

TESIS

**HEALTH EDUCATION DENGAN PENDEKATAN SOCIAL MEDIA
REMINDER DAN AUDIOVISUAL TERHADAP KEPATUHAN DAN
KADAR GLUKOSA DARAH PASIEN DM TIPE 2 DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA**



Oleh:

**Nama : Zaenal Abidin
NIM. 131614153035**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN
MAGISTER KEPERAWATAN
MATA KULIAH MANAJEMEN KEPERAWATAN
MATERI: MANAJEMEN KEPERAWATAN
DENGAN MENYERANG
AYAHANUS ADDHALIA SATEWATI

1990

UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN
MAGISTER KEPERAWATAN
MATA KULIAH MANAJEMEN KEPERAWATAN
MATERI: MANAJEMEN KEPERAWATAN
DENGAN MENYERANG
AYAHANUS ADDHALIA SATEWATI

**HEALTH EDUCATION DENGAN PENDEKATAN SOCIAL MEDIA
REMINDER DAN AUDIOVISUAL TERHADAP KEPATUHAN DAN
KADAR GLUKOSA DARAH PASIEN DM TIPE 2 DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)

**dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

**Nama : Zaenal Abidin
NIM. 131614153035**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2018

ii

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN
MAGISTER KEPERAWATAN
MATERI: MANAJEMEN KEPERAWATAN
MATERI: MANAJEMEN KEPERAWATAN
MATERI: MANAJEMEN KEPERAWATAN

DAFTAR

1. PENDAHULUAN
2. TINJAUAN PUSTAKA
3. METODE PENELITIAN
4. HASIL PENELITIAN
5. PEMBAHASAN
6. PENUTUP

Disusun oleh:
Zaenal Abidin

FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN
MAGISTER KEPERAWATAN
MATERI: MANAJEMEN KEPERAWATAN

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Zaenal Abidin

NIM : 131614153035

Tanda tangan :



Tanggal : 4 Juli 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

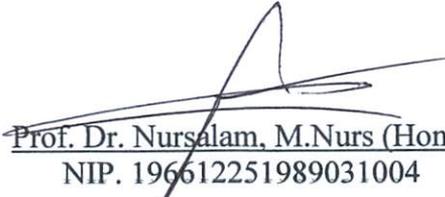
***HEALTH EDUCATION DENGAN PENDEKATAN SOCIAL MEDIA
REMINDER DAN AUDIOVISUAL TERHADAP KEPATUHAN DAN
KADAR GLUKOSA DARAH PASIEN DM TIPE 2 DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA***

ZAENAL ABIDIN
NIM 131614153035

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 4 Juli 2018

Oleh:

Pembimbing Ketua


Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

Pembimbing Kedua


Eka Mishbahatul M.Has., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198509112012122001

Mengetahui,
Koordinator Program Studi


Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Zaenal Abidin

NIM : 131614153035

Program Studi: Magister Keperawatan

Judul : *Health education* dengan pendekatan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada tanggal 4 Juli 2018

Panitia Penguji,

Ketua : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

- Anggota:
1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs(Hons)
NIP.196612251989031004
 2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197212172000032001
 3. Laily Hidayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 198304052014042002
 4. M. Syamsul Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198712022012121002

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, berkat rahmat, hidayah dan limpahan karunia – Nya, sehingga tesis dengan judul “*Health Education* dengan pendekatan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya” dapat diselesaikan. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M. Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya dan penghargaan yang setinggi – tingginya diucapkan kepada Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku pembimbing I dan Ibu Eka Mishbahatul M.Has, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan serta motivasi dalam penulisan tesis ini.

Penyusunan tesis ini tak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu terima kasih disampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan pembimbing I tesis ini
2. Ibu Eka Mishbahatul M.Has, S.Kep., Ns, M.Kep., selaku wakil dekan 2 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan Pembimbing 2 tesis ini
3. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp., M. Kes., selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan penguji tesis ini
4. Bapak Dr. Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes., selaku Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
5. Ibu Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku koordinator program studi S2 Keperawatan dan selaku penguji tesis ini yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan tesis ini.
6. Ibu Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan tesis ini.

7. Ibu Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan tesis ini.
8. Bapak M. Syamsul Hidayat., S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam menyempurnakan tesis ini.
9. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf pengajar Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR yang telah mendidik dan membimbing serta memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
10. Direktur Rumah Sakit Universitas Airlangga Prof., Dr. Nasronudin, dr., Sp.PD-KTI (FINASIM) yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Universitas Airlangga
11. Manajer Keperawatan Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini
12. Seluruh responden yang telah berpartisipasi selama proses pengambilan data berlangsung.
13. Istriku Iqlima Dwi Kurnia, S.Kep., Ns, M.Kep, Anak-anakku Ahmad Naufal Abiyyu Hadyan dan Farzana Zhafira Naiara Putri, terima kasih banyak yang tidak terhingga atas semua dukungan baik moril maupun materiil serta semangat untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
14. Orang tua saya Almarhum Bapak Heri Suyatno dan Almarhumah Ibu Supartini
15. Adik-adikku Rada Hayyu Nuri Jannah dan Zaenul Hakim terima kasih banyak yang tidak terhingga atas semua dukungan baik moril maupun materiil serta semangat untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini
16. Bapak mertua Imam Muchsin, S.Ag dan ibu mertua Dewi Maryam terima kasih banyak yang tidak terhingga atas semua dukungan baik moril maupun materiil serta semangat untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini

17. Seluruh kepala ruangan dan ners irna lantai 4 di RS Unair yang telah memberikan dukungan, semangat dan motivasi dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.
17. Keluarga besar yang telah memberikan dukungan penuh
18. Dosen-dosen Program Studi Magister Keperawatan yang telah membimbing selama proses perkuliahan dan memberikan motivasi dalam penyelesaian tesis
19. Dr. Retno Indarwati, S.Kep., Ns., M.Kep dan Fatihul Arifin selaku sekretariat Program Studi Magister Keperawatan yang senantiasa sabar dan memberikan dukungan penuh dalam mendukung setiap proses penyelesaian tesis
20. Teman – teman seperjuangan M9, yang telah memberikan dukungan dan semangat.
21. Terima kasih juga disampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberi motivasi dan bantuan hingga tesis ini dapat terselesaikan.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan pihak yang telah membantu penelitian ini. Saya menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak sangat peneliti harapkan demi perbaikan-perbaikan ke depan. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan. *Aamiin Allaahumma Aamiin*

Surabaya, 6 Juni 2018

Zaenal Abidin

NIM. 131614153035

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Zaenal Abidin
NIM : 131614153035
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

“Health Education dengan Pendekatan Social Media Reminder dan Audiovisual terhadap Kepatuhan dan Kadar Glukosa Darah Pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 4 Juli 2018

Yang menyatakan


(Zaenal Abidin)

RINGKASAN

**HEALTH EDUCATION DENGAN PENDEKATAN *SOCIAL MEDIA*
REMINDER DAN *AUDIOVISUAL* TERHADAP KEPATHAN DAN
KADAR GLUKOSA DARAH PASIEN DM TIPE 2 DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA**

Oleh : Zaenal Abidin

World Health Organization (WHO) memprediksi adanya peningkatan jumlah penderita DM (Diabetes Mellitus) yang menjadi salah satu ancaman kesehatan global. Keadaan DM yang tidak dikelola dengan baik dalam jangka waktu yang lama akan menimbulkan berbagai komplikasi kronik. Kontrol glikemik yang optimal membantu meminimalkan komplikasi jangka panjang, oleh karena itu penderita diabetes perlu mengintegrasikan beberapa strategi pengobatan, termasuk kepatuhan terhadap program obat, diet dan aktivitas fisik. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kepatuhan diet, aktivitas dan pengobatan pasien DM tipe 2 dan mengetahui pengaruh *Health education* dengan pendekatan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di rumah sakit universitas Airlangga Surabaya

Penelitian ini dilakukan melalui 2 tahap. Tahap I menggunakan metode *Research and Development*. Tahap II penelitian ini menggunakan *quasi experimental*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien dm tipe 2 di rumah sakit universitas airlangga. Sampel diambil dengan metode *simple random sampling* dan ditetapkan berdasarkan kriteria inklusi yaitu pasien DM tipe 2 di Rawat jalan Rumah Sakit Universitas Airlangga, pasien berusia 31-59 tahun, memiliki/berkomunikasi aktif memanfaatkan telepon genggam dan mempunyai aplikasi *social media*, dapat berkomunikasi verbal dengan baik, mampu membaca, menulis dan berbahasa Indonesia dan tidak mengalami tuna rungu. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah Pasien DM tipe 2 dengan komplikasi, menderita gangguan yang menghambat komunikasi dan tidak dapat menggunakan telepon genggam dan *social media*. Sampel pada penelitian tahap I adalah 100 pasien DM tipe II dan tahap II berjumlah 50 pasien DM Tipe II di poli Penyakit dalam Rumah sakit Universitas Airlangga terdiri dari 25 untuk kelompok perlakuan dan 25 untuk kelompok kontrol. Variabel penelitian tahap I terdiri dari kepatuhan fisik, kepatuhan diet dan kepatuhan pengobatan. Pada penelitian tahap 2 variabel dependen terdiri dari kepatuhan aktivitas fisik, diet dan pengobatan. Variabel independen yaitu *Health education* dengan pendekatan *social media reminder* dan audiovisual. Data penelitian tahap 1 disajikan menggunakan distribusi frekuensi. Sedangkan data untuk penelitian tahap 2 menggunakan uji *Wilcoxon, paired t test* dan regresi linier.

Hasil penelitian pada tahap I menunjukkan pelaksanaan *health education* yang sudah diterapkan di poli penyakit dalam menggunakan metode penyuluhan yang dilakukan oleh dokter. Evaluasi kepatuhan aktifitas fisik, kepatuhan diet dan kepatuhan pengobatan sebagian besar pasien DM tipe II di poli penyakit dalam rumah sakit Universitas Airlangga berada pada katagori kepatuhan sedang.

Keyakinan responden sebagian besar memiliki katagori yakin. Hasil penelitian tahap 2 menunjukkan bahwa keyakinan responden mengalami peningkatan sebanyak 21 responden dan 4 responden lainnya mempunyai skor tetap. Sebagian besar keyakinan responden sebelum dan sesudah beriberikan perlakuan *health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* berada pada katagori yakin. Hasil kepatuhan aktifitas fisik, kepatuhan diet dan pengobatan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan sebagian besar berada pada katagori sedang akan tetapi mengalami peningkatan skor setelah diberikan perlakuan.

Evaluasi pelaksanaan *health education* yang selama ini diterapkan di poli spesialis penyakit dalam, didapatkan hasil bahwa seluruh responden mengatakan selama ini pemberian informasi dengan metode penyuluhan secara individu dengan dokter perlu ditingkatkan. Notoatmodjo (2010) mengatakan bahwa kekurangan metode penyuluhan secara individu adalah sasaran target sangat sempit. Membutuhkan waktu yang lebih lama. Memungkinkan adanya rasa kecemburuan dari pasien yang lain. Umpan balik dari penerima pesan kurang lengkap, karena hanya dari satu orang saja. Topik penyuluhan bukan merupakan pemecahan masalah bersama, akan tetapi lebih ke masalah individu

Evaluasi keyakinan, kepatuhan diet, kepatuhan aktifitas, dan kepatuhan pengobatan saat diberikan *Health Education* standar rumah sakit didapatkan hasil bahwa sebagian besar keyakinan, kepatuhan diet, kepatuhan aktifitas dan kepatuhan pengobatan masih kurang. Kepercayaan sebagai bagian terpenting dari keberhasilan seseorang untuk melakukan manajemen diri dalam membentuk perilaku seseorang dan pola kebutuhan klien (Ryan, 2009). Keyakinan yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai suatu tujuan tertentu dan akan memunculkan hasil yang nyata, namun hal ini harus didukung dengan tujuan yang jelas (Ayele, 2012).

Health education dengan *social media reminder* dan *audiovisual* dapat meningkatkan kepatuhan pasien DM tipe 2. Hasil ini selaras dengan penelitian vervloet, dkk (2012) bahwa *sms reminder* memiliki pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan pasien DM tipe 2. Penelitian Tuong, Larsen and Armstrong (2014) menyebutkan intervensi pendidikan kesehatan dengan video dapat efektif merubah perilaku. intervensi pendidikan kesehatan dengan video efektif dalam pemeriksaan payudara sendiri, screening kanker prostat, kepatuhan penggunaan pelindung sinar matahari, perawatan diri pada pasien dengan gagal jantung, tes HIV, kepatuhan pengobatan, dan penggunaan kondom wanita..

Hasil penelitian antara kepatuhan aktifitas, kepatuhan diet dan kepatuhan pengobatan dengan kadar glukosa darah didapatkan hasil yang tidak signifikan, ini berarti tidak ada hubungan antara kepatuhan aktifitas fisik, kepatuhan diet kepatuhan pengobatan dengan kadar glukosa darah. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Ernaeni (2005) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kepatuhan diet dengan kadar gula darah .

Pendidikan kesehatan dengan *social media reminder* dan *audiovisual* dapat meningkatkan kepatuhan pasien dengan cara memberikan pendidikan kesehatan yang menarik dan mudah dipahami oleh pasien dan menjadi pengingat untuk pasien dalam melaksanakan tata laksana DM yang telah dianjurkan.

EXECUTIVE SUMMARY

HEALTH EDUCATION WITH SOCIAL MEDIA REMINDER AND AUDIOVISUAL APPROACH ON ADHERENCE AND BLOOD GLUCOSE LEVEL OF DIABETES MELLITUS TYPE 2 PATIENT AT UNIVERSITAS AIRLANGGA HOSPITAL SURABAYA

By: Zaenal Abidin

World Health Organization (WHO) predicts an increase in the number of patients with DM (Diabetes Mellitus) which became one of the global health threats. The condition of DM that is not managed well in the long term will cause various chronic complications. Optimal glycemic control helps minimize long-term complications, therefore diabetic patient need to integrate several treatment strategies, including adherence to medication, dietary and physical activity programs. The purpose of this research is to know dietary adherence, physical activity and medication adherence of DM type 2 patient and to know the effect of Health education with social media reminder and audiovisual approach to adherence and blood glucose level of DM type 2 patient at Universitas Airlangga Hospital Surabaya

This research is done through 2 stages. Phase I used Research and Development method. Phase II of this study used quasi experimental. Population in this research was all dm type 2 patient at universitas airlangga hospital. The sample was taken by simple random sampling method and determined based on the inclusion criteria are DM type 2 patient at Outpatient Hospital of Airlangga University, patient aged 31-59 years, have / communicate actively using mobile phone and have social media application, can communicate verbally well, able to read, write and speak Indonesian and not deaf. Exclusion criteria in this study were Patients with type 2 diabetes with complications, suffering from interference that hinders communication and can not use mobile phones and social media. The sample in the first phase of the study was 100 patients of type II DM and phase II amounting to 50 patients with Type II DM in the hospital. The first phase of research variables consist of physical adherence, dietary adherence and medication adherence. In phase 2 research the dependent variable consisted of physical activity, diet and medication. Independent variable was health education with social media reminder and audiovisual approach. Research data of phase 1 was presented by using frequency distribution. While the data for research phase 2 using test Wilcoxon, paired t test and linear regression.

The results of the study at stage 1 showed the implementation of health education that has been applied in the poly disease in using the extension method conducted by the doctor. Evaluation of adherence to physical activity, dietary adherence and medication adherence of most patients DM type II in internal medicine outpatient at Universitas Airlangga were in moderate adherence category. Respondents' beliefs are largely confident. The result of the second phase of research showed that the respondent's belief has increased as many as 21 respondents and 4 respondents have fixed score. Most of the respondents' beliefs before and after giving health education treatment with social media reminder and

audiovisual were in sure category. Results of adherence to physical activity, adherence and treatment before and after treatment were mostly in the moderate category but improved after treatment.

Evaluation of the implementation of health education that has been applied in internal medicine outpatient, obtained the result that all respondents said during this information provision by individual education methods with doctors need to be improved. Notoatmodjo (2010) says that the lack of individual extension methods are a very narrow target, takes longer time, allows for a sense of jealousy from other patients, the feedback from the recipient of the message is incomplete, because it is only from one person and the topic of counseling is not a shared solution, but rather an individual issue

Evaluation of beliefs, physical activity, dietary, and medication adherence when administered at the Hospital Health Education standard found that most belief, dietary adherence, physical activity adherence, and medication adherence were low. Belief as the most important part of one's success to self-management in shaping one's behavior and patterns of client needs (Ryan, 2009). High belief encourages the formation of a mindset to achieve a certain goal and will bring tangible results, but this must be supported with a clear purpose (Ayele, 2012).

Health education with social media reminders and audiovisuals can improve adherence of type 2 DM patients. These results are consistent with the study of vervloet, et al (2012) that sms reminder has an effect on patient treatment adherence of type 2 DM patients. Tuong, Larsen and Armstrong (2014) health education interventions with videos can effectively change behavior. health education interventions with effective video in breast self-examination, prostate cancer screening, adherence to sunscreen use, self-care in patients with heart failure, HIV testing, medication adherence, and use of female condoms.

The results of the study between activity adherence, dietary adherence and medication adherence with blood glucose levels were found to be insignificant results, this means no relationship between adherence to physical activity, adherence adherence with treatment of blood glucose levels. The results of this study are in line with the results of research that has been done by Ernaeni (2005) which states that there is no relationship between diet adherence with blood sugar levels.

Health education with social media reminders and audiovisuals can improve patient adherence by providing health education that is attractive and easy to understand by the patient and be a reminder for patients in implementing the recommended DM procedures.

ABSTRAK

HEALTH EDUCATION DENGAN PENDEKATAN SOCIAL MEDIA REMINDER DAN AUDIOVISUAL TERHADAP KEPATUHAN DAN KADAR GLUKOSA DARAH PASIEN DM TIPE 2 DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

Oleh Zaenal Abidin

Pendahuluan: Penderita DM yang tidak dikelola dengan baik dalam jangka waktu yang lama akan menimbulkan berbagai komplikasi kronik. Oleh karena itu penderita diabetes perlu mengintegrasikan beberapa strategi pengobatan, termasuk kepatuhan terhadap program obat, diet dan aktivitas fisik. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah *health education* dengan pendekatan *social media reminder* dan *audiovisual* dapat berpengaruh terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe II. **Metode:** Metode dalam penelitian ini menggunakan *research and development* untuk tahap I, tahap II menggunakan *Quasy experimental*. Variabel Independen adalah *health education* pendekatan *social media reminder* dan *audiovisual*. Variabel dependen kepatuhan dan kadar glukosa darah. Sampel diambil dengan metode *simple random sampling* sejumlah 100 pasien pada tahap I. Tahap II berjumlah 50 pasien terdiri dari 25 untuk kelompok perlakuan dan 25 kelompok kontrol. **Hasil:** Penelitian pada tahap 1 menunjukkan pelaksanaan *health education* di poli penyakit dalam menggunakan metode penyuluhan oleh dokter. Evaluasi kepatuhan aktifitas fisik, diet dan pengobatan sebagian besar pasien DM tipe II di poli penyakit dalam rumah sakit Universitas Airlangga pada kategori kepatuhan sedang. Keyakinan responden sebagian besar memiliki kategori yakin. Hasil penelitian tahap 2 adalah ada pengaruh *health education* dengan pendekatan *social media reminder* dan *audiovisual* terhadap kepatuhan fisik ($p=0,000$), kepatuhan diet ($p=0,002$), kepatuhan pengobatan ($p=0,000$) dan kadar glukosa darah ($p=0,000$). **Diskusi:** *Health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* dapat meningkatkan kepatuhan dan menurunkan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2. Pemberian *health education* dari multidisiplin profesi berupa *audiovisual* dan *reminder* dapat meningkatkan kepatuhan pasien.

Kata Kunci: *Health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual*, Kepatuhan, Kadar Glukosa Darah, Pasien DM tipe II

ABSTRACT**HEALTH EDUCATION WITH SOCIAL MEDIA REMINDER AND AUDIOVISUAL APPROACH ON ADHERENCE AND BLOOD GLUCOSE LEVEL OF DIABETES MELLITUS TYPE 2 PATIENT AT UNIVERSITAS AIRLANGGA HOSPITAL SURABAYA****By: Zaenal Abidin**

Introduction: Patients with DM who are not managed well in a long time will cause various chronic complications. Therefore diabetic patient need to integrate several treatment strategies, including adherence to medication, dietary and physical activity programs. The purpose of this study was to determine whether health education with social media reminder and audiovisual approach can affect adherence and blood glucose levels of patients with type II DM **Method:** The method in this research used research and development for phase I, phase II used quasy experimental. Independent variable was health education approach social media reminder and audiovisual. Dependent variable were adherence and blood glucose. Sample was taken by simple random sampling method. 100 sample was taken in stage I. The second stage was 50 patients consisting of 25 for the treatment group and 25 control groups. **Result:** the research at stage 1 showed the implementation of health education in outpatient using the method of counseling by doctors. Evaluation of physical activity, dietary and medication adherence of most patients with type II diabetes at universitas Airlangga hospital in medium adherence categories. Respondents' beliefs are largely confident. There was an effect of health education approach of social media reminder and audiovisual toward physical adherence ($p = 0,000$), dietary adherence ($p = 0,002$), medication adherence ($p = 0,000$) and blood glucose level ($p=0,000$) **Discussion:** health education with social media reminder and audiovisual can improve adherence and decrease blood glucose level at DM type 2 patient. Health education from multidiscipline profession used audiovisual and social media reminder can improve patient adherence.

