enak mba kalau ketemu... kan bisa ngobrol, curhat terus bagaimana perasaan kita kalau kita sakit. Akhirnya kita itu sadar, menyadarkan diri... oh iya karena memang penyakit bukan dari keturunan. Mungkin karena pola makan kita yang tidak teratur, karena mungkin dulu waktu muda kan enak-enakan makan apa itu kan enak gitu... apalagi kalau kita aktivitas bekerjanya soro, kan minum kan pokie es kan gitu.... Es manis es apa gitu.... Kadang kita itu “duh ancene ya” (sambil mengingat masa lalu.

P : jadi kalau ketemu malah lebih seneng ya?

R4 : iya seneng... kadang kita bisa sembuh juga (sambil tersenyum)... kadang juga telpon-telponan, “piye, rodo lumayan?”, “He’eh”, aku gitu.

P : berarti hubugannya masih tetap terjaga ya bu?

R4 : iya, sampai sekarang.... Apalagi teman seangkatan dengan saya dulu. Kan nanti sebulan sekali, 3 bulan sekali, kan rutin, reuni kecil.... Gitu-gitu kita

ketemu, kadang dimana.. di rumah makan mana, di rumah saya.. “ he, kita ngumpul dimana?” “iya” “we ndek endi” “gampang” (mempraktekkan percakapan di telepon) gitu. Nanti kita ketemu ngobrol-ngobrol ... Alhamdulillah, selama kita tu ada reuni, dan kita apa.. katakanlah kita bisa masalah ngobrol-ngobrol itu.. kita itu kan.. penyakit itu kan.... Pasti ada penyakit.... Karena itu dari pola makanan kita, kan gitu. Itu kita lebih ekstra hati-hati, karena kita semakin tua semakin itu.... Cuma itu saja

P : hikmah yang bisa diambil dari sakit sendiri gimana bu? Hikmahnya...

R4 : ya saya Cuma gini, kita bisa mawas diri. Terus kita merasa “oh iya, memang makanan yang berpola-polah seperti itu membikin kita sakit” (sambil melirik ke kanan, seolah-olah berpikir). Cuma itu aja... jadi kita makan jangan berlebihan. Karena selama ini yang saya alami dengan suami saya. Ya sama. ternyata diabet dan darah tinggi itu sama, karena dari pola makanan kita. Jadi kita bisa membawa hikmah gini aja. Oh, gitu ya, cara makan kita khairnya jadi seperti ini.

P : ooo... seperti belajar bu?

R4 : iya, kita harus belajar supaya saya terapkan ke anak-anak saya... “hati-hati kalau makan... pola makan... soalnya ayah karo mama sudah gini, kamu harus hati-hati” kan Cuma gitu saja hikmah saya... dan kita bisa ngasih tau sahabat-sahabat kita yang belum kena penyakit supaya kita.. pengobatan... lebih baik kan mencegah, Cuma itu saja...

P : begitu ya bu, baik saya rasa cukup sampai disini ya bu. Terimakasih banyak atas informasi yang diberikan... bila ada kekurangan data saya bisa menghubungi ibu?

R4 : iya bisa mba, ke nomor hape saya saja ya?

P : terimakasih bu... selamat pagi.

R4 : sama-sama mba. Selamat pagi.

**VERBATIM PENELITIAN MEKANISME KOPING PADA PENDERITA
DIABETES MELLITUS YANG MELAKUKAN KONTROL RUTIN DI
POLI PENYAKIT DALAM RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN**

Keterangan :

P :Peneliti

R5 : Partisipan 5

P : dulu pertama kali diabetes kok bisa memutuskan kontrol, bagaimana ibu?

R5 : saya itu, dulu itu sakit perut.... Ngegek (red: BAB)... ngegek itu lho kecil-kecil itu lho, namanya apa ya? Bukan mencret... itu lho, kecil-kecil itu lho.... Suakit.. itu lama.. saya bawa ke dokter saya... mantob saya... tapi kok ndak apa-apa. Terus saya bawa ke dokter lain juga ndak pa pa. trus saya bawa juga ke dokter lamongan (menyebutkan nama dokter) itu, terus sembuh... terus saya itu kok masih sakit, terus saya mau beli saja obatnya, tapi menantu saya bilang gini, “jangan bu” katanya gitu. “ ya diperiksakan biar tau penyakitnya”. Gitu. Terus taunya itu di cek itu tadi. Cek gula.. ya tau penyakit itu tadi...