Keywords: Health education with social media reminder and audiovisual, Adherence, Blood Glucose Level, Type II Diabetes mellitus patient

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Dalam.....	i
Prasyarat Gelar.....	ii
Pernyataan orisinalitas	iii
Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis	iv
Lembar Pengesahan Tesis.....	v
Kata Pengantar	vi
Persyaratan Persetujuan Publikasi Tugas Akhir untuk Kepentingan Akademis ..	ix
Ringkasan.....	x
<i>Executive Summary</i>	xii
Abstrak.....	xiv
<i>Abstract</i>	xv
Daftar Isi	xvi
Daftar Tabel	xix
Daftar Gambar	xx
Daftar Lampiran.....	xxi
Daftar Singkatan	xxii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Kajian Masalah	9
1.3 Rumusan masalah	11
1.4 Tujuan Penelitian	11
1.4.1 Tujuan Umum.....	11
1.4.2 Tujuan Khusus	11
1.5 Manfaat Penelitian	12
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	12
1.5.2 Manfaat Praktis.....	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Konsep DM.....	13
2.1.1 Definisi DM tipe 2	13
2.1.2 Penyebab DM tipe 2	13
2.1.3 Tanda dan Gejala DM Tipe 2	14
2.1.4 Mekanisme perjalanan penyakit DM tipe 2.....	14
2.1.5 Pemeriksaan diagnostik DM tipe 2.....	15
2.1.6 Penatalaksanaan DM tipe 2.....	15
2.1.7 Komplikasi DM tipe 2	18
2.2 Kepatuhan pasien DM	21

2.2.1	Definisi Kepatuhan	21
2.2.2	Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan.....	23
2.2.3	Cara mengurangi ketidakpatuhan	24
2.2.4	Cara meningkatkan kepatuhan.....	25
2.3	Teori <i>Health Belief Model</i>	27
2.3.1	Konsep HBM.....	27
2.3.2	Komponen HBM	28
2.3.3	Kerangka teori <i>Health Belief Model</i>	31
2.4	<i>Health Education</i>	31
2.4.1	Tujuan Pendidikan Kesehatan	33
2.4.2	Proses Pendidikan Kesehatan	33
2.4.3	Media Pendidikan Kesehatan	34
2.5	Konsep Audiovisual.....	37
2.5.1	Definisi Audiovisual.....	37
2.5.2	Karakteristik media audiovisual	37
2.5.3	Kelebihan dan kelemahan media audiovisual	38
2.6	Konsep <i>social media</i>	39
2.6.1	Definisi <i>social media</i>	39
2.6.2	Fungsi <i>social media</i>	40
2.7	Orisinalitas Penelitian.....	41
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		50
3.1	Kerangka Konseptual.....	50
3.2	Hipotesis Penelitian	52
BAB 4 METODE PENELITIAN		53
4.1	Desain Penelitian Tahap 1	53
4.1.1	Populasi dan sampel Tahap 1	53
4.1.2	Kerangka operasional penelitian Tahap 1	55
4.1.3	Variabel dan definisi operasional Tahap 1	58
4.1.4	Instrumen Penelitian tahap 1	58
4.1.5	Analisis data penelitian tahap 1	59
4.2	Desain Penelitian Tahap 2	59
4.2.1	Populasi dan sampel Tahap 2	60
4.2.2	Kerangka operasional penelitian Tahap 2	63
4.2.3	Variabel dan definisi operasional Tahap 2	64
4.2.4	Instrumen Penelitian tahap 2	66
4.2.5	Validitas dan realibilitas kuisioner	66
4.2.6	Analisis data penelitian tahap 2	67

4.3 Etik Penelitian.....	68
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	71
5.1 Lokasi Penelitian	71
5.2 Hasil dan analisis penelitian tahap I	72
5.3 Hasil dan analisis penelitian tahap II	78
BAB 6 PEMBAHASAN.....	84
6.1 Evaluasi <i>health education</i> pada pasien DM tipe 2 di RS Unair.....	86
6.2 Keyakinan dan kepatuhan pasien DM Tipe 2	89
6.3 penyusunan health education dengan social media reminder dan audiovisual	90
6.4 Pengaruh <i>Health education</i> dengan social media reminder dan audiovisual terhadap Kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2.....	92
6.5 Hubungan kepatuhan dengan kadar glukosa darah pasien DM Tipe 2.....	95
6.6 Keterbatasan Penelitian.....	99
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	100
7.1 Kesimpulan	100
7.2 Saran	101
DAFTAR PUSTAKA.....	102
LAMPIRAN.....	109

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Orisinalitas Penelitian	42
Tabel 4.1 Definisi Operasional	56
Tabel 4.2 Rencana penelitian quasy experiment.....	60
Tabel 4.3 Validitas kuisoner	67
Tabel 5.1 Data demografi responden tahap I	72
Tabel 5.2 Evaluasi keyakinan dan kepatuhan responden tahap I.....	74
Tabel 5.3 Evaluasi pelaksanaan health education di rumah sakit Unair	74
Tabel 5.4 Hasil FGD tentang pelaksanaan health education di RS unair	76
Tabel 5.5 Data demografi responden tahap 2	78
Tabel 5.6 Hasil uji homogenitas responden tahap 2	79
Tabel 5.7 Variabel keyakinan dan glukosa pre dan post kelompok perlakuan dan kontrol.....	80
Tabel 5.8 Variabel kepatuhan aktivitas fisik, diit dan pengobatan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	81
Tabel 5.9 Hubungan kepatuhan dan kadar glukosa darah	83

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Indentifikasi Masalah.....	9
Gambar 2.1 Kerangka <i>Health Belief Model</i>	31
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	50
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian tahap 1.....	55
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian tahap 2.....	63

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Permohonan Izin Penelitian	109
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian	110
Lampiran 3 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik	111
Lampiran 4 Izin Penggunaan Kuisioner PDAQ	112
Lampiran 5 Lembar penjelasan penelitian tahap 1	113
Lampiran 6 Lembar penjelasan penelitian tahap 2	115
Lampiran 7 Lembar penjelasan penelitian tahap 2 kelompok kontrol	118
Lampiran 8 Lembar penjelasan partisipan kegiatan FGD.....	121
Lampiran 9 Panduan kegiatan FGD tahap 1	123
Lampiran 10 Panduan kegiatan FGD tahap 2	125
Lampiran 11 Lembar informed consent.....	126
Lampiran 12 Lembar Data Demografi.....	127
Lampiran 13 Lembar evaluasi <i>health education</i>	128
Lampiran 14 Kuisioner kepatuhan aktivitas fisik	129
Lampiran 15 Kuisioner Kepatuhan Diet	130
Lampiran 16 Kuisioner kepatuhan pengobatan.....	131
Lampiran 17 Kuisioner keyakinan pasien DM type II berdasar HBM	132
Lampiran 18 Satuan Acara Kegiatan	133

DAFTAR SINGKATAN

DM	: Diabetes Mellitus
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
PERKENI	: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
RS	: Rumah Sakit
UNAIR	: Universitas Airlangga
UMR	: Upah Minimum Regional

BAB 1 PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) memprediksi adanya peningkatan jumlah penderita DM (Diabetes Mellitus) yang menjadi salah satu ancaman kesehatan global. Keadaan DM yang tidak dikelola dengan baik dalam jangka waktu yang lama akan menimbulkan berbagai komplikasi kronik. Kontrol glikemik yang optimal membantu meminimalkan komplikasi jangka panjang, oleh karena itu penderita diabetes perlu mengintegrasikan beberapa strategi pengobatan, termasuk kepatuhan terhadap program obat, diet dan aktivitas fisik (Raj *et al.*, 2017). Kepatuhan bukan hanya diartikan secara sederhana dengan tindakan minum obat tetapi bisa diartikan secara lebih luas dan merupakan kegiatan bersama dimana orang tidak hanya mengikuti saran medis, tetapi harus mengerti, setuju dengan dan menerapkan rejimen yang dijelaskan (Gomes-Villas Boas LC, 2014). Konsep Kepatuhan pada Pasien DM tipe II harus mencakup kepatuhan terhadap medikasi atau terapi obat, kepatuhan diet serta kepatuhan aktivitas fisik (Gomes-Villas Boas LC, 2014).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari perawat poli RSUD rata-rata penderita DM akan patuh mengikuti anjuran serta saran dari mereka selaku petugas kesehatan ketika penderita opname atau berada di Rumah Sakit. Namun saat di rumah dan menjalankan rutinitas seperti biasa, penderita akan kembali ke gaya hidup yang tidak teratur, lupa dengan kondisi fisik sebelumnya, sehingga sakit yang diderita bertambah parah, kadar glukosa dalam darah tinggi dan terjadi

komplikasi. Hal ini dijadikan nilai penting penulis untuk meneliti pasien atau penderita rawat jalan, sehingga mengetahui bagaimana penderita DM melaksanakan kepatuhannya dalam pengobatan baik diet maupun olahraga.

Pengetahuan penderita akan penyakit DM juga menjadi penting, mengingat tidak sedikit penderita DM yang kurang memiliki pemahaman tentang penyakit DM. Akibat dari ketidakpahaman akan penyakit DM, banyak penderita DM yang tidak patuh serta mengalami komplikasi dan mengakibatkan penyakitnya bertambah parah. Tujuan dari pengelolaan DM tidak akan tercapai tanpa disertai kepatuhan pasien dalam pengelolaan diabetes.

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan DM saat ini masih menjadi masalah besar yang cukup penting dalam pengelolaan DM (Puspitasari, 2012). Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan perawat poli penyakit dalam RSUD tanggal 23 november 2017 yang menyatakan bahwa 3 dari 10 pasien DM tipe II kurang mematuhi medikasi atau pengobatan sesuai anjuran medis dan telat datang kontrol untuk mengambil obat. Pasien DM memilih untuk menghindari efek samping penggunaan obat dengan tidak meminumnya tanpa melaporkan kepada dokter. 7 dari 10 pasien yang mengatakan tidak terlalu membatasi diet dengan alasan sudah mengkonsumsi obat dan makan yang tidak sesuai dengan diet pasien DM saat menghadiri pernikahan sehingga mereka bisa mengkonsumsi makanan yang mereka sukai tanpa memperhatikan jumlah dan jenis makanannya. 8 dari 10 pasien tidak mematuhi anjuran aktivitas fisik pada pasien DM.

WHO memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Laporan ini

menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2035. Sedangkan International Diabetes Federation (IDF) memprediksi adanya kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 9,1 juta pada tahun 2014 menjadi 14,1 juta pada tahun 2035. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Indonesia tahun 2003, diperkirakan penduduk Indonesia yang berusia di atas 20 tahun sebanyak 133 juta jiwa. Dengan mengacu pada pola pertumbuhan penduduk, maka diperkirakan pada tahun 2030 nanti akan ada 194 juta penduduk yang berusia di atas 20 tahun. Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 oleh Departemen Kesehatan, menunjukkan bahwa rata-rata prevalensi DM di daerah urban untuk usia di atas 15 tahun sebesar 5,7%. Prevalensi terkecil terdapat di Propinsi Papua sebesar 1,7%, dan terbesar di Propinsi Maluku Utara dan Kalimantan Barat yang mencapai 11,1%. Sedangkan prevalensi toleransi glukosa terganggu (TGT), berkisar antara 4,0% di Propinsi Jambi sampai 21,8% di Propinsi Papua Barat dengan rerata sebesar 10,2% (Perkeni, 2015). Menurut hasil riskesdas 2013 Jatim menempati urutan ke 9 (2,5 %) dalam rata prevalensi DM di daerah urban untuk usia di atas 15 tahun. Jumlah penderita DM di instalasi rawat jalan Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya tahun 2015 sebanyak 8.790 pasien tahun 2016 sebanyak 5.079 pasien. Tahun 2017 bulan Januari-September sebanyak 4744 pasien. Penelitian Ponzo *et al* (2017) menunjukkan data kepatuhan diet pada responden pasien DM type 2 yaitu hanya 163 menyatakan sepenuhnya patuh dari 356 responden yang telah memiliki rencana diet. Hal ini juga didukung dengan penelitian Ur *et al* (2015) menyatakan bahwa 282 (71.94%) responden pasien DM type 2 di klinik rawat

jalan di Sargodha, Pakistan mempunyai level kepatuhan pada pengobatan yang rendah dengan nilai median 4.75 (IQR, 3–6).

Menurut laporan WHO pada tahun 2003, rata-rata pasien yang menjalani terapi jangka panjang di negara maju hanya sebesar 50% yang menjalani terapinya dengan optimal, sedangkan di negara berkembang, jumlah tersebut bahkan lebih rendah (Susanto, 2016). Salah satu faktor yang berperan dalam kegagalan pengontrolan glukosa darah pasien DM adalah ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan (Susanto, 2016). Vervloet (2012) menyatakan bahwa ketidakpatuhan pasien DM dalam mengikuti program terapi disebabkan karena beberapa hal yaitu kurangnya pemahaman tentang penyakit DM, penatalaksanaan dan komplikasi yang ditimbulkan serta faktor lupa dalam mengkonsumsi obat. Sehingga untuk meningkatkan kepatuhan pasien DM hal pertama yang harus dilakukan adalah dengan memberikan edukasi untuk meningkatkan pemahaman mengenai perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit, dan penatalaksanaan DM. Pemahaman yang baik akan sangat membantu meningkatkan kepatuhan dalam upaya penatalaksanaan DM guna mencapai hasil yang lebih baik (Perkeni, 2015)

Ketidakpatuhan terhadap terapi pengobatan merupakan faktor yang menghambat pengontrolan gula darah sehingga membutuhkan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan terapi (Filho, 2012). Beberapa intervensi yang dapat digunakan untuk membantu meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien antara lain konseling, Pelayanan Informasi Obat (PIO), pemberian edukasi, pemberian pesan singkat pengingat dan motivasi (Susanto, 2016). Usaha yang sudah dilaksanakan di poli penyakit dalam RSUD dalam meningkatkan kepatuhan

pasien DM adalah dengan melakukan konseling secara individu dengan media leaflet. Hanya saja konseling yang dilakukan tidak terlalu efektif, hal ini karena keterbatasan waktu yang tersedia serta media yang diberikan belum memberikan gambaran jelas tentang Penyakit DM.

Penelitian yang sudah pernah dilakukan terkait kepatuhan adalah tentang edukasi dengan pendekatan prinsip *diabetes self management education* (DSME) meningkatkan perilaku kepatuhan diet pada penderita diabetes mellitus tipe 2 yang dilakukan oleh (Laili, 2012) terdapat perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan kepatuhan diet sebelum dan sesudah dilakukan edukasi dengan pendekatan prinsip DSME. Penelitian Ariyanti (2012) menyebutkan bahwa setelah dilakukan DSME mengenai *meal planning*, responden menjadi tahu jenis makanan yang boleh dikonsumsi banyak dan makanan yang sebaiknya dikurangi. Penerapan edukasi dengan pendekatan prinsip DSME dapat menimbulkan kemampuan manajemen diri yang baik sehingga dapat meningkatkan perilaku kepatuhan diet pada penderita DM tipe 2.

Pengendalian dan pengelolaan pasien DM difokuskan pada pengendalian glukosa darah. Pengendalian glukosa dalam darah dapat dilakukan melalui diet, aktivitas fisik/olahraga dan obat (Soegondo, 2009). Faktor yang berpengaruh dalam keberhasilan pengelolaan pasien DM adalah kepatuhan, yang harus dimulai dengan meningkatkan kesadaran masyarakat dan melakukan perubahan pola hidup kearah yang lebih sehat, untuk memahami dan mempraktekkan gaya hidup yang benar dan menghindari penyakit, individu dan masyarakat perlu mempelajari perilaku (Miller, 2011). Dalam hal ini model kepercayaan kesehatan (HBM) adalah teori pertama di bidang kesehatan yang berhubungan dengan perilaku kesehatan. HBM dapat menjelaskan perilaku pencegahan

dan respon individu terhadap penyakit. *Health Belief Model* menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan manfaat pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang (Setyaningsih, R et al, 2016)

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Health Belief Model* (HBM) yang dikembangkan oleh Rosentock & Becker tahun 1974. HBM merupakan kerangka konsep untuk memahami perilaku kesehatan individu. Diasumsikan bahwa HBM dapat menjelaskan ketidakpatuhan penderita DM tipe 2 dalam melakukan terapi medikasi yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan sebagai salah satu cara pengelolaan DM. Terdapat 4 komponen dari konsep HBM yang dapat menjelaskan ketidakpatuhan penderita DM tipe 2 dalam terapi medikasi, yaitu persepsi dirasakan sebagai hambatan dalam terapi medikasi (*perceived barriers*), persepsi dirasakan sebagai manfaat melaksanakan terapi medikasi (*perceived benefits*), persepsi dirasakan sebagai kerentanan dari penyakit DM (*perceived susceptibility*), dan persepsi dirasakan sebagai keparahan dari penyakit DM (*perceived severity*). Beragam faktor risiko, termasuk usia, jenis kelamin, sosio ekonomi, regimen pengobatan, dll, dapat mempengaruhi konstruksi kognitif ini dan secara tidak langsung menghasilkan kesehatan perilaku pasien (glanz *et al*,2008 dalam yue, Z *et al*,2015).

Hasil dari studi menunjukkan bahwa kepatuhan pada pasien DM akan berdampak pada kadar gula darah dalam batas normal (Rausch et al, 2012). Pendidikan kesehatan adalah upaya untuk mempengaruhi, dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2010). Dengan diberikan pendidikan kesehatan

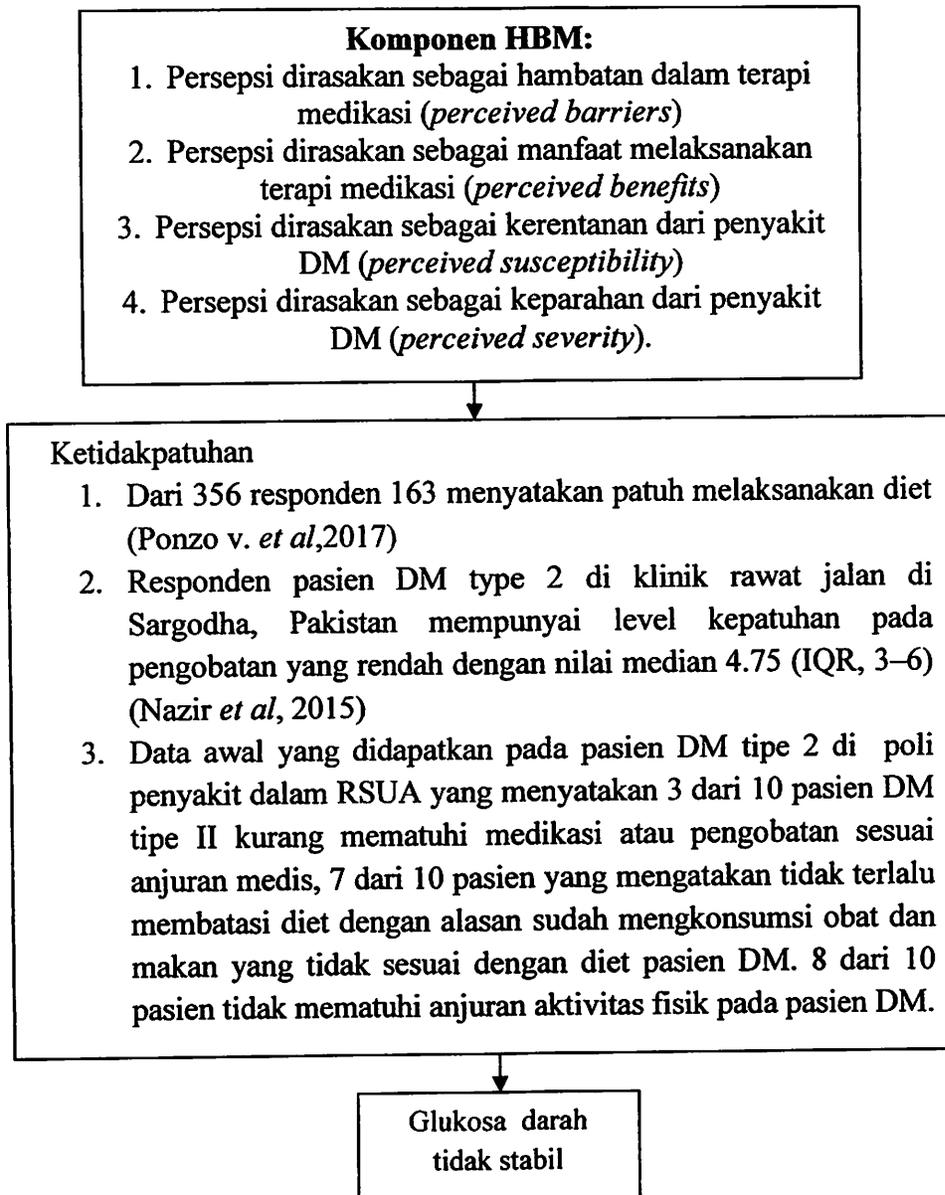
diharapkan pasien dapat memiliki kepatuhan yang baik dan dapat meningkatkan derajat kesehatan pada pasien DM. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai media. Media yang digunakan dapat berupa media audiovisual dan *reminder*. Arsyad (2011) mendefinisikan bahwa media audio visual adalah jenis media yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran dengan melibatkan pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam satu proses atau kegiatan. Pesan dan informasi yang dapat disalurkan melalui media ini dapat berupa pesan verbal dan nonverbal yang mengandalkan baik penglihatan maupun pendengaran..

Penelitian (Aubert, 1998 dalam Bangun, 2009) menunjukkan bahwa kontak yang teratur dan sering dengan pasien melalui telepon mampu meningkatkan kepatuhan dan mencapai kemajuan begitu juga kadar tekanan darah dan lemak. Dalam sebuah penelitian pendidikan menyimpulkan bahwa *social media reminder* meningkatkan akses informasi, efektivitas pembelajaran kooperatif dan motivasi (Rambe and Bere, 2013)

Penggunaan media audiovisual dalam pendidikan kesehatan didukung dengan penelitian Tuong, Larsen and Armstrong (2014) menyebutkan intervensi pendidikan kesehatan dengan video dapat efektif merubah perilaku. intervensi pendidikan kesehatan dengan video efektif dalam pemeriksaan payudara sendiri, screening kanker prostat, kepatuhan penggunaan pelindung sinar matahari, perawatan diri pada pasien dengan gagal jantung, tes HIV, kepatuhan pengobatan, dan penggunaan kondom wanita. Selain itu media pengingat seperti sms *reminder* dapat digunakan dalam meningkatkan kepatuhan pasien DM tipe 2. Hal ini seperti penelitian Vervloet *et al.* (2012) yang menjelaskan bahwa pasien yang sering

diingatkan melalui sms memiliki tingkat kesadaran yang lebih tinggi pada penggunaan obat daripada yang tidak menerima sms (42,9% vs 18,2% p=0,041). Sedangkan penelitian tentang *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan pasien dm tipe 2 belum dapat dijelaskan sehingga peneliti ingin meneliti “*Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan pasien dm tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya”.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian Masalah *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya.

Strategi perubahan perilaku menurut WHO dalam Notoadmodjo (2014) dikelompokkan menjadi tiga meliputi penggunaan kekuatan (*reinforcement*), penggunaan peraturan dan hukum (*regulation*) dan pendidikan (*education*) dalam

pengembangan perawat sebagai *educator* memberikan pendidikan kesehatan melalui *social media reminder* dan audiovisual. Berdasarkan teori *Health Belief Model* seseorang akan mengalami perubahan perilaku kesehatan dengan berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu tersebut terhadap adanya gejala atau keluhan pada dirinya karena suatu penyakit (Priyoto, 2014). Dari teori ini pengambilan keputusan dalam diri individu digunakan untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya, meliputi kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), bahaya/ kesakitan yang dirasakan (*perceived severity*), manfaat yang dirasakan (*perceived benefit*), hambatan yang dirasakan (*perceived barrier*), variabel modifikasi (*modifying variable*), dan isyarat untuk bertindak (*cues to action*) (Priyoto, 2014).

Penelitian Ponzio *et al* (2017) menunjukkan data kepatuhan diet pada responden pasien DM type 2 yaitu hanya 163 menyatakan sepenuhnya patuh dari 356 responden yang telah memiliki rencana diet. Hal ini juga didukung dengan penelitian Ur *et al* (2015) menyatakan bahwa 282 (71.94%) responden pasien DM type 2 di klinik rawat jalan di Sargodha, Pakistan mempunyai level kepatuhan pada pengobatan yang rendah dengan nilai median 4.75 (IQR, 3–6)

Kepatuhan yang rendah pada pasien DM tipe II menyebabkan kadar glukosa darah yang tidak stabil dan menyebabkan kualitas hidup menjadi rendah hal ini sesuai dengan Hasil dari studi menunjukkan bahwa kepatuhan pada pasien DM akan berdampak pada kadar gula darah dalam batas normal (Rausch, et al 2012), dan pasien DM yang patuh memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Martínez *et al.*, 2008)

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimana evaluasi *Health education* pada pasien DM di Rumah Sakit Universitas Airlangga?
2. Bagaimana evaluasi keyakinan, kepatuhan diet, aktivitas dan pengobatan pasien DM di Rumah Sakit Universitas Airlangga?
3. Bagaimana proses penyusunan *health education* berbasis *social media reminder* dan audiovisual?
4. Bagaimana pengaruh penerapan *health education* berbasis *social media reminder* dan audiovisual terhadap keyakinan, kepatuhan diet, aktivitas dan pengobatan dan kadar glukosa darah pasien di Rumah Sakit Universitas Airlangga?
5. Bagaimana hubungan kepatuhan aktivitas fisik, diet dan pengobatan dengan glukosa darah pasien di Rumah Sakit Universitas Airlangga?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menyusun *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengevaluasi *health education* pada pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga
2. Mengidentifikasi keyakinan, kepatuhan diet, aktivitas dan pengobatan pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga

3. Menyusun *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual
4. Menganalisis pengaruh pemberian *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap keyakinan, kepatuhan diet, aktivitas dan pengobatan dan nilai kadar glukosa darah
5. Menganalisis hubungan kepatuhan aktivitas fisik, diet dan pengobatan dengan glukosa darah

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah dalam pemberian intervensi untuk pasien DM tipe 2 sehingga berdampak pada perubahan perilaku kesehatan.

1.5.2 Praktis

1. Penelitian ini diharapkan dapat membantu pasien dalam meningkatkan kepatuhan dalam diet, aktivitas dan pengobatan
2. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan perawat sebagai suatu intervensi nonfarmakologis untuk mengatasi masalah kepatuhan khususnya pada pasien DM tipe 2
3. Penelitian ini diharapkan dapat membantu RS Unair dalam meningkatkan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan pasien DM tipe 2 sehingga peran rumah sakit dalam promosi kesehatan yang selama ini dilakukan tim PKRS Rumah Sakit Universitas Airlangga dapat terlaksana dengan baik.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep DM

2.1.1 Definisi DM Tipe II

DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya (Perkeni, 2015)

Menurut International Diabetes Federation (IDF) (2015) Diabetes adalah kondisi kronis yang terjadi saat tubuh tidak dapat memproduksi cukup insulin atau tidak dapat menggunakan insulin, dan didiagnosis dengan mengamati peningkatan kadar glukosa dalam darah. Insulin adalah hormon yang diproduksi di pankreas; Hal ini diperlukan untuk mengangkut glukosa dari aliran darah ke sel-sel tubuh dimana ia digunakan sebagai energi. Kurangnya atau ketidakefektifan insulin pada seseorang dengan diabetes berarti glukosa tetap bersirkulasi dalam darah. Seiring waktu, tingginya kadar glukosa dalam darah (dikenal dengan hiperglikemia) menyebabkan kerusakan pada banyak jaringan di dalam tubuh, yang menyebabkan perkembangan kecacatan dan komplikasi kesehatan yang mengancam nyawa.

2.1.2 Penyebab DM Tipe 2

Resistensi insulin pada otot dan liver serta kegagalan sel beta pankreas telah dikenal sebagai patofisiologi kerusakan sentral dari DM tipe-2. Belakangan diketahui bahwa kegagalan sel beta terjadi lebih dini dan lebih berat daripada yang diperkirakan sebelumnya. Selain otot, liver dan sel beta, organ lain seperti:

jaringan lemak (meningkatnya lipolisis), gastrointestinal (defisiensi incretin), sel alpha pancreas (hiperglukagonemia), ginjal (peningkatan absorpsi glukosa), dan otak (resistensi insulin), kesemuanya ikut berperan dalam menimbulkan terjadinya gangguan toleransi glukosa pada DM tipe-2

2.1.3 Tanda dan Gejala DM Tipe 2

Smeltzer *et al* (2010) menyatakan manifestasi klinis tergantung pada tingkat hiperglikemia pasien. Manifestasi klinis klasik dari semua jenis diabetes termasuk tiga P yaitu poliuria, polidipsia, dan polifagia. Poliuria (peningkatan kencing) dan polidipsia (peningkatan haus) terjadi sebagai akibat dari kelebihan cairan yang terkait dengan diuresis osmotik. Pasien juga mengalami polifagia (nafsu makan meningkat) yang dihasilkan dari keadaan katabolik yang disebabkan oleh defisiensi insulin dan pemecahan protein dan lemak. Gejala lainnya termasuk kelelahan dan kelemahan, perubahan penglihatan mendadak, kesemutan atau mati rasa di tangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, dan infeksi berulang.

Gejala DM dapat dikelompokkan menjadi:

1. Keluhan klasik DM: poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
2. Keluhan lain: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita (Perkeni, 2015)

2.1.4 Mekanisme Perjalanan Penyakit DM Tipe 2

Resistensi insulin pada otot dan liver serta kegagalan sel beta pankreas telah dikenal sebagai patofisiologi kerusakan sentral dari DM tipe-2 Belakangan

diketahui bahwa kegagalan sel beta terjadi lebih dini dan lebih berat daripada yang diperkirakan sebelumnya. Selain otot, liver dan sel beta, organ lain seperti: jaringan lemak (meningkatnya lipolisis), gastrointestinal (defisiensi incretin), sel alpha pancreas (hiperglukagonemia), ginjal (peningkatan absorpsi glukosa), dan otak (resistensi insulin), kesemuanya ikut berperan dalam menimbulkan terjadinya gangguan toleransi glukosa pada DM tipe-2 (Perkeni, 2015)

2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik DM Tipe 2

Menurut PERKENI (2015) diagnosis DM ditegakkan ketika:

1. Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam
2. Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dl 2-jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram atau
3. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dl dengan keluhan klasik atau
4. Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh *National Glycohaemoglobin Standardization Program* (NGSP).

Catatan: Saat ini tidak semua laboratorium di Indonesia memenuhi standard NGSP, sehingga harus hati-hati dalam membuat interpretasi terhadap hasil pemeriksaan HbA1c. Pada kondisi tertentu seperti: anemia, hemoglobinopati, riwayat transfusi darah 2-3 bulan terakhir, kondisi-kondisi yang mempengaruhi umur eritrosit dan gangguan fungsi ginjal maka HbA1c tidak dapat dipakai sebagai alat diagnosis maupun evaluasi

2.1.6 Penatalaksanaan DM Tipe 2

Menurut sutedjo (2010), terdapat 5 pilar penatalaksanaan DM yang meliputi edukasi, modifikasi diet, latihan fisik, pengobatan dan pemantauan kadar glukosa mandiri, tujuan dari penatalaksanaan tersebut adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi.

1. Edukasi

Perkeni (2015) mengatakan bahwa Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM secara holistik.

2. Modifikasi diet

Gibney (2009) menjelaskan bahwa modifikasi diet yang dilakukan pada pasien DM bertujuan untuk mencapai hasil kadar gula darah, kadar lipid dan tekanan darah yang normal serta mengubah pola makan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Prinsip diet DM menurut Sutedjo (2010) adalah perencanaan makan dengan tepat jumlah, jenis dan jadwal makan serta dengan pengaturan pola makan ini dapat mempertahankan kadar glukosa normal dengan memperhatikan asupan nutrisi yang cukup untuk kebutuhan tubuh. Pengaturan makan setiap pasien DM berbeda, kebutuhan kalori setiap individu dipengaruhi oleh jenis kelamin, umur, aktivitas fisik, dan berat badan (PERKENI, 2011). Menurut (Corwin, 2009) komposisi dalam diet DM meliputi karbohidrat kompleks, protein, lemak, serat, vitamin dan mineral.

3. Latihan fisik/jasmani

Latihan jasmani merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM2 apabila tidak disertai adanya nefropati. Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan

jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali per minggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit per minggu. Jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah sebelum latihan jasmani. Apabila kadar glukosa darah <100 mg/dL pasien harus mengonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila >250 mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan jasmani. Kegiatan sehari-hari atau aktivitas sehari-hari bukan termasuk dalam latihan jasmani meskipun dianjurkan untuk selalu aktif setiap hari. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang (50- 70% denyut jantung maksimal) seperti: jalan cepat, bersepeda santai, *jogging*, dan berenang.

Denyut jantung maksimal dihitung dengan cara mengurangi angka 220 dengan usia pasien. Pada penderita DM tanpa kontraindikasi (contoh: osteoarthritis, hipertensi yang tidak terkontrol, retinopati, nefropati) dianjurkan juga melakukan *resistance training* (latihan beban) 2-3 kali/minggu sesuai dengan petunjuk dokter. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani. Intensitas latihan jasmani pada penyandang DM yang relatif sehat bisa ditingkatkan, sedangkan pada penderita DM yang disertai komplikasi intensitas latihan perlu dikurangi dan disesuaikan dengan masing-masing individu (Perkeni, 2015).

4. Pengobatan

Pengobatan DM terdiri dari obat *hipoglikemik oral* (OHO) dan insulin.

Berikut ini adalah pengobatan diabetes menurut PERKENI (2015):

- 1) Obat *hipoglikemik oral* (OHO) terdiri dari *sulfonylurea* dan *glinid* (memicu sekresi insulin), *metformin* dan *tiazolidindion* (meningkatkan sensitivitas insulin), penghambat *alfa glukosidase* (menghambat absorpsi glukosa) dan Penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase-IV*), Penghambat SGLT-2 (*Sodium Glucose Cotransporter2*)
- 2) Obat Antihiperglikemia Suntik
Termasuk anti hiperglikemia suntik, yaitu insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi insulin dan agonis GLP-1

5. Pemantauan kadar glukosa mandiri(PDGM)

PGDM dianjurkan bagi pasien dengan pengobatan suntik insulin beberapa kali perhari atau pada pengguna obat pemacu sekresi insulin. Waktu pemeriksaan PGDM bervariasi, tergantung pada tujuan pemeriksaan yang pada umumnya terkait dengan terapi yang diberikan. Waktu yang dianjurkan adalah pada saat sebelum makan, 2 jam setelah makan (untuk menilai ekskresi glukosa), menjelang waktu tidur (untuk menilai risiko hipoglikemia), dan di antara siklus tidur (untuk menilai adanya hipoglikemia nokturnal yang kadang tanpa gejala), atau ketika mengalami gejala seperti *hypoglycemic spells*.

2.1.7 Komplikasi DM Tipe 2

Perkeni, (2015) menyatakan bahwa penyulit penyakit DM meliputi penyulit akut dan penyulit menahun:

1. Penyulit akut

1) Krisis Hiperglikemia

Ketoasidosis Diabetik (KAD) adalah komplikasi akut diabetes yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dl), disertai tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas peningkatan anion gap. Status Hiperglikemi Hiperosmolar (SHH) adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dl), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/ml), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat.

2) Hipoglikemia

Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah < 70 mg/dl. Hipoglikemia adalah penurunan konsentrasi glukosa serum dengan atau tanpa adanya gejala-gejala sistem otonom, seperti adanya *whipple's triad*:

- a. Terdapat gejala-gejala hipoglikemia
- b. Kadar glukosa darah yang rendah
- c. Gejala berkurang dengan pengobatan

2. Penyulit Menahun

1) Makroangiopati

- a. Pembuluh darah jantung: penyakit jantung koroner
- b. Pembuluh darah tepi: penyakit arteri perifer yang sering terjadi pada penyandang DM. Gejala tipikal yang biasa muncul pertama kali adalah nyeri pada saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat (*claudicatio intermittent*),

namun sering juga tanpa disertai gejala. Ulkus iskemik pada kaki merupakan kelainan yang dapat ditemukan pada penderita.

c. Pembuluh darah otak: stroke iskemik atau stroke Hemoragik

2) Mikroangiopati

a. Retinopati diabetik

b. Kendali glukosa dan tekanan darah yang baik akan mengurangi risiko atau memperlambat progresi retinopati. Terapi aspirin tidak mencegah timbulnya retinopati

c. Nefropati diabetik

1. Kendali glukosa dan tekanan darah yang baik akan mengurangi risiko atau memperlambat progress nefropati

2. Untuk penderita penyakit ginjal diabetik, menurunkan asupan protein sampai di bawah 0.8 gram/kgBB/hari tidak direkomendasikan karena tidak memperbaiki risiko kardiovaskuler dan menurunkan GFR.

d. Neuropati

1. Pada neuropati perifer, hilangnya sensasi distal merupakan faktor penting yang berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki yang meningkatkan risiko amputasi.

2. Gejala yang sering dirasakan berupa kaki terasa terbakar dan bergetar sendiri, dan terasa lebih sakit di malam hari

3. Setelah diagnosis DMT2 ditegakkan, pada setiap pasien perlu dilakukan skrinning untuk mendeteksi adanya polineuropati distal yang simetris dengan

melakukan pemeriksaan neurologi sederhana (menggunakan monofilament 10 gram). Pemeriksaan ini kemudian diulang paling sedikit setiap tahun

4. Pada keadaan polineuropati distal perlu dilakukan perawatan kaki yang memadai untuk menurunkan risiko terjadinya ulkus dan amputasi
5. Pemberian terapi antidepresan trisiklik, gabapentin atau pregabalin dapat mengurangi rasa sakit.
6. Semua penyandang DM yang disertai neuropati perifer harus diberikan edukasi perawatan kaki untuk mengurangi risiko ulkus kaki.
7. Untuk pelaksanaan penyulit ini seringkali diperlukan kerja sama dengan bidang/disiplin ilmu lain.

2.2. Kepatuhan pasien DM

2.2.1 Definisi Kepatuhan

Ada beberapa macam terminologi yang biasa digunakan dalam literatur untuk mendeskripsikan kepatuhan pasien diantaranya *compliance*, *adherence*, dan *persistence*. *Compliance* adalah secara pasif mengikuti saran dan perintah dokter untuk melakukan terapi yang sedang dilakukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012). *Adherence* adalah sejauh mana pengambilan obat yang diresepkan oleh penyedia layanan kesehatan. Tingkat kepatuhan (*adherence*) untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai persentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012).

Menurut Koziar (2010) kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai

anjuan terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuan hingga mematuhi rencana. Sedangkan Sarafino dalam Yetti, dkk (2011) mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya. Dikatakan lebih lanjut, bahwa tingkat kepatuhan pada seluruh populasi medis yang kronis adalah sekitar 20% hingga 60% dan pendapat Sarafino pula (dalam Tritiadi, 2007) mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan (*compliance* atau *adherence*) sebagai: “tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain”.

Menurut Hayden (2010) kepatuhan adalah partisipasi dan keterlibatan pasien dalam mempertahankan rejimen yang menurutnya akan bermanfaat, menunjukkan kemitraan terapeutik dengan penyedia layanan yang penting bagi keberhasilan individu dalam mengikuti rejimen pengobatan yang ditentukan. Serupa dengan rekomendasi World Health Organization (WHO) diakui bahwa kepatuhan terhadap rejimen dapat mencerminkan perilaku mulai dari mencari perhatian medis, mengisi resep, mendapatkan imunisasi, dan menerapkan modifikasi perilaku yang menangani pengelolaan penyakit, merokok, kontrasepsi, diet tidak sehat, dan tingkat aktivitas fisik yang tidak mencukupi.

Ketaatan diet sangat penting dalam perawatan diabetes tipe 2. Selain itu, prevalensi obesitas meningkat dan memiliki prevalensi yang tinggi di antara pasien diabetes tipe 2 (Khattab et al 2010; Serour, Alqhenaei, Al-Saqabi, Mustafa, & Ben-Nakhi, 2007; Talbot & Avery, 2001 dalam Halali *et al.*, 2016).

Diabetes memerlukan modifikasi perilaku seumur hidup. Pengobatan yang efektif, seperti olahraga teratur, perubahan pola makan, Tes gula darah sering dan kepatuhan pengobatan. Sayangnya, kepatuhan pengobatan seringkali buruk (Smalls *et al.*, 2012).

Intervensi untuk perubahan gaya hidup membantu individu dengan *self regulation* diet dan olahraga melalui pendidikan, keterampilan perilaku, dan dukungan (Kelompok Penelitian Pencegahan Diabetes [DPP] 2009; Rise, Pellerud, Rygg, & Steinsbekk, 2013). Intervensi gaya hidup telah ditemukan untuk mengurangi tingkat perkembangan dan kejadian diabetes tipe 2 (DPP Research Group, 2009; Gillies *et al.*, 2007). Kesehatan penyedia perawatan kesehatan merekomendasikan penurunan berat badan, peningkatan aktivitas fisik, konseling, pengobatan, pemantauan tahunan, dan skrining untuk penyakit kardiovaskular (American Diabetes Association, 2016) dalam (Thomas *et al.*, 2016)

2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Kozier (2010), faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah sebagai berikut:

- a. Motivasi klien untuk sembuh
- b. Tingkat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan
- c. Persepsi keparahan masalah kesehatan
- d. Nilai upaya mengurangi ancaman penyakit
- e. Kesulitan memahami dan melakukan perilaku khusus
- f. Tingkat gangguan penyakit atau rangkaian terapi

- g. Keyakinan bahwa terapi yang diprogramkan akan membantu atau tidak membantu
- h. Kerumitan : efek samping yang diajukan
- i. Warisan budaya tertentu yang membuat kepatuhan menjadi sulit dilakukan
- j. Tingkat kepuasan dan kualitas serta jenis hubungan dengan penyediaan layanan kesehatan

2.2.3 Cara Mengurangi Ketidakpatuhan

Dinicola dan Dimatteo dalam Neil (2000) mengusulkan rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien antara lain:

- a. Mengembangkan tujuan dari kepatuhan itu sendiri, banyak dari pasien yang tidak patuh yang memiliki tujuan untuk mematuhi nasihat-nasihat pada awalnya. Pemicu ketidakpatuhan dikarenakan jangka waktu yang cukup lama serta paksaan dari tenaga kesehatan yang menghasilkan efek negatif pada penderita sehingga awal mula pasien mempunyai sikap patuh bisa berubah menjadi tidak patuh. Kesadaran diri sangat dibutuhkan dari diri pasien.
- b. Perilaku sehat, hal ini sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, sehingga perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku, tetapi juga mempertahankan perubahan tersebut. Kontrol diri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri harus dilakukan dengan kesadaran diri. Modifikasi perilaku harus dilakukan antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan agar terciptanya perilaku sehat.
- c. Dukungan sosial, dukungan sosial dari anggota keluarga dan sahabat dalam bentuk waktu, motivasi dan uang merupakan faktor-faktor penting dalam

kepatuhan pasien. Contoh yang sederhana, tidak memiliki pengasuh, transportasi tidak ada, anggota keluarga sakit, dapat mengurangi intensitas kepatuhan. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

2.2.4 Cara Meningkatkan Kepatuhan

Smet (1994) menyebutkan beberapa strategi yang dapat dicoba untuk meningkatkan kepatuhan, antara lain:

a. Segi Penderita

Usaha yang dapat dilakukan penderita diabetes mellitus untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan yaitu:

1. Meningkatkan kontrol diri. Penderita harus meningkatkan kontrol dirinya untuk meningkatkan ketaatannya dalam menjalani pengobatan, karena dengan adanya kontrol diri yang baik dari penderita akan semakin meningkatkan kepatuhannya dalam menjalani pengobatan. Kontrol diri dapat dilakukan meliputi kontrol berat badan, kontrol makan dan emosi.
2. Meningkatkan efikasi diri. Efikasi diri dipercaya muncul sebagai prediktor yang penting dari kepatuhan. Seseorang yang mempercayai diri mereka sendiri untuk dapat mematuhi pengobatan yang kompleks akan lebih mudah melakukannya.
3. Mencari informasi tentang pengobatan. Kurangnya pengetahuan atau informasi berkaitan dengan kepatuhan serta kemauan dari penderita untuk mencari

informasi mengenai penyakitnya dan terapi medisnya, informasi tersebut biasanya didapat dari berbagai sumber seperti media cetak, elektronik atau melalui program pendidikan di rumah sakit. Penderita hendaknya benar-benar memahami tentang penyakitnya dengan cara mencari informasi penyembuhan penyakitnya tersebut.