P : berapa bu kadar gula awalnya?

R5 : dulu itu?? Empat ratus,, enam puluh lima. Hehehe (sambil tertawa kecil)... pertama itu... terus saya disuruh ngamar, saya ndak mau... terus obat jalan terus tiap hari... ya selama kira-kira 7 hari. Kalau dulu itu belum ada cek itu lho, GDA itu lho belum ada. Di desa itu belum ada... adanya Cuma dikota... terus saya tiap hari cek gitu..

P : dulu tiap hari ngeceknnya?

R5 : iya, dulu tiap hari saya ke lamongan terus... saya 7 hari itu...

P : kenapa kok cek tiap hari bu?

- R5 : ya biar tau.
- P : ya, kalau sudah tau kenapa bu?
- R5 : ya dikasih obat insulin, terus dikasih obat, sama glukopak.
- P : kenapa ibu pengen tau kadar gulanya tiap hari?
- R5 : iya, disuruh pak dokternya gitu...
- P : oh, disuruh?
- R5 : iya, soalnya kan tinggi... terus tiap hari disuntik insulin terus, terus tau, terus tiap hari turun, tiap hari turun selama seminggu.
- P : ibu udah tau... ini sebelum sakit ya bu? Sebelum sakit, ibu sudah tau penyakit diabetes itu seperti apa?
- R5 : ya, saya itu kurus. Ya saya ndak tau kok tiba-tiba sakit itu...
- P : tapi dulu sudah pernah tau tentang penyakit diabetes?
- R5 : ya belum tau, ya ndak tau.
- P : terus setelah sakit, tau tentang informasi DM... maksudnya, diabetes itu penyakitnya seperti apa itu tau dari mana?
- R5 : tau, tetangga saya ada. Iya, kakinya itu luka. Terus dipotong, terus mati. Terus saya itu takut. Takutnya itu gini, “yaaa kalo aku kakinya dipotong gimana?”. Terus pak dokter bilang, “ya ndak apa-apa ibu, nanti diobatin gitu.”
- P : terus selain tetangga ibu tau dari mana lagi ibu?
- R5 : ya, kan dulu banyak itu sakit itu... ke dokter terus...
- P : dari dokter dikasih tau juga?
- R5 : ya, tiap bulan..
- P : pernah ikut penyuluhan-penyuluhan ibu?

- R5 : ya anu, di anu.. BP dulu ada anu, seminar.. 3 bulan sekali.
- P : seminar tentang apa bu?
- R5 : diabet, ya di telepon dulu, itu terus disuruh ikut,, ya ndak bayar... di telepon kadang disuratin gitu, dulu...
- P : lalu saat diajak untuk penyuluhan apa ibu datang terus?
- R5 : ya kadang datang-kadang tidak, tergantung saya sibuk apa tidak.
- P : saat penyuluhan diberitahu tentang apa saja ibu?
- R5 : ya banyak,, ya tentang sakit diabetes itu bagaimana... nggak boleh makan yang manis-manis ya begitu....
- P : ibu tau, penyakit diabet itu penyebabnya apa?
- R5 : ga tau. Yo, tiba-tiba sakit. Saya kan tiap hari minum kopi dan sukanya manis
- P : ibu pernah menjalani pengobatan apa saja?
- R5 : insulin, dan obat.. ya saya tiap hari minum obat sampai sekarang,,, saya sudah 9 tahun sakit dan diabetes kan penyakit seumur hidup
- P : ada keluarga yang pernah kena diabet bu?
- R5 : dulu itu, saya dulu,, orang tua saya dulu... dulu pernah ditanyain sama pak dokter “apa ada keturunan?” “ya ndak ada pak dokter”, saya gitu sungguh... soalnya nggak ada sungguh, terus tiba-tiba kok saya dulu daripada orang tua. Iya.
- P :waktu ibu pertama kali diberitahu, ibu terkena diabet bagaimana perasaannya?
- R5 : ya takut..
- P : takutnya gimana bu?