4. Meningkatkan monitoring diri. Penderita harus melakukan monitoring diri, karena dengan monitoring diri penderita dapat lebih mengetahui tentang keadaan dirinya seperti keadaan gula dalam darahnya, berat badan, dan apapun yang dirasakannya.

b. Segi Tenaga Medis

Usaha-usaha yang dilakukan oleh orang-orang di sekitar penderita untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan antara lain:

1. Meningkatkan keterampilan komunikasi para dokter. Salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara dokter dengan pasien. Ada banyak cara dari dokter untuk menanamkan kepatuhan dengan dasar komunikasi yang efektif dengan pasien.
2. Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. Tenaga kesehatan, khususnya dokter adalah orang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien dan apa yang ia katakan secara umum diterima sebagai sesuatu yang sah atau benar.
3. Memberikan dukungan sosial. Tenaga kesehatan harus mampu mempertinggi dukungan sosial. Selain itu keluarga juga dilibatkan dalam memberikan dukungan kepada pasien, karena hal tersebut juga akan meningkatkan

kepatuhan, Smet (1994) menjelaskan bahwa dukungan tersebut bisa diberikan dengan bentuk perhatian dan memberikan nasehatnya yang bermanfaat bagi kesehatannya.

4. Pendekatan perilaku. Pengelolaan diri yaitu bagaimana pasien diarahkan agar dapat mengelola dirinya dalam usaha meningkatkan perilaku kepatuhan. Dokter dapat bekerja sama dengan keluarga pasien untuk mendiskusikan masalah dalam menjalani kepatuhan serta pentingnya pengobatan

2.3 Teori *Health Belief Model*

2.3.1 Konsep HBM

Teori *Health Belief Model* (HBM) merupakan teori perubahan perilaku kesehatan dan model psikologis yang digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu terhadap suatu penyakit (Priyoto, 2014).

Health Belief Model (HBM) seringkali dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, dimulai dari pertimbangan orang mengenai kesehatan serta digunakan untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan. *Health Belief Model* (HBM) merupakan model kognitif yang berarti bahwa khususnya proses kognitif dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan.

Menurut Priyoto (2004) Teori *Health Belief Model* (HBM) didasarkan atas tiga faktor esensial, yaitu: 1. Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan. 2. Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku. 3.

Perilaku itu sendiri. Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap suatu penyakit, adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku dapat memberikan keuntungan, penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan, serta pengalaman untuk mencoba perilaku yang serupa (Priyoto, 2014).

2.3.2 Komponen HBM

1. Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*)

Resiko pribadi atau kerentanan adalah salah satu persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar resiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi resiko (Priyoto, 2014).

2. Keparahan/bahaya/kesakitan yang dirasakan (*perceived severity*)

Berkaitan dengan keyakinan/kepercayaan individu tentang keseriusan atau keparahan penyakit. Persepsi keseriusan sering dirasakan pada informasi medis atau pengetahuan, meliputi evaluasi konsekuensi medis dan klinis (misal kematian, cacat dan nyeri) juga dapat berasal dari keyakinan seseorang bahwa ia akan mendapat kesulitan akibat penyakit dan akan membuat atau berefek pada hidupnya secara umum meliputi konsekuensi sosial (pengaruh terhadap kondisi kerja, kehidupan keluarga, dan hubungan sosial) (Glanz et al, 2008 dalam Priyoto, 2014).

3. Manfaat yang dirasakan (*perceived benefit*)

Berkaitan dengan manfaat yang akan dirasakan jika mengadopsi perilaku yang dianjurkan, yaitu persepsi seseorang tentang nilai atau kegunaan dari suatu perilaku baru dalam mengurangi resiko terkena penyakit. Orang-orang cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi resiko mereka untuk berkembangnya suatu penyakit. Faktor lain meliputi manfaat tidak terkait kesehatan, misal tawaran perilaku yang akan diadopsi memberikan efek positif pada finansial pasien (Glanz et al, 2008 dalam Priyoto, 2014).

4. Hambatan yang dirasakan (*perceived barrier*)

Hal ini berhubungan dengan proses evaluasi individu sendiri atas hambatan yang dihadapi untuk mengadopsi perilaku baru persepsi tentang hambatan yang akan dirasakan merupakan unsur yang signifikan dalam menentukan apakah terjadi perubahan perilaku atau tidak. Berkaitan dengan perilaku baru yang akan diadopsi, seseorang harus percaya bahwa manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada konsekuensi melanjutkan perilaku lama (Priyoto, 2014).

5. Variabel modifikasi (*modifying variable*)

Variabel budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, ketrampilan, tingkat sosial ekonomi, norma, demografi, dan motivasi dapat mempengaruhi perilaku secara tidak langsung (Priyoto, 2014).

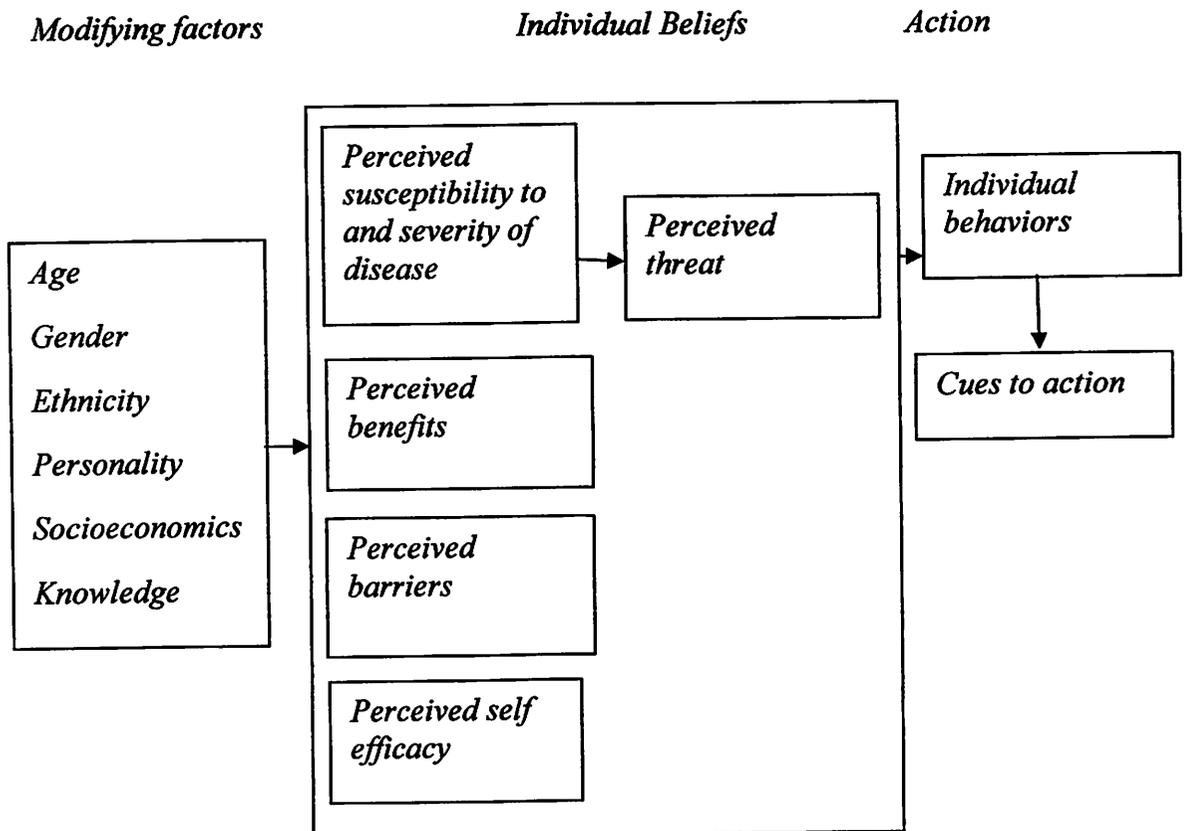
6. Isyarat untuk bertindak (*cues to action*)

Adalah peristiwa, orang atau hal-hal yang menggerakkan orang untuk mengubah perilaku mereka. Dapt berasal dari informasi media massa, nasihat dari orang sekitar, pengalaman pribadi atau keluarga, artikel dan lain-lain (Priyoto, 2014).

7. *Self efficacy*

Tahun 1997 bandura memperkenalkan konsep *self efficacy* atau harapan *efficacy* yang berbeda dari harapan hasil (*outcome expectation*) yang harus ditambahkan pada HBM untuk meningkatkan kejelasan teori. Harapan hasil didefinisikan sebagai perkiraan individu bahwa perilaku tertentu akan memeberikan hasil tertentu, mirip konsep HBM tentang persepsi manfaat. *Self efficacy* didefinisikan sebagai keyakinan bahwa individu mampu menjalani perilaku baru dan mencapai hasil tertentu. Perlu keyakinan tinggi agar dapat merubah gaya hidup tersebut sebelum dimngkinkan melalui perubahan. Dengan demikian agar perubahan perilaku berhasil, individu harus merasa terancam oleh faktor perilaku saat ini yang sedang dijalani dan yakin bahwa perubahan tertentu akan lebih.

2.3.3 Kerangka Teori *Health Belief Model*



Gambar 2.1 Kerangka *Health Belief Model*

Sumber (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008)

2.4 *Health Education* (pendidikan kesehatan)

Griffiths (1972) dalam Glanz, Rimer & Viswanath (2008) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah upaya untuk menutup kesenjangan antara apa yang diketahui tentang praktik kesehatan optimal dan apa yang sebenarnya dilakukan

Simonds (1976) dalam Glanz, Rimer and Viswanath (2008) mendefinisikan pendidikan kesehatan bertujuan untuk membawa perubahan perilaku pada individu, kelompok, dan populasi yang lebih besar dari perilaku yang dianggap

merugikan untuk kesehatan, terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan masa kini dan masa depan

Green et al (1980) dalam Glanz, Rimer & Viswanath, (2008) mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai "kombinasi antara pengalaman belajar yang dirancang untuk memfasilitasi adaptasi sukarela terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan

Menurut WHO (2017) pendidikan kesehatan adalah kombinasi antara pengalaman belajar yang dirancang untuk membantu individu dan masyarakat memperbaiki kesehatan mereka, dengan meningkatkan pengetahuan mereka atau mempengaruhi sikap mereka

Pendidikan kesehatan adalah upaya untuk mempengaruhi, dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2010). Pada kesimpulannya pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok, atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam pencapaian tujuan hidup sehat. Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan melalui kegiatan pembelajaran. Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan (Notoadmojo, 2012)

2.4.1 Tujuan pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, memberikan dan meningkatkan pengetahuan dan sasaran pendidikan kesehatan yang mencakup pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan untuk individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat (Dermawan & Setiawati, 2008)

2.4.2 Proses pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2005) dalam proses pendidikan kesehatan prinsip utamanya adalah proses belajar individu, kelompok, keluarga dan masyarakat. Apabila proses pendidikan dilihat sebagai sebuah sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek berikut :

1. Masukan dalam proses pendidikan kesehatan

Masukan dalam proses pendidikan kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat akan menjadi sasaran didik. Dalam kegiatan belajar, sasaran didik subjek belajar dengan perilaku belum sehat. Subjek belajar yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan adalah kesiapan fisik dan psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan, dan sosial budaya.

2. Proses dalam pendidikan kesehatan

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme dan interaksi yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar. Dalam proses tersebut diperlukan interaksi antara subjek belajar sebagai pusatnya dan pengajar (petugas kesehatan), metode pengajaran, alat bantu belajar dan materi pelajaran. Proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh materi atau bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan baik perangkat lunak

maupun perangkat keras, dan subjek belajar, yaitu individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat serta tenaga kesehatan atau perawat.

3. Keluaran dalam pendidikan kesehatan

Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.4.3 Media pendidikan kesehatan

Dalam ilmu psikologi, ilmu komunikasi dan sosiologi, pengaruh media atau efek media adalah teori tentang cara media masa dalam mempengaruhi pemikiran dan tingkah laku pemirsanya. Media berfungsi sebagai alat bantu yang dipergunakan pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pelajaran (Astoeti, 2006). Dalam pendidikan kesehatan, alat peraga dibedakan menurut pembuatan dan penggunaannya, antara lain (Astoeti, 2006):

1. Alat peraga yang rumit (*complicated*) seperti film, film strip, slide dan sebagainya yang menggunakan listrik dan proyektor.
2. Alat peraga yang sederhana seperti *leaflet*, model buku bergambar, benda-benda yang nyata seperti buah-buahan dan sebagainya. Selain itu juga ada poster, spanduk *leaflet*, flanel, graph, boneka wayang dan sebagainya.

2.4.4 Alat Bantu/Peraga/Media Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian

Yang dimaksud alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan/pengajaran. Seseorang atau

masyarakat di dalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman/pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu pendidikan. Elgar Dale membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam dan menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut di dalam sebuah kerucut :

- 1) Kata-kata
- 2) Tulisan
- 3) Rekaman radio
- 4) Film
- 5) Televisi
- 6) Pameran
- 7) *Field trip*
- 8) Demonstrasi
- 9) Sandiwara
- 10) Benda tiruan
- 11) Benda asli

2. Macam-macam alat bantu pendidikan

a. Alat bantu lihat (*Visual Aids*)

Alat ini ada 2 bentuk yaitu :

1. Alat yang diproyeksikan (slide, film, film strip)
2. Alat yang tidak diproyeksikan (dua dimensi dan tiga dimensi)

b. Alat-alat bantu dengar (*Audio Aids*)

c. Alat bantu lihat-dengar

Alat bantu ini lebih dikenal dengan AVA (*Audio Visual Aids*)

- d. Pembagaian alat peraga berdasarkan pembuatan dan penggunaannya yaitu :
1. Alat peraga yang *complicated* (rumit) : film, slide, film strip yang memerlukan listrik dan proyektor.
 2. Alat peraga yang sederhana : yang mudah dibuat sendiri dengan bahan setempat yang mudah diperoleh seperti bambu, karton, kaleng bekas dan sebagainya.
3. Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan
- a. Yang perlu diketahui tentang sasaran, antara lain :
 1. Individu atau kelompok
 2. Kategori-kategori sasaran seperti kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya
 3. Bahasa yang mereka gunakan
 4. Adat-istiadat serta kebiasaan
 5. Minat dan perhatian
 6. Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima
 - b. Tempat memasang (menggunakan) alat-alat peraga :
 1. Di dalam keluarga; dalam kesempatan kunjungan rumah, waktu menolong persalinan dan merawat bayi
 2. Di masyarakat, seperti perayaan hari-hari besar, arisan-arisan dan juga dipakai dalam tempat-tempat yang strategis
 3. Di instansi-instansi; puskesmas, rumah sakit, kantor-kantor, sekolah-sekolah dan sebagainya
 - c. Alat-alat peraga tersebut sedapat mungkin dapat dipergunakan oleh :

1. Petugas-petugas Puskesmas/Kesehatan
2. Kader kesehatan
3. Guru-guru sekolah dan tokoh-tokoh masyarakat lainnya
4. Pamong desa

2.5 KONSEP AUDIOVISUAL

2.5.1 Definisi Audiovisual

Arsyad (2011) mendefinisikan bahwa media audio visual adalah jenis media yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran dengan melibatkan pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam satu proses atau kegiatan. Pesan dan informasi yang dapat disalurkan melalui media ini dapat berupa pesan verbal dan nonverbal yang mengandalkan baik penglihatan maupun pendengaran. Beberapa contoh media audio visual adalah film, video, program TV dan lain-lain

2.5.2 Karakteristik Media Audio Visual

Pembelajaran menggunakan teknologi audio visual adalah satu cara menyampaikan materi dengan menggunakan mesin-mesin mekanis dan elektronik untuk menyajikan pesan-pesan audio visual. Arsyad (2011) mengemukakan bahwa media audio visual memiliki karakteristik sebagai berikut.

- a. Bersifat linear
- b. Menyajikan visual yang dinamis
- c. Digunakan dengan cara yang telah ditetapkan sebelumnya oleh perancang/pembuatnya
- d. Mereka merupakan gambaran fisik dari gagasan real atau abstrak
- e. Dikembangkan menurut prinsip psikologis behaviorisme dan kognitif

f. Umumnya berorientasi pada guru dengan tingkat pelibatan interaktif murid yang rendah

2.5.3 Kelebihan dan Kelemahan Media Audio Visual

Setiap jenis media yang digunakan dalam proses pembelajaran memiliki kelebihan dan kelemahan begitu pula dengan media audio visual. Arsyad (2011) mengungkapkan beberapa kelebihan dan kelemahan media audio visual dalam pembelajaran sebagai berikut.

a. Kelebihan media audio visual:

- 1) Film dan video dapat melengkapi pengalaman dasar siswa
- 2) Film dan video dapat menggambarkan suatu proses secara tepat yang dapat disaksikan secara berulang-ulang jika perlu
- 3) Di samping mendorong dan meningkatkan motivasi film dan video menanamkan sikap-sikap dan segi afektif lainnya.
- 4) Film dan video yang mengandung nilai-nilai positif dapat mengundang pemikiran dan pembahasan dalam kelompok siswa.
- 5) Film dan video dapat menyajikan peristiwa yang berbahaya jika dilihat secara langsung.
- 6) Film dan video dapat ditunjukkan kepada kelompok besar atau kelompok kecil, kelompok yang heterogen maupun homogen maupun perorangan.
- 7) Film yang dalam kecepatan normal memakan waktu satu minggu dapat ditampilkan dalam satu atau dua menit.

b. Kelemahan media audio visual:

- 1) Pengadaan film dan video umumnya memerlukan biaya mahal dan waktu yang banyak.
- 2) Tidak semua siswa mampu mengikuti informasi yang ingin disampaikan melalui film tersebut.
- 3) Film dan video yang tersedia tidak selalu sesuai dengan kebutuhan dan tujuan belajar yang diinginkan, kecuali dirancang dan diproduksi khusus untuk kebutuhan sendiri.

2.6 Konsep *Social Media*

2.6.1 Definisi *Social Media*

Varinder Taprial dan Priya Kanwar (2012) menyatakan Media sosial adalah media yang digunakan oleh individu agar menjadi sosial, atau menjadi sosial secara daring dengan cara berbagi isi, berita, foto dan lain-lain dengan orang lain

P.N. Howard dan M.R Parks (2012) menyatakan Media sosial adalah media yang terdiri atas tiga bagian, yaitu : Infrastruktur informasi dan alat yang digunakan untuk memproduksi dan mendistribusikan isi media, Isi media dapat berupa pesan-pesan pribadi, berita, gagasan, dan produk-produk budaya yang berbentuk digital, Kemudian yang memproduksi dan mengkonsumsi isi media dalam bentuk digital adalah individu, organisasi, dan industri.

Rembe dan Bere (2013) mengungkapkan bahwa aplikasi media sosial seperti *Whatsapp Messenger* dirasakan telah mampu meningkatkan partisipasi peserta didik, mempercepat terjadinya kelompok belajar dalam membangun dan mengembangkan ilmu pengetahuan.

Reminder adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada Faskes Pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke faskes pengelola tersebut.

2.6.2 Fungsi *Social Media*

Fungsi media sosial dapat kita ketahui melalui sebuah kerangka kerja *honeycomb*. Pada tahun 2011, Jan H. Kietzmann, Kritopher Hermkens, Ian P. McCarthy dan Bruno S. Silvestre menggambarkan hubungan kerangka kerja *honeycomb* sebagai penyajian sebuah kerangka kerja yang mendefinisikan media sosial dengan menggunakan tujuh kotak bangunan fungsi yaitu *identity*, *conversations*, *sharing*, *presence*, *relationships*, *reputation*, dan *groups*.

- a. *Identity* menggambarkan pengaturan identitas para pengguna dalam sebuah media sosial menyangkut nama, usia, jenis kelamin, profesi, lokasi serta foto.
- b. *Conversations* menggambarkan pengaturan para pengguna berkomunikasi dengan pengguna lainnya dalam media sosial.
- c. *Sharing* menggambarkan pertukaran, pembagian, serta penerimaan konten berupa teks, gambar, atau video yang dilakukan oleh para pengguna.
- d. *Presence* menggambarkan apakah para pengguna dapat mengakses pengguna lainnya.
- e. *Relationship* menggambarkan para pengguna terhubung atau terkait dengan pengguna lainnya.
- f. *Reputation* menggambarkan para pengguna dapat mengidentifikasi orang lain serta dirinya sendiri.

- g. *Groups* menggambarkan para pengguna dapat membentuk komunitas dan sub-komunitas yang memiliki latar belakang, minat, atau demografi

Dalam sebuah penelitian pendidikan menyimpulkan bahwa media sosial seperti WhatsApp meningkatkan akses informasi, efektivitas pembelajaran kooperatif dan motivasi (Rambe and Bere, 2013). Studi lainnya mengenai penggunaan WhatsApp dalam pembelajaran dapat dilihat pada hasil penelitian Scornavacca, Huff and Marshall, (2009) membuktikan bahwa siswa yang tergabung dalam grup *Instant Messaging*, seperti WhatsApp memiliki kecenderungan untuk bertanya dan berpartisipasi lebih banyak. Dengan kuantitas bertanya dan partisipasi yang lebih banyak dari seorang siswa memungkinkan terjadinya perputaran arus informasi dan pengetahuan yang lebih banyak. Lebih lanjut penelitian yang meneliti tentang bagaimana persepsi guru dan siswa dalam komunikasi via *Instant Messaging*. Hasilnya menunjukkan bahwa komunikasi via *Instant Messaging* tidak menjadi penghalang komunikasi yang luwes antara guru dan siswa (Doering *et al.*, 2008).

2.7 Orisinalitas Penelitian

Pencarian jurnal untuk orisinalitas penelitian ini adalah menggunakan PICOT *frame work*. Population : pasien DM. Intervention: audiovisual *health education* dan *social reminder*. Comparison:-, outcome: kepatuhan, Time: 2007-2017. Menggunakan *search engine*: science direct, scopus, ebSCO, proquest. Setelah itu ditemukan adalah 662 jurnal. Jurnal yang sesuai ditemukan 17 jurnal terpilih.

Table 2.1 Orisinalitas Penelitian

No	Judul dan peneliti	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
1.	<i>Videos to influence: a systematic review of effectiveness of videobased education in modifying health behaviours</i> (Tuong, Larsen and Armstrong, 2014)	Variabel independen: <i>video based education</i> Variabel dependen: <i>Health behaviors</i>	<i>systematic review</i>	Intervensi video tampaknya efektif dalam pemeriksaan payudara sendiri, skrining kanker prostat, kepatuhan terhadap tabir surya, perawatan diri pada pasien dengan gagal jantung, tes HIV, kepatuhan pengobatan, dan penggunaan kondom wanita. Namun, video belum terbukti efektif dalam mempengaruhi perilaku kecanduan
2	<i>Adherence to continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea syndrome: effect of visual education</i> (Basoglu et al., 2012)	Variabel dependen: <i>adherence to continuous positive airway pressure therapy</i> Variable independen: <i>visual education</i>	<i>Randomized two group design</i>	1. kepatuhan pada terapi CPAP 71,2% pada kelompok video dan 56,7 % pada kelompok control(p=0,08) 2. Gejala OSAS, seperti apnea yang disaksikan, sakit kepala pagi, berkeringat di malam hari, mulut kering, dan skor tidur nyenyak (ESS), diperbaiki lebih signifikan dalam kelompok video (p <0,05) 3. Perbaikan signifikan pada gejala OSAS dan ESS diamati pada pasien yang patuh (p <0,05). ESS berkorelasi negatif dengan durasi penggunaan CPAP (r0-0.524, p <0.0001)
3	<i>Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review</i> (Abed, MA, et al.,	Variable dependen: <i>Video-assisted patient education</i> Variable	<i>systematic review</i>	peneliti membedakan tiga format yang berbeda untuk menyajikan informasi: 1. Presentasi didaktik (objektif

No	Judul dan peneliti	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
	2014)	independen :perubahan perilaku		informasi yang diberikan sebagai instruksi verbal dengan atau tanpa gambar), presentasi praktik (orang sungguhan difilmkan saat terlibat dalam praktik tertentu), presentasi naratif (orang nyata difilmkan saat memainkan adegan). 2. 7 dari 10 penelitian yang melaporkan perubahan perilaku menerapkan presentasi praktik atau format presentasi naratif
4	<i>Development and evaluation of a patient education video promoting pneumococcal vaccination</i> (Brown, T, et al., 2017)	Variabel independen: pengembangan dan memperhalus video edukasi pasien tentang vaksinasi pneumococcal polysaccharide Variabel dependen: persepsi pasien berdasarkan isi video	<i>Focus grup discussion</i>	Peserta kelompok fokus (n = 26) memiliki reaksi positif terhadap video, namun menyarankan untuk mengurangi intensitas pesan tentang tingkat keparahan pneumonia. Peserta (n = 73) menunjukkan bahwa video yang direvisi selama kunjungan klinik dianggap mudah dipahami (M = 4,83, SD = 0,58) dan informatif (M = 4,8, SD = 0,75)
5	<i>Group members' questions shape participation in health counselling and health education</i> (Logren, Ruusuvoori and Laitinen, 2017)	Variabel independen: pertanyaan anggota grup Variabel dependen: pembentukan isi konseling kesehatan dan pendidikan kesehatan	Analisis percakapan	Pertanyaan anggota kelompok menyelesaikan perubahan peran partisipatif secara sementara. Mereka terbiasa dengan 1) meminta konseling, 2) melakukan konseling atau 3) menantang pembicaraan sebelumnya
6	<i>Live Video Diet and Exercise Intervention in</i>	Variable dependen: Kepatuhan gaya	Online platform	Perubahan signifikan diamati pada rasio pinggang-pinggul (0,87

No	Judul dan peneliti	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
	<i>Overweight and Obese Youth: Adherence and Cardiovascular Health</i> (Nourse et al., 2015)	hidup dan latihan Kesehatan fungsi vaskular Variable independen: live video diet and excersise		0,08 vs 0,84 _ 0,08, P = .03), total (159 _ 27 vs 147 _ 23 mg / dL, P = 0,004) dan tingkat kolesterol lipoprotein low-density (91 _ 20 vs 81_ 18 mg / dL, P = .004), volume oksigen terinspirasi per detak jantung pada puncak latihan (69 _ 16 vs 72 _ 15%, P = .01), dan skor pergerakan fungsional (13 _ 2 vs 17 _ 1, P <.001). Peserta dengan fungsi vaskular abnormal pada awal menunjukkan perbaikan fungsi endotel dan indeks kekakuan arteri (P = .01 dan P = 0,04).
7	<i>Multiple Educational Programs Improves Glycemic Control, Quality Of Life with Diminishing the Impact of Diabetes in Poorly Controlled Type 1 Diabetics</i> (Vyas et al., 2017)	Variabel Independen: <i>Multiple educational program</i> Variabel dependen: QOL, kontrol glukosa	<i>Pre post test design</i>	Multiple educational program dapat mengurangi dampak yang ditimbulkan Diabetes mellitus, dapat meningkatkan kualitas hidup serta membantu mencapai tingkat glikemik yang diinginkan
8	<i>The effects of an informational video on patient knowledge, satisfaction and compliance with venous thromboembolism prophylaxis: A pilot study</i> (Marini et al., 2014)	Variabel Independen: <i>Informational video</i> Variabel dependen: Pengetahuan, kepuasan dan kepatuhan pasien	<i>a single-center, randomized, controlled trial</i>	A VTE educational video efektif meningkatkan pengetahuan serta kepuasan pasien

No	Judul dan peneliti	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
		tromboembolism		
9	<i>Tailored DVDs: A novel strategy for educating racially and ethnically diverse older adults about their medicines</i> (Lapane et al., 2012)	variabel independen : <i>Tailored DVDs:novel strategy</i>	<i>Mixed-method design</i>	Kelompok fokus eksplorasi memberikan wawasan tentang area untuk perbaikan komunikasi penyedia layanan pasien, dan menyarankan penggunaan sketsa dan testimonial. Setelah melihat, peserta dapat berhubungan dengan testimonial di mana aktor menggambarkan orang-orang yang memiliki masalah dengan obat mereka dan tertarik dengan saran pengobatan yang disajikan, terutama bila dipresentasikan oleh seorang profesional kesehatan.
10	<i>Intensive management program to improve glycosylated hemoglobin levels and adherence to diet in patients with type 2 diabetes</i> (Song and Kim, 2009)	Variabel dependen: 1. <i>glycosylated hemoglobin level</i> Kepatuhan diet Variabel independen: <i>diabetes outpatient intensive management program</i> (DOIMP)	<i>A randomized two-group pretest/posttest experimental Design</i>	Pasien pada kelompok intervensi menurunkan kadar HbA1c rata-rata 2,3%, dibandingkan dengan 0,4% pada kelompok kontrol. Ada peningkatan yang signifikan dalam kepatuhan terhadap diet untuk kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Temuan ini menunjukkan bahwa DOIMP dapat memperbaiki kadar HbA1c dan kepatuhan terhadap diet pada pasien diabetes tipe 2
11	<i>SMS reminders improve adherence to oral medication in type 2 diabetes</i>	Variabel dependen: kepatuhan minum obat oral	<i>Randomised Controlled Trial (RCT)</i>	pasien yang menerima pengingat SMS secara signifikan memiliki dosis yang tepat di waktu yang

No	Judul dan peneliti	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
	<i>patients who are real time electronically monitored</i> (Vervloet <i>et al.</i> , 2012)	Variabel independen: SMS reminder		telah ditentukan sebelumnya daripada pasien yang tidak menerima pengingat: 50% banding 39% di dalam periode 1 jam ($p = 0,003$) sampai 81% vs. 70% dalam jendela 4-jam ($p = 0,007$). Pasien yang diingatkan cenderung lebih jarang melewatkan dosis daripada pasien yang tidak diingatkan (15% vs 19%, $p = 0,065$). Hari tanpa dosis tidak berbeda secara signifikan antara kelompok
12	<i>The development and feasibility of a web-based intervention with diaries and situational feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2</i> (Nes <i>et al.</i> , 2012)	Variabel independen: pengembangan dan feasibility intervensi web based dengan diari dan mpan balik situasional melalui smart phone Variabel dependen: <i>self management</i>	<i>Pilot study</i>	Sebelas dari lima belas peserta yang termasuk dalam studi ini menyelesaikan intervensi tersebut, yang dievaluasi sebagai pendukung dan bermakna. Sebagian besar peserta melaporkan Perubahan gaya hidup positif. Tingkat tanggapan terhadap pendaftaran harian bagus dan masalah teknis yang dihadapi sedikit
13	<i>A pilot randomized clinical trial of two medication adherence and drug use interventions for HIV+ crack cocaine users</i> (Ingersoll <i>et al.</i> , 2011)	Variabel independen : <i>motivational interviewing+intervention& Video interventio n</i> Variabel dependen: primary outcome=kepatuhan HAART dan ASI drug composite score Secondary	<i>A pilot randomized clinical trial</i>	konseling dan intervensi video meningkatkan kepatuhan dan masalah narkoba dengan baik di antara orang-orang dengan penggunaan kokain dan kepatuhan

No	Judul dan peneliti	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
		outcome: day using cocaine and log VL		
14	<i>Healthcare in the pocket: Mapping the space of mobile-phone health interventions</i> (Klasnja and Pratt, 2012)	Pencarian literature di Pubmed, ACM digital library, dan IEEE explore dengan kata kunci: mobile phone, telephone seluler, SMS, text message dan kombinasi dengan kesehatan	<i>Methodological review</i>	Peneliti menggambarkan fitur ponsel yang menjadikannya platform yang sangat menjanjikan untuk intervensi kesehatan, dan peneliti mengidentifikasi lima strategi intervensi dasar yang telah digunakan dalam aplikasi kesehatan telepon seluler di berbagai kondisi kesehatan. Peneliti menguraikan petunjuk untuk penelitian selanjutnya yang dapat meningkatkan pemahaman kita tentang persyaratan fungsional dan desain untuk pengembangan ponsel yang sangat efektif
15	<i>Educational program for diabetic patients in Korea— Multidisciplinary intensive management</i> (Park and Ahn, 2007)	Variabel : DMEP(Diabetes Mellitus educational Program) in Korea		Hasil DEMP meningkatkan kualitas kerja peneliti dan mencapai efektivitas biaya yang lebih besar dan meningkatkan kepuasan pasien. Diabetes berhubungan erat dengan gaya hidup seseorang, dan oleh karena itu, program pendidikan bukan aksesori, melainkan sebagai dasar pengelolaan diabetes. Perlu ditekankan bahwa pasien dapat mengubah gaya hidup mereka sendiri melalui pendidikan dan menjaga

No	Judul dan peneliti	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
				kesehatan dengan baik
16	<i>Health and the Mobile Phone</i> (Patrick <i>et al.</i> , 2008)	Variabel: <i>Health and mobile phone</i>	-	Teknologi yang mendasari ponsel menjadi lebih kuat dan murah, dan bukti mulai muncul mengenai nilai ponsel untuk pengiriman layanan kesehatan dan promosi kesehatan pribadi. Namun, hambatan penting untuk penggunaan ponsel untuk keperluan kesehatan juga ada. Seperti di bidang ekonomi lainnya, pendekatan berbasis pasar untuk mengatasi hambatan ini mungkin tidak cukup untuk menjangkau semua segmen masyarakat dan mungkin membiarkan orang-orang yang sudah mengalami kesenjangan kesehatan bahkan lebih dirugikan
17	<i>The Effect of a Diabetes Education, Coping Skills Training, and Care Intervention on Physiological and Psychosocial Outcomes in Black Women With Type 2 Diabetes</i> (D'Eramo Melkus <i>et al.</i> , 2010)	Variabel dependen: pengukuran fisiologis dan psikologis Variabel independen: edukasi diabetes, coping skill training, care intervention	<i>A prospective randomized clinical trial</i>	Efek waktu yang kuat untuk peningkatan hemoglobin A1c terlihat pada kedua kelompok dari awal sampai 3 bulan dan tetap serupa pada 12 dan 24 bulan ($p < .0001$). Tekanan darah sistolik ($p = .01$) dan kadar kolesterol lipoprotein low-density ($p = .05$) meningkat pada kedua kelompok dari awal sampai 24 bulan. Kualitas dasar kehidupan ([QOL]; Medical Outcome Study Short Form-36) rendah. Fungsi sosial, peran

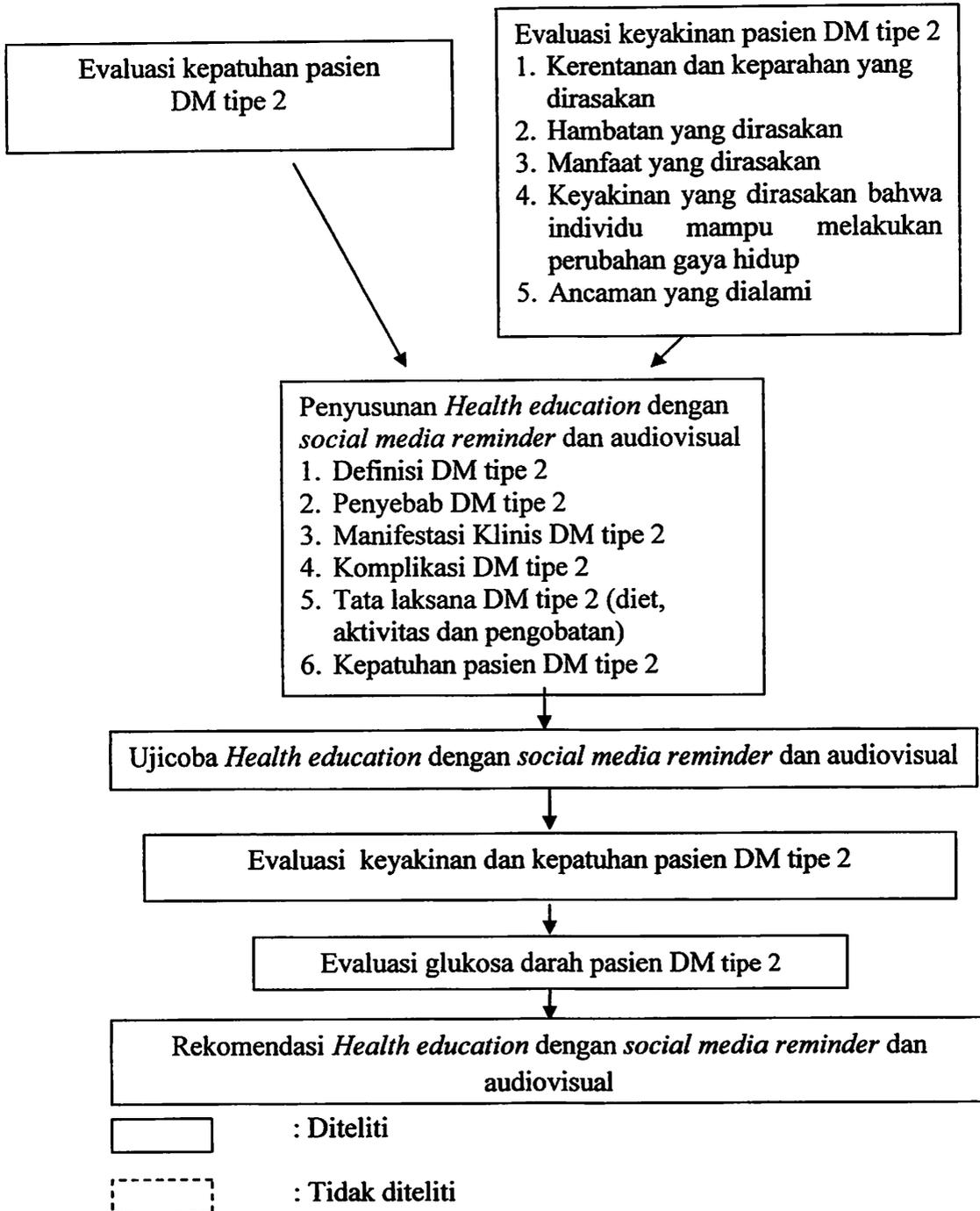
No	Judul dan peneliti	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
				<p>emosional, dan kesehatan mental meningkat pada awalnya di kedua kelompok kemudian sedikit menurun, dengan sedikit penurunan untuk kelompok eksperimen pada 12 bulan. Pada 24 bulan, skor kelompok eksperimen meningkat. Kesehatan umum ($p=.002$), vitalitas ($p=.01$), rolephysical, dan nyeri tubuh ($p=.02$) meningkat pada kedua kelompok dari waktu ke waktu. Perceived provider support untuk diet ($p=.0001$) dan latihan ($p=.0001$) meningkat pada kedua kelompok dari waktu ke waktu. Kelainan emosional yang berhubungan dengan diabetes menurun dalam percobaan dibandingkan dengan kelompok kontrol (waktu kelompok, $p=.01$).</p>

BAB 3

KERANGKA KOSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN



Gambar 3.1 Kerangka konseptual *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

Bagan tersebut menjelaskan mekanisme upaya meningkatkan kepatuhan pada pasien DM tipe 2 dengan menerapkan model *health education* berbasis *social media reminder* dan audiovisual. Penatalaksanaan DM dimulai dengan menerapkan pola hidup sehat (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) bersamaan dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan/atau suntikan.

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM secara holistik. Program penyuluhan memegang peran penting untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani program pengobatan sehingga mencapai target terapi yang diharapkan. Penyuluhan dilakukan sejak pertemuan pertama dan perlu selalu diulang pada pertemuan berikutnya.

Salah satu cara untuk merubah perilaku seseorang adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan, metode yang digunakan berupa *health education* berbasis *social media reminder* dan audiovisual. Berdasarkan teori *health belief model* seseorang akan mengalami perubahan perilaku kesehatan dengan berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu tersebut terhadap adanya gejala atau keluhan pada dirinya karena suatu penyakit. Manifestasi klinis pasien DM tergantung pada tingkat hiperglikemia pasien. Keluhan yang dirasakan pasien DM dapat mengganggu aktivitas sehari-hari seharusnya seseorang akan berperilaku mencari pengobatan agar terbebas dari penyakit. Pilihan tindakan ini diengaruhi oleh persepsi dan keyakinan seseorang akan penyakitnya, apakah individu tersebut merasakan kerentanan terhadap penyakit, merasakan

bahaya/kesakitan, merasakan manfaat jika berperilaku yang dianjurkan, merasakan hambatan untuk melakukan perubahan, memiliki faktor lain yang mempengaruhi persepsi, dan memiliki isyarat/pendorong untuk bertindak seperti suatu peristiwa, orang atau hal yang menggerakkan individu tersebut untuk mengubah perilakunya. Tindakan-tindakan tepat yang dilakukan penderita DM seperti kepatuhan terhadap diet, aktivitas dan pengobatan merupakan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Pada bagan di atas setelah ditemukan masalah kepatuhan pada pasien DM tipe 2 maka dilakukan pemberian intervensi *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual. Diharapkan dengan diberikan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual maka pasien dapat merubah perilakunya. Dari awalnya tidak patuh menjadi patuh. Perubahan perilaku (kepatuhan) pasien dapat menyebabkan glukosa darah stabil. Glukosa darah yang stabil akan meningkatkan derajat kesehatan pasien yang menderita DM tipe 2.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap keyakinan dan kepatuhan pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya
2. Ada hubungan kepatuhan terhadap kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan melalui 2 tahap. Tahap I menggunakan metode *Research and Development*. Metode penelitian dan pengembangan adalah metode penelitian yang digunakan untuk menghasilkan produk tertentu, dan menguji keektifan produk tersebut (Sugiyono,2009). Tahap II penelitian ini menggunakan *quasi experimental*. Rancangan *quasi experimental* merupakan rancangan yang berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok eksperimental (Nursalam,2015).

4.1 Desain Penelitian Tahap I

Pada tahap I penelitian menggunakan metode *Research and Development* (penelitian dan pengembangan), dengan alasan sesuai tujuan yang hendak dicapai. Sedangkan model penelitian pengembangan yang dipilih adalah model penelitian dan pengembangan media pendidikan kesehatan berupa *Health Education* dengan *Social Media Remider dan Audiovisual*.

4.1.1 Populasi dan Sampel Tahap I

a) Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 di Instalansi Rawat jalan (Irja) Rumah Sakit Universitas Airlangga sejumlah 4744 pasien (Januari-September 2017).

b) Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2015). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 yang memenuhi kriteria inklusi. Peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

Kriteria inklusi:

- 1) Pasien DM tipe 2 di Rawat jalan Rumah Sakit Universitas Airlangga
- 2) Pasien berusia 31-59 tahun.
- 3) Dapat berkomunikasi verbal dengan baik.
- 4) Mampu membaca, menulis dan berbahasa Indonesia.
- 5) Tidak mengalami tuna rungu

Kriteria eksklusi:

- 1) Pasien DM tipe 2 dengan komplikasi
- 2) Menderita gangguan yang menghambat komunikasi.
- 3) Tidak dapat menggunakan telepon genggam dan *social media*.