- R5 : ya takut kalau mati.
- P : maksudnya, takutnya karena apa?
- R5 : zaman dulu kan yang ninggal kan banyak... pastilah, kakinya kan luka... daerah saya itu banya yang kakinya dipotong... gitu itu... takutnya itu... tapi sekarang ndak takut. Soalnya sekarang kan banyak orang yang sakit itu. Banyak sekali sekarang itu... dulu kan jaran... sekarang ndak takut, sekarang... sudah biasa, soalnya banyak temannya... sekarang sudah nggak ada yang dipotong kakinya sudah...
- P : ibu, kontrol rutin ya bu?
- R5 : iya, tiap bulan.
- P : itu disuruh atau berangkat sendiri?
- R5 : ya berangkat sendiri... ya diantar suami...
- P : kalau diabetes kan kontrol terus menerus ya? Perasaan ibu bagaimana dengan berobat yang terus menerus?
- R5 : iya, gak pa pa. wong ingin sembuh..
- P : terus ada perubahan pola makan nggak, dari sebelum sakit dan sesudah?
- R5 : ya, iya ada
- P : perubahannya bagaimana ibu?
- R5 : sekarang itu kan apa-apa nggak boleh... banyak yang dikurangi... makan disuruh sedikit... ditimbang, sarapan 1 ons sekali makan, siang agak banyak sedikit, malam agak banyak sedikit... tapi saya juga malah males makan.... Katanya kalau orang diabet itu lapar terus tapi saya tidak itu, malah makan cuma sedikit... Cuma 2 kali... tapi kalau makan kue saya

mau... apa bahasanya? Ngemil... aduh nyari ngemil aja susah banget....
Padahal nggak boleh kan, tapi saya cuma sedikit makannya...

P : terus dari yang dulu semua boleh dimakan, terus sekarang dibatasiin gitu?

R5 : sekarang itu kan, buah yang manis itu kan... pisang raja, terus mangga
gadung nggak boleh. Sawo, semangka...

P : terus bagaimana bu kalau... perasaannya kalau pengen gitu tapi nggak
boleh?

R5 : ya kalau kepengen ya makan sedikit ya nggak pa pa... tapi sekarang apa
yang dilarang sudah nggak saya makan lagi kok...

P : terus, apa ada perubahan aktivitas?

R5 : tidak ada wong ibu rumah tangga... saya kan nggak pernah olahraga jadi
ya saya pake untuk main-main ke sawah.... Menanam padi, menanam
jagung, kacang... yah gitu itu, saya kan punya sawah... tapi ya nggak
semuanya saya,, kadang saya reman (pasrah) kan ke orang lain...

P : itu ke sawahnya sebelum sakit atau setelah sakit bu?

R5 : ya sebelum sakit dan setelah sakit saya tetap ke sawah... wong kalau saya
dirumah itu bawaannya ngantuk terus pengen tidur gitu...

P : selama ibu sakit, yang mensupport, yang mendukung ibu siapa bu?

R5 : ya suami,, kan anak saya jauh... saya itu sendiri sama suami... anak-anak
kan sudah pada jauh-jauh... tapi kadang anak-anak juga menasihati,, kan
anak-anak saya sudah besar-besar,, sekolahnya juga tinggi-tinggi jadi saya
dinasihati nggak boleh gini, nggak boleh gini...

P : lalu dukungan dari suaminya bagaimana?

R5 : iya diobatkan, ndak apa-apa gitu... tiap bulan diantar berobat

- P : pernah bertemu dengan orang yang sama-sama diabetnya bu?
- R5 : ya pernah, banyak... kadang saya takut ketemu orang yang kena diabet.
Liat yang matanya... kakinya dipotong ya kadang saya takut....
- P : sampai sekarang ibu masih takut bu?
- R5 : ya tidak, kan sekarang sudah tidak ada yang kakinya dipotong... malah kemarin saya ditanyain sama orang dirumah sakit “ibu sakit apa?” “diabet” “lho kok ibu tetap sehat?” “iya” “pernah ngamar bu?” “nggak, saya nggak pernah ngamar” saya jawab gitu....
- P : oohh... trus bagaimana ibu bisa tetap kelihatan sehat?
- R5 : ya saya tiap bulan periksa. Tes darah di laboratorium gitu biar tahu.
- P : lalu hikmah yang bisa diambil apa bu?
- R5 : saya begini, mudah-mudahan anak cucu saya jangan seperti saya. Sekarang anak-anak saya sudah nggak mau minum yang manis-manis biar tidak seperti saya. Ya tetap kadang minum kopi, minum es, tapi tidak terlalu manis...
- P : baik ibu, saya rasa cukup ya bu. Terima kasih bu..
- R5 : iya, sama-sama terima kasih.