Teknik sampling menggunakan *probability sampling* jenis *simple random sampling* yaitu penetapan sampel dengan memilih sampel diantara populasi dengan cara acak. Penetapan besar sampel menggunakan rumus Cochran sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot \sigma^2}{d^2 (N-1) + z^2 \cdot \sigma^2}$$

$$n = \frac{105 \cdot (1,96)^2 \cdot 1,29^2}{(0,05)^2 (105-1) + (1,96)^2 \cdot 1,29^2}$$

$$n = \frac{669,31}{6,63}$$

$$= 100 \text{ responden}$$

Keterangan :

n = besar sampel minimal

N = ukuran populasi

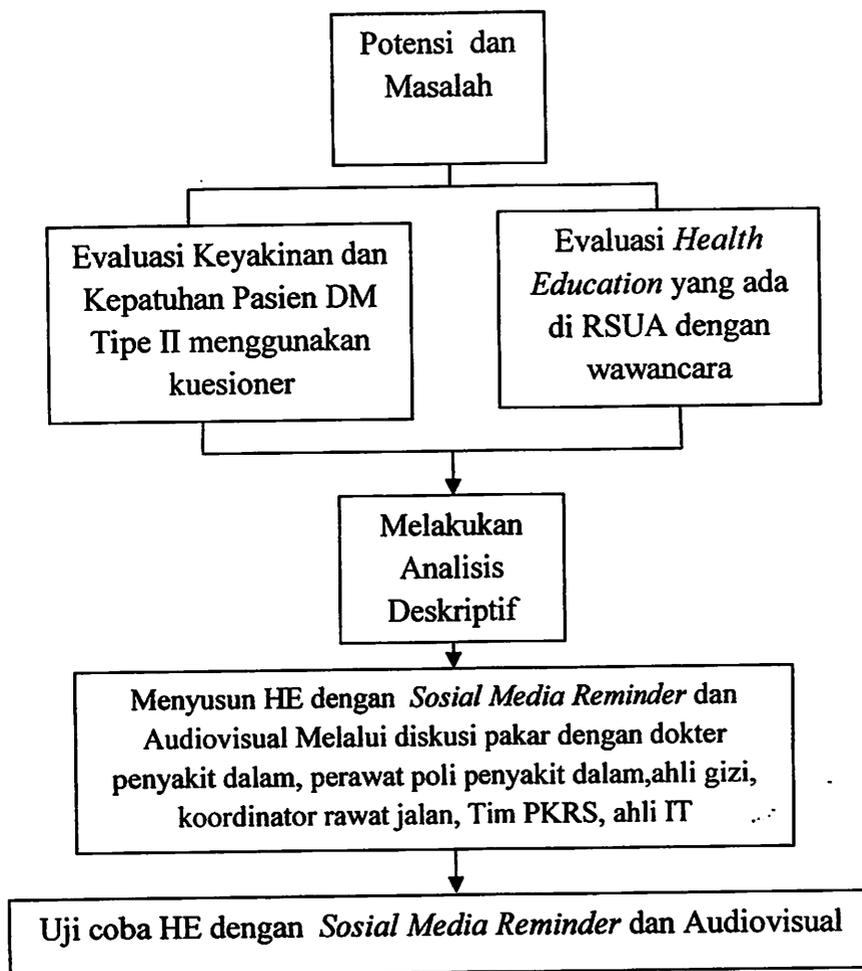
z = harga kurva normal yang tergantung dari harga alpha

d = toleransi kesalahan yang dipilih (0,05)

σ^2 = varian pengetahuan (SD = 1,29)

Besar sampel penelitian adalah sebanyak 100 orang.

4.1.2 Kerangka Operasional



Gambar 4.2.2 Kerangka Kerja Penelitian tahap I *health education* dengan pendekatan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

4.1.3 Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional

a. Variabel Penelitian

a) Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah penyusunan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual.

b) Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian adalah keyakinan dan kepatuhan pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

C) Definisi Operasional

Tabel 4.1. Definisi Operasional Penelitian *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap peningkatan kepatuhan pasien Dm tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga

Variabel	Sub Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	skor
<i>Penyusunan Health education</i> dengan <i>social media reminder</i> dan audiovisual	-	Suatu mekanisme untuk membuat media pendidikan kesehatan menggunakan <i>Social media reminder</i> dan audiovisual	1. Metode <i>Health Education</i> yang baik 2. Isi dari <i>Health Education</i>	Kuisoner Wawancara FGD	-	-
Kepatuhan Pasien DM Tipe 2	Kepatuhan terhadap obat pasien Dm Tipe 2	Tingkat ketaatan pasien DM dalam mengkonsumsi obat DM yang direkomendasikan	Kuesioner sebanyak 10 pertanyaan yang berisi tentang evaluasi kepatuhan terhadap pengobatan sesuai dengan advis dokter.		interv al	Nilai tertinggi : 10 Nilai terendah: 0
	Kepatuhan diet pasien Dm tipe 2	Tingkat ketaatan pasien DM dalam melaksanakan diet DM yang direkomendasikan	Kuesioner sebanyak 9 pertanyaan dengan parameter :	<i>Perceived Dietary Adherence Questionnaire (PDAQ)</i>	interv al	Nilai tertinggi : 63 Nilai terendah : 0

Variabel	Sub Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	skor
			1. <i>Carbohydrate recommendations</i> a. <i>Glycemic index recommendation</i> b. <i>Fiber recommendation</i> <i>alternatif jawaban selalu, sering, jarang dan tidak pernah.</i> c. <i>Added sugar recommendation</i> 2. <i>Protein recommendations</i> 3. <i>Fat recommendations</i>	(Asaad, 2015)		
	Kepatuhan Aktivitas Fisik Klien DM Tipe 2	Perilaku klien untuk melakukan aktivitas fisik yang disarankan oleh petugas kesehatan	Kuisoner berdasarkan panduan PERKENI(2015) sebanyak 11 pertanyaan: 1. Jenis aktivitas jasmani 2. Frekuensi=3-5 kali/minggu 3. Durasi aktivitas fisik:30-45 kali per aktivitas	Kuisoner	Intervall	Nilai tertinggi: 11 Nilai terendah : 0
	Keyakinan	Asumsi yang dianggap benar dan kepercayaan untuk melakukan manajemen perawatan DM	Keyakinan Berdasarkan teori HBM yang meliputi 4 aspek: 1. Keyakinan terhadap kerentanan	Kuisoner	intervall	Nilai tertinggi :10 Nilai terendah : 0

Variabel	Sub Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala skor
			penyakit		
			2. Keyakinan terhadap manfaat		
			3. Keyakinan terhadap ancaman		
			4. <i>Self Efficacy</i>		

4.1.4 Instrumen Penelitian Tahap I

1. Penelitian pendahuluan atau survey permasalahan: dalam studi ini instrumen yang digunakan adalah wawancara terstruktur tentang *Health education* yang sudah dilaksanakan di poli Rumah sakit Unair.
2. Instrumen keyakinan dibuat berdasarkan komponen HBM meliputi keyakinan terhadap tingkat keparahan, keyakinan terhadap manfaat, keyakinan terhadap ancaman dan *self-efficacy*
3. Evaluasi kepatuhan pasien menggunakan kuesioner. Kepatuhan diet menggunakan instrumen *perceived dietary adherence questionnaire (PDAQ)* dari Asaad (2016), yang terdiri dari 9 pertanyaan dengan tiga parameter tentang *carbohydrate recommendation, protein recommendations dan fiber recommendations*. Instrumen tentang kepatuhan terhadap obat menggunakan kuisoner kepatuhan obat. Instrumen kepatuhan aktivitas memodifikasi kuesioner dari anjuran aktivitas fisik PERKENI (2015) tentang kepatuhan aktivitas fisik pasien.

4.1.5 Analisis Data

1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Data-data yang disajikan meliputi frekuensi, proporsi dan rasio, ukuran-ukuran kecenderungan pusat (rata-rata hitung, median, modus), maupun ukuran-ukuran variasi (simpang baku, varians, rentang dan kuartil). Salah satu pengamatan yang dilakukan pada tahap analisis deskriptif adalah pengamatan terhadap tabel frekuensi. Tabel frekuensi terdiri atas kolom-kolom yang memuat frekuensi dan presentasi untuk setiap katagori.

Analisis deskriptif dilakukan dengan analisis distribusi frekuensi dengan menghitung frekuensi atau jumlah dan prosentase dari aspek yang diukur. Analisis deskriptif juga ditujukan untuk menggambarkan indikator setiap variabel penelitian, berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam instrumen penelitian.

4.2 Desain Penelitian Tahap II

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian tahap II adalah *quasy-eksperiment* dengan rencana *One Group Pre-test Post-test Design*. Dalam penelitian ini telah ditentukan dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dalam pelaksanaan penelitian, kelompok perlakuan diberi intervensi *Health Education* dengan sosial media *reminder* dan *audiovisual*, sedangkan pada kelompok kontrol diberikan intervensi *health education* standar di poli Rumah Sakit Unair.

Tabel 4.1 Rencana penelitian *Quasy Experimental One Group Pre-test Post-test Design*

Subjek	<i>Pre-test</i>	Perlakuan	<i>Post-test</i>
KA	O	I	OI-A
KB	O	-	OI-B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan:

K-A : Pasien DM Tipe II yang diberikan intervensi *Health Education* dengan *social media* dan audiovisual

K-B : Pasien DM Tipe II yang dikontrol hanya diberi intervensi standar di poli

O : Observasi Pengetahuan, keyakinan dan kepatuhan sebelum diberikan Intervensi *Health Education*

I : *Health Education* dengan *social media* dan audiovisual

IO (A+B) : observasi pengetahuan, keyakinan dan kepatuhan setelah Intervensi

4.2.1 Populasi dan Sampel Tahap II

a. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 di Instalansi Rawat jalan (Irja) Rumah Sakit Universitas Airlangga sejumlah 4744 pasien (Januari-September 2017).

b. Sampel

Sampel pada tahap kedua penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 yang memenuhi kriteria inklusi. Peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

Kriteria inklusi:

1. Pasien DM tipe 2 di Rawat jalan Rumah Sakit Universitas Airlangga
2. Pasien berusia 31-59 tahun
3. Memiliki/berkomunikasi memanfaatkan telepon genggam dan mempunyai aplikasi *social media*

4. Dapat berkomunikasi verbal dengan baik
5. Mampu membaca, menulis dan berbahasa Indonesia
6. Tidak mengalami tuna rungu

Kriteria eksklusi:

1. Pasien DM tipe 2 dengan komplikasi
2. Menderita gangguan yang menghambat komunikasi.
3. Tidak dapat menggunakan telepon genggam dan *social media*.

Teknik sampling menggunakan *simple random sampling*. Besar sampel minimal pada penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus berikut (Dahlan, 2013):

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)\delta}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(1,96 + 1,28) 0,22}{0,21} \right]^2$$

$$n = 2 \times 11,5212$$

$$n = 23,04 = 23$$

Keterangan :

- n_1 : besar sampel kelompok eksperimen
 n_2 : besar sampel kelompok control
 $Z\alpha$: kesalahan tipe I $\alpha = 0,05$ satu arah (1,96)
 $Z\beta$: kesalahan tipe II $\beta = 10\%$ satu arah (1,28)
 δ : standar deviasi / simpangan baku yang didapat pada penelitian sebelumnya yang serupa sebesar 0,22 (Surucu, 2017)
 $\mu_1 - \mu_2$: perbedaan rerata minimal yang dianggap bermakna dari beda data kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada variabel HbA1c penelitian sebelumnya sebesar 0,21 (Surucu, 2017)

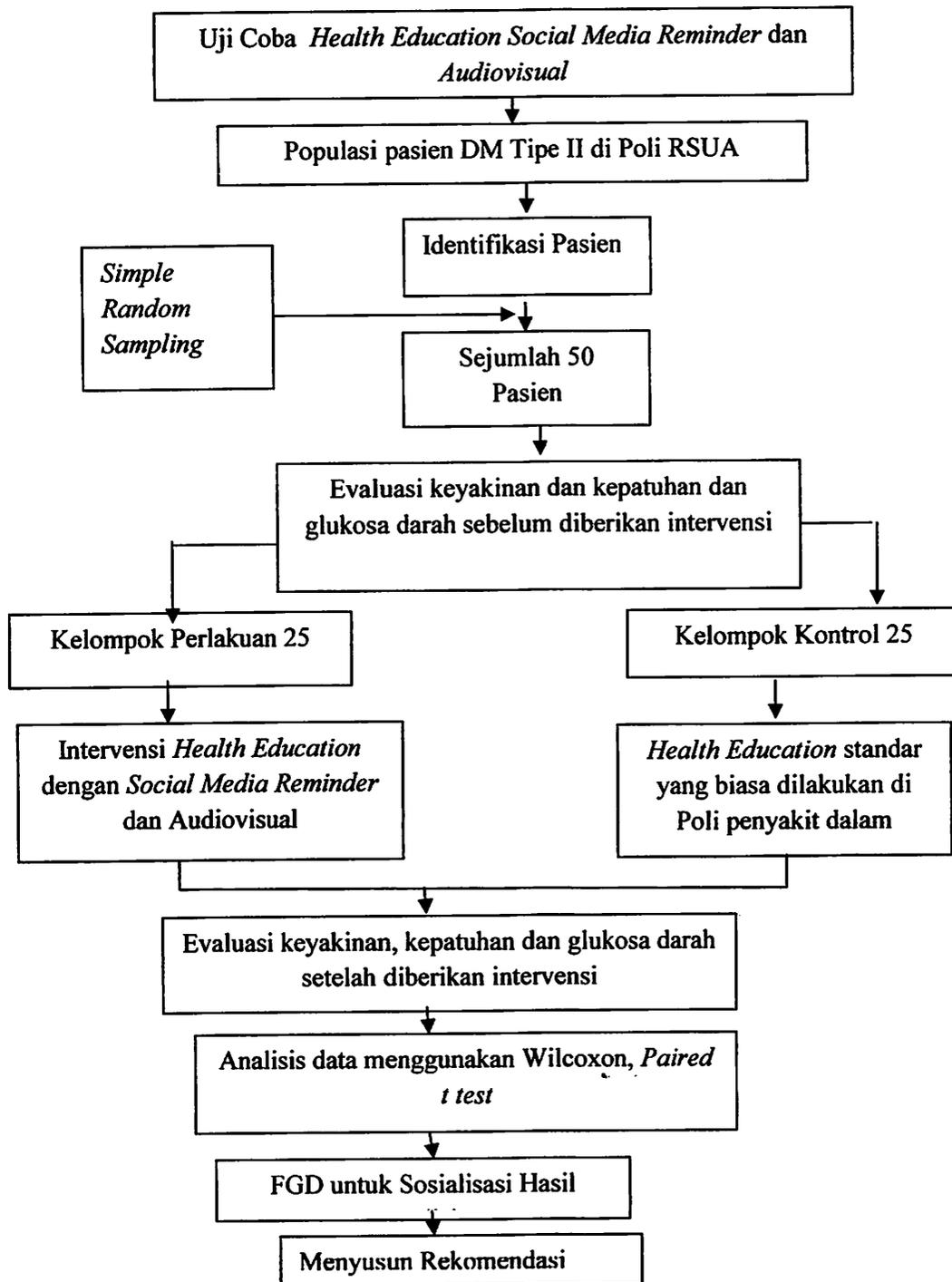
Apabila dibulatkan ke atas maka besar sampel minimal yang dibutuhkan untuk penelitian baik untuk kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol adalah 23 orang. Dengan perkiraan *drop out* 10% (2 orang), maka jumlah sampel

yang dibutuhkan adalah sejumlah 25 orang untuk masing-masing kelompok eksperimen dan control jadi besar total sampel adalah 50 orang

Kriteria pasien *Drop out*:

1. Pasien tidak mengikuti penelitian sesuai waktu yang telah ditentukan peneliti
2. Pasien meninggal

4.2.2 Kerangka Operasional



Gambar 4.2.2 Kerangka Kerja Penelitian tahap II *health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

4.2.3 Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional

a. Variabel Penelitian

a) Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual.

b) Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian adalah Kepatuhan pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

c) Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

Variabel	Sub Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	skor
<i>Health education</i> dengan <i>social media reminder</i> dan audiovisual	-	Suatu proses penyebaran informasi melalui media audiovisual dan <i>social media reminder</i> untuk meningkatkan kepatuhan pasien DM tipe 2 dalam mengikuti terapi	Audio visual <i>health education</i> yang berisi tentang terapi pasien DM tipe 2 meliputi, diet, obat dan aktivitas fisik diberikan selama 4 kali dalam sebulan waktu 30 menit. <i>Social media reminder</i> berisi tentang mengingatkan pasien dalam menjalani diet, aktivitas dan pengobatan Dilakukan sehari 3 kali waktu pagi, siang dan	SAK	-	-

Variabel	Sub Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	skor
			sore			
Kepatuhan Pasien DM Tipe 2	Kepatuhan terhadap obat pasien Dm Tipe 2	Tingkat ketaatan pasien DM dalam mengkonsumsi obat yang direkomendasikan	Kuesioner sebanyak 10 pertanyaan yang berisi tentang evaluasi kepatuhan terhadap pengobatan sesuai dengan advice dokter.	Kuisoner kepatuhan obat	Interv al	Nilai tertinggi: 10 Nilai terendah : 0
Kepatuhan diet pasien Dm tipe 2	1. Tingkat ketaatan pasien DM dalam melaksanakan diet DM yang direkomendasikan		Kuesioner sebanyak 9 pertanyaan dengan parameter : 1. <i>Carbohydrate recommendations</i> a. <i>Glycemic index recommendation</i> b. <i>Fiber recommendation</i> c. <i>Added sugar recommendation</i> 2. <i>Protein recommendations</i> 3. <i>Fat recommendations</i>	Perceived <i>Dietary Adherence Questionnaire</i> (PDAQ) (Asaad, 2015)	Interv al	Nilai tertinggi : 63 Nilai terendah : 0
Kepatuhan Aktivitas Fisik Klien DM Tipe 2	Perilaku klien untuk melakukan aktivitas fisik yang disarankan oleh kesehatan		Kuisoner berdasarkan panduan PERKENI(2015): 1. Jenis aktivitas jasmani 2. Frekuensi=3-5 kali/minggu 3. Durasi aktivitas fisik:30-45 kali per	Kuisoner	Interv al	Nilai tertinggi: 11 Nilai terendah : 0

Variabel	Sub Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	skor
	I		aktivitas			
Keyakinan		Asumsi yang dianggap benar dan kepercayaan untuk melakukan manajemen perawatan DM	Keyakinan Berdasarkan teori HBM yang meliputi 4 aspek: 1. Keyakinan terhadap kerentanan penyakit 2. Keyakinan terhadap manfaat 3. Keyakinan terhadap ancaman 4. Self Efficacy	Kuisoner	Interval	Nilai tertinggi : 10 Nilai terendah: 0
Kadar Gula Darah		Nilai pemeriksaan alat ukur gula darah dengan <i>stick-test</i> untuk gula darah	Pengukuran glukosa darah 2 jam PP dengan menggunakan <i>stick</i> .	<i>glucometer</i>	Rasio	Nilai rujukan: Gula darah 2 jam PP Normal: < 140 Hiperglikemi $\geq 200\text{mg/dl}$

4.2.4 Instrumen Penelitian Tahap II

Pada penelitian tahap kedua peneliti menggunakan instrumen berupa kuesioner.

1. Variabel kepatuhan diet menggunakan instrumen *perceived dietary adherence questionnaire* (PDAQ) dari Asaad (2015), yang terdiri dari 9 pertanyaan dengan tiga parameter tentang *carbohydrate recommendation, protein recommendations dan fiber recommendations*.
2. Instrumen tentang kepatuhan terhadap obat menggunakan kuesioner kepatuhan obat
3. Instrumen kepatuhan aktivitas memodifikasi kuesioner dari ajuran aktivitas fisik PERKENI (2015) tentang kepatuhan aktivitas fisik Pasien DM tipe 2

4. Instrumen keyakinan dibuat berdasarkan komponen HBM meliputi keyakinan terhadap tingkat keparahan, keyakinan terhadap manfaat, keyakinan terhadap ancaman dan *self-efficacy*.
5. Pengukuran glukosa darah menggunakan glukosa darah 2 jam setelah makan dengan alat GDA test (*glucometer*).

4.2.5 Validitas dan realibilitas kuisioner

Tabel 4.3 tabel validitas dan realibilitas kuisioner penelitian

No	Kuisioner	Validitas	Realibilitas
1	Kepatuhan Aktivitas fisik	Semua item pernyataan valid (>0,632)	.924
2	Kepatuhan Diet	Semua item pernyataan valid (>0,632)	.976
3	Kepatuhan Pengobatan	Semua item pernyataan valid (>0,632)	.911
4	Keyakinan	Semua item pernyataan valid (>0,632)	.946

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa semua kuisioner penelitian menunjukkan hasil yang valid setelah diuji menggunakan Uji reliabilitas dengan menggunakan rumus *alpha*, didapatkan nilai *r* hitung di atas nilai *r* tabel (> 0,632) dengan signifikansi 0,05.

4.2.6 Analisa Data

Analisa data tahap kedua penelitian ini akan dianalisis sebagai berikut:

1. Analisis Deskriptif. Analisis deskriptif disajikan untuk menjelaskan gambaran secara deskriptif dari karakteristik responden (umur, jenis kelamin dll), gambaran kepatuhan menggunakan tabel frekuensi
2. Analisis Inferensial
 - 1) Wilcoxon/ *Paired t test*, digunakan untuk menganalisis keyakinan dan kepatuhan sebelum dan sesudah pemberian *health education* dengan *social media*

reminder dan *audiovisual*, menganalisis perbedaan kadar glukosa darah sebelum dan sesudah perlakuan

2) Uji regresi linear untuk menganalisis hubungan kadar glukosa darah dengan kepatuhan diet, aktivitas dan pengobatan

4.3 Etik Penelitian

Penelitian ini telah lolos uji etik dari komite etik dan hukum RS UNAIR dengan nomor 103/KEH/2018 dan penelitian ini dilaksanakan dengan berpedoman pada masalah etik yang meliputi :

1. *Respect for human*

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Perhatian responden sangat diprioritaskan selama proses pengumpulan data. Responden yang bersedia mengikuti penelitian maka dapat menandatangani *informed consent*.

2. *Beneficence and nonmaleficence*

Peneliti mengupayakan semaksimal mungkin manfaat sebagai responden dan kerugian yang minimal, agar tujuan penelitian tercapai. Peneliti juga memperhatikan beberapa hal, yaitu : 1) meminimalkan risiko penelitian agar sebanding dengan manfaat yang diterima dalam hal ini pemberian pendidikan kesehatan dan peneliti menjamin bahwa proses pengambilan data yang dilakukan tidak menimbulkan kondisi yang berisiko bagi responden 2) desain penelitian telah dirancang sedemikian rupa dengan mematuhi persyaratan ilmiah dan berdasarkan referensi terkait, 3) peneliti memberikan kesempatan kepada

responden untuk memutuskan apakah melanjutkan dalam proses pengambilan data atau menunda.

3. *Otonomy and freedom*

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Otonomi responden sangat diprioritaskan selama proses pengumpulan data. Jika calon responden bersedia mengikuti penelitian maka dapat menandatangani *informed consent* dan tidak memaksa responden.

4. *Veracity and fidelity*

Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Kebenaran adalah dasar dalam membangun hubungan saling percaya. Peneliti akan memberikan informasi yang sebenar-benarnya tentang intervensi dan proses pelaksanaan intervensi kepada responden sehingga hubungan antara peneliti dan responden dapat terbina dengan baik dan penelitian dapat berjalan dengan baik sesuai dengan tujuan penelitian. Serta menjunjung tinggi komitmen yang telah disepakati bersama dengan responden terkait dengan proses perlakuan baik waktu pelaksanaan, jenis perlakuan, ruangan yang digunakan, durasi pelaksanaan intervensi.

5. *Confidentiality*

Aturan dalam prinsip kerahasiaan ini adalah bahwa informasi tentang responden harus dijaga privasinya. Peneliti harus bisa menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dari responden dan tidak menyampaikan kepada orang lain.

Identitas responden dibuat kode, hasil pengukuran hanya peneliti dan kolektor data yang mengetahui. Selama proses pengolahan data, analisis dan publikasi identitas responden tidak diketahui oleh orang lain. Semua data disimpan selama 5 tahun setelah itu dihancurkan.

6. *Justice*

Keterlibatan responden dalam penelitian ini berdasarkan pemilihan yang sesuai dengan kriteria inklusi dan semua responden diperlakukan sama, dan adil pada setiap tahapan penelitian. Peneliti memenuhi hak responden mendapatkan perlakuan yang sama dan adil, begitu juga yang termasuk responden intervensi maupun kontrol. Kelompok kontrol maupun kelompok intervensi mempunyai hak yang sama untuk ikut atau tidak menjadi responden penelitian tanpa adanya sangsi apapun. Setelah intervensi kepada kelompok perlakuan selesai dilakukan maka kelompok kontrol akan dilakukan intervensi yang sama seperti kelompok perlakuan.

BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini disajikan hasil penelitian dan analisis penelitian *health education* dengan pendekatan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di rumah sakit Universitas Airlangga surabaya. Penelitian dilaksanakan mulai tanggal 1 April sampai 4 Mei 2018.

Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi 1) gambaran umum lokasi penelitian; 2) hasil dan analisis penelitian pada tahap 1; 3) hasil dan analisis penelitian pada tahap 2; 4) temuan penelitian

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Universitas Airlangga merupakan salah satu rumah sakit Perguruan Tinggi Negeri di Indonesia. Salah satu tujuan dibangunnya RS. UNAIR sebagai rumah sakit pendidikan adalah untuk dapat mendukung salah satu tujuan Universitas Airlangga dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi terutama dalam bidang kesehatan. RS. UNAIR sebagai rumah sakit di dalam naungan Universitas Airlangga didirikan dalam rangka menunjang proses pendidikan mahasiswa tidak hanya pendidikan kedokteran dan kesehatan saja, melainkan seluruh bidang studi yang dapat memanfaatkan rumah sakit sebagai salah satu laboratorium dan pembelajaran akademik maupun profesi.

5.1.1 Instalasi Rawat Jalan RS. UNAIR

Rumah Sakit Unair mempunyai 23 poli spesialis. Terdiri dari: Poli penyakit dalam, Poli syaraf, Poli anak, Poli Jantung, Poli Obsgyn, Poli bedah, dan lain-lain. Ruang rawat jalan yang digunakan untuk penelitian ini adalah ruang poli penyakit dalam.

5.1.2 Gambaran pasien DM di Rumah Sakit Universitas Airlangga

Pasien DM yang datang di rumah sakit universitas airlangga dilayani di poli penyakit dalam. Rata-rata kunjungan per hari 100-130 pasien dengan 70-80% dari total pasien menderita DM. setiap pasien yang datang akan diberikan kesempatan untuk konsultasi dengan dokter untuk menderita pendidikan kesehatan dengan waktu yang terbatas. Selain itu di Rs unair dilakukan PKRS oleh tim PKRS di depan poli penyakit dalam sekali dalam sebulan.

5.2 Hasil dan Analisis Penelitian Tahap 1 di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Universitas Airlangga

5.2.1 Karakteristik Responden Tahap 1 di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Unair Mulai Februari – Maret 2018

Pada bagian ini akan diuraikan karakteristik responden pasien dm tipe 2 di rumah sakit Universitas Airlangga yang terdiri dari 100 pasien. Hasil tabulasi data responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.1 Data Demografi Responden Tahap I di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Unair Periode Bulan Februari – Maret 2018

No	Karakteristik responden wawancara	Parameter	Σ	%
1	Usia	31-35	3	3
		36-45	6	6
		46-55	35	35
		56-65	56	56
		Total	100	100
2	Jenis kelamin	Laki-laki	47	47

No	Karakteristik responden wawancara	Parameter	Σ	%
		Perempuan	53	53
		Total	100	100
3	Lama sakit	< 6 bulan	7	7
		>6 bulan	93	93
		Total	100	100
4	Pendidikan	SD	25	25
		SMP	16	16
		SMA	33	33
		Perguruan Tinggi	26	26
		Total	100	100
5	Pendapatan	< UMR	49	49
		>UMR	51	51
		Total	100	100

Tabel 5.1 menginformasikan tentang karakteristik responden tahap 1 dilihat dari segi usia, jenis kelamin, lama bekerja, pendidikan terakhir dan status kepegawaian yang mana didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden (56%) berusia 56 – 65 tahun, lebih dari separuh 53 responden berjenis kelamin perempuan (53%), hampir seluruhnya sebanyak 93 responden (93%) lama sakit > 6 bulan, lebih dari separuh 51% pendapatan responden >UMR. Sebagian besar responden (33%) mempunyai pendidikan terakhir SMA.

5.2.2 Deskripsi Variabel Penelitian Tahap 1 di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Unair Mulai Februari – Maret 2018.

1) Evaluasi Pelaksanaan *Health Education* di Rumah Sakit Unair

Hasil evaluasi pelaksanaan *Health Education* di Rumah sakit Unair dari 100 responden dengan metode wawancara didapatkan hasil sebagai berikut.

Tabel 5.3 Evaluasi Pelaksanaan *Health Education* di Poli Penyakit Dalam Rumah sakit Unair Periode Bulan Februari-Maret 2018

No	Parameter	Jawaban responden	Jumlah	%
1.	Metode penyuluhan yang digunakan	konsultasi dokter	100	100
2.	Pelaksanaan penyuluhan	baik	70	70
		Cukup	20	20
		Tidak baik	10	10
3.	Durasi/ Waktu pemberian	ditambah dan jangan terburu-buru	100	100
4.	Pemateri	Dokter	100	100
5.	Metode yang diusulkan	menarik, mudah dipahami	100	100

Berdasarkan tabel 5.3 evaluasi pelaksanaan *health education* yang sudah diterapkan di poli rawat jalan spesialis penyakit dalam Rumah sakit Unair dari 100 responden mengatakan metode penyuluhan yang digunakan selama ini adalah penyuluhan yang dilakukan oleh dokter spesialis penyakit dalam. Sebanyak 70 responden mengatakan pelaksanaan penyuluhan baik. Seluruh responden mengatakan perlu adanya tambahan waktu dalam pemberian penyuluhan agar responden memiliki pemahaman yang baik tentang DM. Seluruh responden mengusulkan untuk dibuat metode penyuluhan yang menarik, tidak membosankan dan mudah dipahami.

2) **Evaluasi Keyakinan dan Kepatuhan Pasien DM Tipe II di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Unair Mulai Februari – Maret 2018**

Evaluasi keyakinan dan kepatuhan pasien DM Tipe II di Rumah Sakit Universitas Airlangga dilakukan pada 100 responden yang datang kontrol dan berobat di Poli penyakit dalam Rumah sakit Unair. Hasil evaluasi keyakinan dan kepatuhan menggunakan kuesioner dan diuraikan pada tabel 5.2 di bawah ini

Tabel 5.2 Evaluasi keyakinan dan Kepatuhan Pasien DM Tipe 2 Di Poli Rumah Sakit Unair Periode Bulan Februari-Maret 2018

No	Variabel	Kategori	Jumlah (f)	%
1.	Kepatuhan aktivitas	Rendah	19	19
		Sedang	66	66
		Tinggi	15	15
2.	Kepatuhan Diit	Rendah	15	15
		Sedang	71	71
		Tinggi	14	14
3.	Kepatuhan Pengobatan	Rendah	22	22
		Sedang	58	58
		Tinggi	20	20
4	Keyakinan	Yakin	63	63
		Tidak yakin	27	27

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan data evaluasi Kepatuhan aktivitas fisik dari 100 responden sebagian besar (66%) berada di tingkat kepatuhan sedang dengan mean 5.8 dan SD=2.352733. Kepatuhan diit sebagian besar (71%) berada pada kategori sedang, dengan nilai mean 38.59 dan SD=7.167681. Kepatuhan pengobatan sebagian besar (58%) berada pada kategori sedang dengan nilai mean 7.03. dan SD= 2.619488. keyakinan responden sebagian besar memiliki kategori yakin dengan mean 6,95.

5.2.3 Penyusunan *health education* dengan *social media reminder* dan *audio visual* di poli penyakit dalam Rumah Sakit Universitas Airlangga.

Berdasarkan hasil evaluasi keyakinan dan kepatuhan pasien DM Tipe 2 di RS Unair terhadap pelaksanaan *health education* selama ini didapatkan beberapa isu strategis yang akan dibahas didalam FGD. Kegiatan FGD dilaksanakan dengan tujuan untuk menambah informasi bagi peneliti dalam penyusunan *health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual*. Kegiatan FGD dihadiri 7 orang yang terdiri atas dokter spesialis penyakit dalam, perawat poli penyakit dalam, ahli gizi, koordinator rawat jalan, tim PKRS, ahli IT

dan kepala ruang poli yang dilaksanakan pada tanggal 15 Februari 2018 di Ruang Pendidikan lantai 4 Rumah Sakit Unair. Hasil dari kegiatan FGD terlihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Hasil FGD tentang Pelaksanaan *Health Education* Di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Universitas Airlangga

No	Isu Strategis	Penyebab	Hasil FGD	Telaah Peneliti
1	Penyuluhan dari dokter terlalu cepat	Keterbatasan waktu	1. Perlu dibuatkan media yang dapat membuat pasien mengerti terkait kepatuhan aktivitas, diet dan pengobatan pasien DM tipe 2	Membuat <i>health education</i> melibatkan multidisiplin ilmu
2.	Media penyuluhan hanya tulisan/leaflet saja	Pemanfaatan media penyuluhan RS Unair yang masih belum optimal sehingga pasien merasa kurang tertarik dengan edukasi tersebut	1. Perlu pembuatan media edukasi yang menarik sehingga pasien dapat mengerti tentang aktivitas, diet dan pengobatan pasien DM tipe 2	Membuat media <i>audiovisual</i> untuk <i>health education</i> pada pasien
3.	Pada kuisioner keyakinan 50 % pasien menyatakan tidak dapat mengikuti tata laksana diet, aktivitas dan pengobatan yang telah diberikan	sering lupa dengan tata laksana tersebut karena tidak ada yang mengingatkan	Perlu pembuatan reminder khusus untuk pasien	Membuat grup <i>social media reminder</i> untuk mengingatkan pasien dalam aktivitas, diet dan pengobatan
4	Pada kuisioner aktivitas fisik hanya 22 orang yang membawa makanan manis saat keluar rumah	Pasien sering lupa membawa makanan manis tersebut	Perlu pemberian <i>health education</i> dan <i>reminder</i> untuk aktivitas tersebut	Membuat <i>health education</i> yang menarik seperti <i>audiovisual</i> dan <i>social media reminder</i> tentang aktivitas tersebut
5	Pada kuisioner diet	Pasien sering lupa	Perlu pemberian <i>health education</i> dan <i>reminder</i>	Membuat <i>health education</i> yang

	hanya 30 pasien yang selalu makan tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditentukan dalam seminggu terakhir	dan malas makan	untuk hal tersebut	menarik (<i>audiovisual</i>) dan <i>social media reminder</i> (tentang 3 J)
6	Pada kuisioner pengobatan 63 pasien tidak membawa obatnya saat perjalanan ke luar kota Dan 48 pasien berhenti minum obat saat kondisi membaik	Pasien sering lupa dan tidak mematuhi anjuran dokter dalam menggunakan obat yang sudah diadvikan	Perlu pemberian <i>health education</i> dan <i>reminder</i> untuk hal tersebut	Perlu pemberian <i>health education</i> yang menarik(<i>audiovisual</i>) dan <i>reminder</i> agar pasien mematuhi pengobatannya

Rekomendasi dari FGD tentang bentuk *Health Education* yang akan diaplikasikan

di ruang rawat jalan penyakit dalam RS. UNAIR yaitu :

1. *Health education* dibuat terintegrasi multiprofesi dari para pemberi asuhan yaitu dokter spesialis penyakit dalam, ahli gizi, perawat poli penyakit dalam dengan berpedoman pada standar PERKENI(2015) dan hasil FGD yang telah dilakukan dengan para ahli sesuai dengan kebutuhan pasien DM tipe 2 di poli penyakit dalam rumah sakit Universitas Airlangga
2. *Health education* dengan *social media* disusun berdasarkan kebutuhan pasien DM Tipe II dalam melaksanakan manajemen perawatan DM yaitu aktivitas fisik dan kepatuhan diet pada pasien DM tipe II.

3. *Health education* yang akan di implementasikan dibuat semenarik mungkin dan mudah dipahami bagi pasien DM.

Hasil diskusi dengan pakar ini akan digunakan untuk membuat *health education* dengan pendekatan *social media reminder* dan audiovisual. *Health education* ini digunakan untuk tahap uji coba pada penelitian tahap II.

5.3 Hasil dan Analisis Penelitian Tahap II di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Universitas Airlangga Periode Bulan April-Mei 2018

5.3.1 Karakteristik Responden Penelitian Tahap II di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Universitas Airlangga Periode Bulan April-Mei 2018

Pada bagian ini diuraikan karakteristik 50 responden berdasarkan usia, jenis kelamin, lama sakit, pendapatan, pendidikan terakhir dan dukungan. Responden dibagi menjadi dua kelompok, yaitu 25 Kelompok perlakuan dan 25 Kelompok kontrol. Responden pada tahap ini adalah pasien DM Tipe II di Instalansi Rawat Jalan (IRJA) rumah sakit Universitas Airlangga sesuai kriteria inklusi.

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Penelitian Tahap 2 Periode Bulan April Sampai Mei 2018

No	Keterangan	Perlakuan		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Jenis Kelamin				
	Laki-Laki	11	44	11	44
	Perempuan	14	56	14	56
	Total	25	100	25	100
2.	Umur				
	≤ 35	0	0	0	0
	36-45	0	0	1	4
	46-55	15	60	12	48
	56-65	10	40	12	48
4.	Lama Menderita				
	> 6 bulan	24	96	23	92
	< 6bulan	1	4	2	8
	Total	25	100	25	100
5.	Pendidikan				

No	Keterangan	Perlakuan		Kontrol	
		Jumlah	%	Jumlah	%
	SD	3	12	6	24
	SMP	1	4	5	20
	SMA	14	56	7	28
	PT	7	28	7	28
	Total	25	100	25	100
6.	Pendapatan				
	< UMR	8	32	10	40
	> UMR	17	68	15	60
	Total	25	100	25	100

Tabel di atas menjelaskan bahwa sebagian besar (56%) responden pada kelompok perlakuan dan kontrol berjenis kelamin perempuan. Umur pasien pada kelompok perlakuan 60% berumur 46-55 tahun sedangkan pada kelompok kontrol 48% berumur 46-55 tahun. Lama menderita responden pada kelompok perlakuan sebagian besar (96%) menderita penyakit DM tipe 2 selama > 6 bulan sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar (92%) menderita penyakit DM tipe 2 selama > 6 bulan. Pendidikan responden pada kelompok perlakuan separuh lebih (56%) berpendidikan SMA sedangkan pada kelompok kontrol 28% berpendidikan SMA. Sedangkan pendapatan responden pada kelompok perlakuan 68% memiliki penghasilan >UMR dan pada kelompok kontrol 60% memiliki penghasilan >UMR.

5.3.2 Hasil uji homogenitas data karakteristik responden

Tabel 5.6 tabel hasil uji homogenitas data karakteristik responden

No	Karakteristik	Nilai p value	Keterangan
1	Jenis kelamin	1,000	Data homogen
2	Umur	0,813	Data homogen
3	Lama menderita	1,000	Data homogen
4	Pendidikan	0,098	Data homogen
5	Pendapatan	0,769	Data homogen

Berdasarkan tabel di atas nilai homogenitas karakteristik antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol diukur menggunakan uji *Fisher* dan memiliki

nilai $p > 0,05$ yang artinya bahwa data antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol bersifat homogen.

5.3.3 Data Variabel Keyakinan, Kepatuhan Aktivitas fisik, Diet dan Pengobatan dan Glukosa darah kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Tabel 5.7 Nilai glukosa darah dan keyakinan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Variabel	Kelompok	Pre test (median \pm SD)	Min-maks	Post test (median \pm SD)	Min- maks	p
Glukosa Darah	Perlakuan	205 \pm 70,13	115-403	182 \pm 51,39	93-292	0,000
	kontrol	181 \pm 47,60	116-300	201 \pm 44,78	124-305	0,007
Keyakina n	Perlakuan	7 \pm 1,37	4-9	9 \pm 0,68	8-10	0,000
	kontrol	7 \pm 1,35	4-9	6 \pm 1,08	5-9	0,027

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa glukosa darah setelah dilakukan uji analisis data dengan uji *paired samples test* (α 0,05) pada kelompok kontrol diperoleh nilai p 0,007 , maka nilai $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh intervensi standar RS terhadap glukosa darah. Pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisis dengan menggunakan uji *wilcoxon* (α 0,05) diperoleh nilai p 0,000 yang artinya terdapat pengaruh *health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* pada nilai kadar glukosa darah.

Table 5.7 juga menunjukkan bahwa keyakinan setelah dilakukan uji analisis data dengan uji *wilcoxon* (α 0,05) pada kelompok kontrol diperoleh nilai p 0,027 , maka nilai $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh intervensi standar RS terhadap keyakinan. Pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisis dengan menggunakan uji *wilcoxon* (α 0,05) diperoleh nilai p 0,000 yang artinya terdapat pengaruh *health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* pada keyakinan.

Tabel 5.8 Variabel Kepatuhan Aktivitas Fisik ,Diit Dan Pengobatan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Variabel	Kelompok	Pre test (median±SD)	Min-maks	Post test (median±SD)	Min- maks	p
Kepatuhan aktivitas fisik	Perlakuan	6±2,31	1-9	9±0,89	8-11	0,000
	kontrol	7±1,35	4-9	6±1,08	4-10	0,064
Kepatuhan diit	Perlakuan	36±7,26	22-54	44±5,97	34-57	0,000
	kontrol	34±4,38	19-39	34±5,35	19-43	0,190
Kepatuhan pengobatan	Perlakuan	6±2,03	1-8	8±0,99	6-10	0,000
	kontrol	7±1,98	3-10	6±1,66	2-9	0,004

Table 5.8 juga menunjukkan bahwa kepatuhan aktivitas fisik setelah dilakukan uji analisis data dengan uji *wilcoxon* (α 0,05) pada kelompok kontrol diperoleh nilai p 0,064 , maka nilai $p \geq 0,05$ yang artinya tidak terdapat pengaruh intervensi standar RS terhadap kepatuhan aktivitas fisik. Pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisis dengan menggunakan uji *wilcoxon* (α 0,05) diperoleh nilai p 0,000 yang artinya terdapat pengaruh *health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* pada kepatuhan aktivitas fisik.

Table 5.8 juga menunjukkan bahwa kepatuhan diit setelah dilakukan uji analisis data dengan uji *wilcoxon* (α 0,05) pada kelompok kontrol diperoleh nilai p 0,190 , maka nilai $p \geq 0,05$ yang artinya tidak terdapat pengaruh intervensi standar RS terhadap kepatuhan diit. Pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisis dengan menggunakan uji *paired sample test* (α 0,05) diperoleh nilai p 0,000 yang artinya terdapat pengaruh *health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* pada kepatuhan diit.

Table 5.8 juga menunjukkan bahwa kepatuhan pengobatan setelah dilakukan uji analisis data dengan uji *wilcoxon* (α 0,05) pada kelompok kontrol diperoleh

nilai $p < 0,004$, maka nilai $p \leq 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh intervensi standar RS terhadap kepatuhan pengobatan. Pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji analisis dengan menggunakan uji *wilcoxon* ($\alpha 0,05$) diperoleh nilai $p < 0,000$ yang artinya terdapat pengaruh *health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* pada kepatuhan pengobatan.

5.3.5 Hubungan Kepatuhan dan Kadar Glukosa Darah

Tabel 5.9 Hubungan kepatuhan dan kadar glukosa darah

No	Variabel	Mean	Standar Deviasi	Sig	Ket
1.	Glukosa	196.06	48.979		
2.	Aktivitas	7.36	2.328	.438	Tidak Signifikan
3.	Diet	39.24	8.438	.375	Tidak Signifikan
4.	Pengobatan	6.74	1.915	.079	Tidak Signifikan

Berdasarkan tabel 5.10 didapatkan data hubungan antara kepatuhan dengan glukosa darah. Berdasarkan uji *statistic regresi linier* didapatkan nilai signifikansi 0.438 untuk hubungan variabel glukosa darah dan aktivitas yang berarti tidak ada hubungan. Variabel glukosa darah dengan kepatuhan diit dengan nilai signifikansi 0.375 yang berarti tidak berhubungan. Variabel glukosa darah dan kepatuhan pengobatan dengan nilai signifikansi 0.079 yang berarti tidak ada hubungan.

5.3.6 Sosialisasi Hasil Uji Coba *Health Education Social Media Reminder* dan *Audiovisual*.

Sosialisasi Hasil Uji Coba *Health Education Social Media Reminder* dan *Audiovisual* dilaksanakan pada tanggal 11 Mei 2017 di Ruang pendidikan Lt.4 RS. UNAIR pukul 13.00 Kegiatan sosialisasi ini diikuti oleh kepala ruangan rawat jalan, perawat poli spesialis penyakit dalam, dokter penyakit dalam, tim PKRS,

ahli gizi rumah sakit Unair. Berdasarkan hasil uji coba kepada 50 responden yang terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu 25 kelompok perlakuan yang diberikan *health education social media reminder* dan audiovisual, dan 25 kelompok perlakuan yang mendapatkan *health education* standar yang biasa dilakukan di poli didapatkan hasil ada perbedaan kepatuhan dan nilai kadar glukosa darah pada kedua kelompok. Peningkatan kepatuhan tentang manajemen perawatan DM serta penurunan nilai kadar glukosa darah terjadi pada kelompok Perlakuan. Hasil evaluasi tentang *health education social reminder* dan *Audiovisual* hampir seluruh responden mengatakan puas dengan intervensi baru yang diterapkan. Ada beberapa pasien diluar kelompok kontrol dan perlakuan meminta untuk dimasukkan kedalam grup karena telah mendapatkan informasi dari beberapa responden kelompok perlakuan bahwa mereka mendapatkan banyak penjelasan tentang manajemen DM dan selalu diingatkan untuk mematuhi tentang aktivitas, diet dan jadwal minum obat

Secara struktur peneliti membutuhkan waktu 2 hari untuk berkoordinasi dengan Tim PKRS Rumah Sakit Unair, dokter spesialis Penyakit Dalam, serta perawat Poli Penyakit dalam dalam hal persiapan, undangan dan sarana prasarana. Secara proses, peneliti menyampaikan materi sesuai dengan Satuan Acara Kegiatan yang telah dibuat, para peserta mendengarkan materi dengan baik dan proses diskusi tanya jawab berlangsung dengan baik. Secara hasil, peserta sangat kooperatif dan antusias dalam kegiatan sosialisasi ini dan mengikuti sosialisasi dari awal hingga akhir.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Evaluasi *Health Education* pada Pasien DM Tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga

Pelaksanaan *health education* yang selama ini diterapkan di poli spesialis penyakit dalam yaitu pemberian informasi dengan metode penyuluhan secara individu dengan dokter. Pelaksanaan penyuluhan menurut responden sudah cukup baik tetapi perlu ditingkatkan lagi agar pasien bisa memahami informasi yang disampaikan dalam hal memberikan contoh-contoh kongkrit, penggunaan bahasa yang mudah dimengerti dan media dalam penyuluhan dibuat semenarik mungkin, serta waktu yang agak lama.

Seluruh responden mengatakan bahwa waktu penyampaian informasi oleh dokter sangat singkat dan tidak menyeluruh serta metode yang digunakan kurang menarik. Menurut Notoatmodjo (2010) kelebihan metode penyuluhan secara individu adalah adanya partisipasi aktif dari individu. Umpan balik dapat diperoleh secara langsung dari pemberi informasi dan juga penerima. Topik pembahasan langsung ke permasalahan spesifik yang dihadapi individu. Seseorang akan merasa diperhatikan sehingga akan memunculkan motivasi yang tinggi. Sedangkan kekurangannya adalah sasaran target sangat sempit. Membutuhkan waktu yang lebih lama. Memungkinkan adanya rasa kecemburuan dari pasien yang lain. Umpan balik dari penerima pesan kurang lengkap, karena hanya dari satu orang saja.

Topik penyuluhan bukan merupakan pemecahan masalah bersama, akan tetapi lebih ke masalah individu hal ini sesuai dengan pelaksanaan penyuluhan yang selama ini diterapkan di poli penyakit dalam rumah sakit UNAIR dimana cara penyampaiannya secara langsung dari dokter ke pasien, memudahkan penerimaan informasi, selain itu pasien juga bisa lebih terbuka menyampaikan keluhan-keluhan atau permasalahan yang dihadapi selama mengikuti perawatan manajemen DM, karena lebih bersifat konseling. Akan tetapi pada kenyataannya metode seperti ini mempunyai banyak kelemahan saat diterapkan di poli penyakit dalam, mengingat perbandingan jumlah pasien dan dokter yang masih kurang.

Banyaknya pasien yang melakukan kunjungan menyebabkan dalam penyampaian informasi dilakukan oleh dokter secara singkat tanpa memperhatikan apakah pasien sudah memahami informasi yang sudah disampaikan. Selain itu karakteristik pasien juga berbeda-beda, hal ini menyebabkan respon dokter atau tenaga kesehatan dalam penyampaian. Ketika pasien tidak banyak bertanya, maka dokter tidak akan menjelaskan kembali terkait manajemen perawatan DM dengan anggapan pasien sudah mengerti.

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk membawa perubahan perilaku pada individu, kelompok, dan populasi yang lebih besar dari perilaku yang dianggap merugikan untuk kesehatan, terhadap perilaku yang kondusif bagi kesehatan masa kini dan masa depan (Glanz, et al, 2008). Hal ini berarti bahwa setelah diberikan pendidikan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan serta meningkatkan kesehatan individu, kelompok, keluarga dan juga masyarakat (Dermawan & Setiawati, 2008). Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan

mekanisme dan interaksi yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar. Dalam proses tersebut diperlukan interaksi antara subjek belajar sebagai pusatnya dan pengajar (petugas kesehatan) dalam penelitian ini adalah dokter spesialis penyakit dalam dan tim PKRS rumah sakit, metode pengajaran, alat bantu belajar dan materi pelajaran. Proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh materi atau bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan baik perangkat lunak maupun perangkat keras, dan subjek belajar, yaitu individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat serta tenaga kesehatan atau perawat.

Media pembelajaran merupakan salah satu faktor penting yang bisa berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat luas. Kemampuan seseorang untuk mengingat informasi yang penting akan meningkat lebih tinggi bila seseorang mempelajari lewat metode tertulis (membaca tulisan), sebab dengan membaca tulisan seseorang untuk mengingat sebesar 72% (Windiana 2012). Faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah pendidikan, dapat dilihat dari tingkat pendidikan pasien, sebagian besar pasien berpendidikan SD dan SMA. Hal ini sesuai dengan penelitian Kurniawati (2011) tingkat pendidikan dapat mempengaruhi motivasi belajar atau keingintahuan seseorang terhadap sesuatu.

Menurut Notoatmodjo (2007), pemberian penyuluhan kesehatan dalam upaya meningkatkan pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan alat bantu promosi kesehatan berupa alat bantu lihat (*visual aids*), alat bantu dengar (*audio aids*) dan alat bantu lihat dengar (*audiovisual aids*). Berdasarkan penelitian oleh

Yusyaf (2011), didapatkan bahwa efektif menggunakan alat bantu lihat (*visual aids*) berupa lembar balik terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang demam berdarah.

Hasil penelitian ini media informasi dari responden mengenai manajemen perawatan DM Tipe II dapat dinyatakan kurang, sesuai dengan pernyataan responden bahwa waktu penyampaian informasi kurang, dan terlalu cepat sehingga pasien belum bisa menangkap informasi yang diberikan dengan baik. Hal ini sesuai dengan hasil dalam penelitian ini dimana responden mengatakan bahwa metode yang diterapkan kurang menarik, dalam penyampaian juga waktunya singkat sehingga proses transfer ilmu yang dilakukan kurang begitu maksimal. Selain itu usia juga mempengaruhi mudah tidaknya materi itu bisa diterima oleh seorang individu. Sebagian besar usia responden pada penelitian ini berada pada rentang 56-65 tahun, dimana pada rentang usia ini sudah terjadi banyak penurunan fungsi konsentrasi dan penurunan kemampuan dalam hal mengingat, sehingga responden membutuhkan waktu yang agak lama untuk bisa dan memahami informasi yang diberikan. Selain itu selama ini pendidikan kesehatan hanya dilakukan secara lisan saja ditengah proses pemeriksaan, sehingga waktunya sedikit. Banyaknya jumlah pasien yang periksa juga mempengaruhi dokter ketika memberikan pendidikan kesehatan, karena keterbatasan waktu. Hal inilah yang menyebabkan pasien DM kurang bisa menerima, mengingat dan mengikuti apa yang sudah disampaikan oleh dokter atau tenaga kesehatan

6.2 Keyakinan dan Kepatuhan Pasien DM Tipe II

Hasil evaluasi keyakinan, serta kepatuhan diit, kepatuhan aktivitas, dan kepatuhan pengobatan saat diberikan *Health Education* standar rumah sakit didapatkan hasil bahwa sebagian besar keyakinan pasien berada pada tingkat yakin. Kepatuhan diit, kepatuhan aktivitas dan kepatuhan pengobatan dalam tingkat sedang.

Kepercayaan sebagai bagian terpenting dari keberhasilan seseorang untuk melakukan manajemen diri dalam membentuk perilaku seseorang dan pola kebutuhan klien (Ryan, 2009). Peningkatan pengetahuan terkait dengan peningkatan perilaku manajemen diri. (Ryan, 2009) Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa meningkatkan pengetahuan melalui edukasi dapat meningkatkan keyakinan dan manajemen perilaku perawatan pada penderita DM tipe 2 (Rondhianto, 2011). Kepercayaan sebagai bagian terpenting dari keberhasilan seseorang untuk melakukan management diri dalam membentuk perilaku seseorang dan pola kebutuhan klien (Souza, 2013). Keyakinan yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai suatu tujuan tertentu dan akan memunculkan hasil yang nyata, namun hal ini harus didukung dengan tujuan yang jelas (Ayele, 2012). Perlu keyakinan tinggi agar dapat merubah gaya hidup tersebut sebelum dimungkinkan melalui perubahan. Dengan demikian agar perubahan perilaku berhasil, individu harus merasa terancam oleh faktor perilaku saat ini yang sedang dijalani dan yakin bahwa perubahan tertentu akan lebih baik.

Kepercayaan merupakan komponen yang mendasari pelaksanaan *self management* individu dan keluarga, karena kepercayaan memberikan dampak

pada perilaku yang lebih spesifik yaitu *self efficacy*. Kepercayaan pasien yang baik dapat meningkatkan keyakinan seseorang, penderita DM merasakan adanya resiko atau bahaya yang bisa terjadi dengan penyakitnya. Sehingga hal ini yang akan membuat tingkat kepatuhan tinggi, sebaliknya kepercayaan yang kurang, akan menyebabkan seseorang tidak mempunyai keyakinan untuk melakukan suatu tindakan dalam hal ini manajemen perawatan DM, sehingga tingkat kepatuhan rendah. Tindakan yang didasari oleh kepercayaan akan bertahan lebih lama dari pada yang tidak didasari kepercayaan.

Penelitian Santi, dkk (2014) yang menjelaskan ada hubungan antara efikasi diri dengan kepatuhan pasien DM tipe 2 di RS Jogja . Responden dengan efikasi diri baik memiliki peluang 8,9 kali patuh dibanding yang mempunyai efikasi diri kurang baik. Menurut Bandura (2006), efikasi diri menggambarkan keyakinan seseorang mengenai kemampuan diri dalam mengorganisir dan bertindak guna mencapai efek atau dampak yang dihasilkan dari perilakunya. Melalui efikasi diri yang baik, pasien DM yakin dapat melakukan perilaku kepatuhan diet, kepatuhan aktivitas dan kepatuhan pengobatan dan diabetisi mengakui bahwa kepatuhan DM memiliki dampak positif bagi status kesehatan.

Menurut Bandura (1998), efikasi diri dapat dikembangkan melalui empat cara. Cara pertama adalah dengan penguasaan (*mastery experiences*). Efikasi diri yang baik akan terbangun jika pasien DM terus menerus melakukan perilaku diet DM hingga kepatuhan terwujud dan efikasi diri meningkat. Cara kedua dalam mengembangkan efikasi diri adalah melalui model sosial. Bandura (1998) berpendapat jika seorang melihat orang lain yang mirip dirinya mampu

menjalankan suatu tugas dengan baik, maka orang tersebut dapat belajar untuk yakin bahwa dirinya sendiri juga akan berhasil. Dalam penelitian ini responden belum melakukan cara model sosial ini. Hal tersebut terlihat dari belum ada keikutsertaan para responden dalam komunitas PERSADIA Surabaya. Hal ini juga didukung dengan belum aktif dan berjalannya komunitas PERSADIA Rumah Sakit Unair. Kelebihan ikut dalam komunitas tersebut adalah perkumpulan pasien DM dapat membangun rasa mampu dan keyakinan diri bahwa semua pasien DM mampu menjalankan tata laksana diet DM dengan baik. Usaha ketiga dalam mengembangkan efikasi diri pasien DM adalah dengan cara persuasi. Pasien DM yang dipersuasi bahwa dirinya mampu menjalankan diet DM akan memiliki usaha lebih keras dibanding yang ragu dan tidak mendapatkan ajakan untuk terus berperilaku sehat.

Menurut teori HBM, perilaku kepatuhan seseorang tergantung pada dua keyakinan atau dua penilaian kesehatan (Glanz dkk, 2008), yaitu ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka, serta keuntungan dan kerugian (*benefits and cost*). Seorang pasien DM akan membangun pengalaman-pengalaman tersendiri mengenai penyakitnya, pada aspek emosional dan kognitif. Aspek tersebut yang akan menjadi pertimbangan bagi pasien DM untuk menentukan strategi coping yang ia gunakan dalam mengelola permasalahannya (Coelho, dkk, 2003). Menurut Kozier (2010), faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah keyakinan pasien terhadap regimen terapi yang diberikan. Responden yang tidak mampu mengendalikan stres akan memiliki penilaian yang buruk tentang kepatuhan yang harus dijalani dalam manajemen perawatan pasien DM tipe II. Hal ini sesuai

dengan beberapa jawaban responden yang menganggap bahwa kepatuhan yang harus dijalani menjadi beban dalam kehidupannya. Responden merasa aturan itu menjadi sebuah siksaan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Bandura yang menyatakan bahwa *Problem focus coping* (PFC) menjadi strategi koping yang efektif untuk mengurangi stressor tersebut. Diabetisi yang mampu mengendalikan stres memiliki penilaian bahwa kepatuhan diet, kepatuhan aktivitas dan pengobatan bukan lagi suatu ancaman, dan cenderung menjalankan diet, aktivitas dan pengobatan secara patuh. Perlu keyakinan tinggi agar dapat merubah gaya hidup tersebut sebelum dimungkinkan melalui perubahan. Dengan demikian agar perubahan perilaku berhasil, individu harus merasa terancam oleh faktor perilaku saat ini yang sedang dijalani dan yakin bahwa perubahan tertentu akan lebih.

6.3 Penyusunan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual

Penyusunan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual untuk pasien DM tipe 2 dilakukan dengan cara menemukan isu strategis untuk dilakukan sebuah FGD dengan pakar di rumah sakit yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu. Isu strategis ini didapatkan dari wawancara dengan pasien tentang pendidikan kesehatan yang diberikan selama ini dan data kuisioner pasien tentang keyakinan, kepatuhan aktivitas fisik, diet dan pengobatan.

FGD adalah suatu metode riset yang oleh Irwanto (1988:1) didefinisikan sebagai “suatu proses pengumpulan informasi mengenai suatu permasalahan tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok”. Penelitian Brown, dkk (2017) menggunakan proses wawancara dan *focus grup discussion* untuk

mendapatkan permasalahan yang dihadapi selama proses pemberian pendidikan kesehatan untuk pemberian PVC (*pneumococcal polysaccharide vaccination*). Hal ini efektif untuk meningkatkan penerimaan pasien dalam pemberian pendidikan kesehatan tersebut sehingga diharapkan dapat meningkatkan rata-rata penggunaan PVC.

Setelah dilakukan FGD dengan pakar di RS maka didapatkan sebuah rekomendasi yang dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan kepatuhan pasien DM tipe 2 di rumah sakit UNAIR dengan menggunakan media yang menarik dan sebagai pengingat pasien dalam melakukan tata laksana diet, aktivitas fisik dan pengobatan pada pasien DM tipe 2. Media yang direkomendasikan adalah media audiovisual dan *social media reminder* yang melibatkan peran serta dari berbagai multidisiplin ilmu yang ada di rumah sakit.

6.4 Pengaruh *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap keyakinan, kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

Keyakinan responden kelompok perlakuan penelitian ini setelah pemberian *health education* dengan audiovisual dan *social media reminder* menunjukkan peningkatan. Pada kuisioner keyakinan terdapat pertanyaan tentang *self efficacy*. Terdapat 7 responden yang memiliki *self efficacy* yang tidak baik menjadi baik setelah diberikan intervensi. Responden tersebut sebelum diberikan merasa tidak yakin dapat merubah pola makan aktivitas fisik dan mematuhi pengobatan agar glukosa darah menjadi normal dan merasa tidak yakin mengatasi segala hambatan yang mempengaruhi tata laksana yang telah dianjurkan. Setelah diberikan intervensi berupa *health education* dengan audiovisual dan *social media reminder*

pasien merasa yakin dapat mengatasi segala hambatan dan merasa yakin dapat melakukan tata laksana yang telah dianjurkan oleh tenaga kesehatan.

Septalia (2010) menyatakan bahwa penyuluhan kesehatan adalah pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan atau menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu, dan mengerti tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Penyuluhan dalam bidang kesehatan biasanya dilakukan dengan cara pendidikan kesehatan. Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa dengan health education dan akses media social mempengaruhi peningkatan sikap pada remaja putrid menjadi lebih baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Walgito (2003) menjelaskan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi sikap seseorang. Salah satunya adalah pengetahuan, pengetahuan dapat diperoleh melalui *health education*. Dalam penelitian ini, *health education* yang diberikan responden dapat merubah sikap dari belum paham menjadi paham.

Perubahan sikap kearah yang lebih baik menyebabkan seseorang yang mempunyai *self-efficacy* yang kuat. Hal inilah yang akan menyebabkan seseorang untuk menetapkan tujuan dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, bila seseorang yang memiliki *self-efficacy* yang lemah maka lemah pula tujuannya, sehingga terjadi ketidakpatuhan terhadap perawatan dirinya (Kott, 2008 dalam Ariani, 2011). *Self-efficacy* pada pasien DM meningkatkan motivasi dan dapat mendorong pasien untuk melakukan perilaku yang dapat mendukung kesehatannya seperti diet, kontrol glukosa, dan perawatan DM. Dijelaskan juga oleh Bastable S.B (2000) bahwa mewujudkan sikap menjadi perbuatan yang nyata

diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan. Faktor yang mendukung tersebut adalah faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, keyakinan, persepsi), faktor pendukung (akses pada pelayanan kesehatan, keterampilan dan adanya referensi) dan faktor pendorong terwujud dalam bentuk dukungan keluarga, tetangga, dan tokoh masyarakat.

Kepatuhan pasien DM tipe 2 kelompok perlakuan mengalami peningkatan kepatuhan diet yang signifikan setelah diberikan intervensi *health education* dengan audiovisual dan *social media reminder*. Terdapat 7 pasien yang makan tepat waktu sesuai waktu yang dianjurkan dalam pendidikan kesehatan yang diberikan dalam seminggu terakhir. Hal ini menunjukkan bahwa responden dapat memahami pentingnya makan sesuai jadwal yang telah dianjurkan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Herlena dan Widiyaningsih (2013) yang menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet sehingga pemberian informasi yang mendalam tentang Diabetes mellitus sangat penting untuk dilakukan agar pengetahuan responden meningkat.

Hampir seluruh responden mengalami kenaikan nilai kepatuhan fisik setelah diberikan *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual. Pendidikan kesehatan adalah pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan bagi pasien Diabetes mellitus yang bertujuan menunjang perubahan perilaku sehingga tercapai kualitas hidup yang lebih baik. Dengan adanya perubahan perilaku yang dilakukan oleh pasien secara terus menerus dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam merawat kesehatannya (Waspadji,

2009). Hasil penelitian ini didukung oleh Hokkam (2009), bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan secara terus-menerus dapat berkontribusi terhadap keberhasilan pasien dalam melakukan perawatan kaki.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Desalu (2011), bahwa pengetahuan yang baik memiliki praktik perawatan kaki yang baik. Klien Diabetes mellitus tipe II yang berpengetahuan baik memiliki peluang praktik perawatan kaki yang baik dibandingkan dengan klien diabetes mellitus tipe II yang berpengetahuan kurang. Seseorang yang berpengetahuan yang baik memiliki perawatan yang baik pula dimana kebiasaan terbentuk oleh pengetahuan yang dimiliki terutama kebiasaan baik tentang cara perawatan kaki.

Seluruh responden mengalami kenaikan skor setelah diberikan *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual. Terdapat 7 responden yang awalnya sering lupa pada jadwal meminum obat anti diabetes menjadi ingat dan lebih patuh terhadap jadwal pemberian obat diabetes di rumah. Hasil ini selaras dengan penelitian vervloet, dkk (2012) bahwa *sms reminder* memiliki pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan pasien DM tipe 2. Penelitian Tuong, Larsen and Armstrong (2014) menyebutkan intervensi pendidikan kesehatan dengan video dapat efektif merubah perilaku. intervensi pendidikan kesehatan dengan video efektif dalam pemeriksaan payudara sendiri, screening kanker prostat, kepatuhan penggunaan pelindung sinar matahari, perawatan diri pada pasien dengan gagal jantung, tes HIV, kepatuhan pengobatan, dan penggunaan kondom wanita.

Hampir seluruh responden mengalami penurunan glukosa darah setelah makan. Hanya 1 responden mengalami glukosa darah yang tetap sebelum dan sesudah diberikan *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual

Menurut PERKENI (2015) pendidikan kesehatan merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan Diabetes mellitus. Target akhir dari pendidikan kesehatan tersebut adalah merubah pengetahuan dan sikap pasien Diabetes mellitus. Salah satu anjuran dari PERKENI adalah pendidikan kesehatan dengan menggunakan media audiovisual. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sri Anani (2012) yang menjelaskan bahwa perilaku pengendalian diabetes mellitus yang baik dapat mengontrol kadar gula darah dalam batas normal. Demikian pula dengan beberapa studi yang menunjukkan bahwa kesulitan dalam mengelola penyakit secara berkala seperti oral hipoglikemik menyebabkan seorang penderita Diabetes mellitus dapat menjadi tidak patuh dalam mengontrol gula darahnya. Perilaku tidak patuh akan memperberat penyakit yang dideritanya (Cramer, 2004)

Pemberian edukasi melalui media yang sesuai dapat meningkatkan kepatuhan pasien. Kepatuhan pasien dipengaruhi oleh pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan secara berulang. Selain itu dengan adanya reminder yang dilakukan peneliti setiap hari akan membentuk suatu pola yang terbiasa dilakukan oleh pasien DM sehingga secara otomatis akan menjadi kebiasaan untuk mematuhi semua aturan dalam menjalani manajemen perawatan DM. Ketrampilan

komunikasi dari tenaga kesehatan dan kejelasan informasi tentang penyakit dan pengobatannya juga dapat meningkatkan kepatuhan pasien DM tipe 2.

6.5 Hubungan kepatuhan terhadap kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya.

Hasil penelitian antara kepatuhan aktivitas, kepatuhan diet dan kepatuhan pengobatan dengan kadar glukosa darah didapatkan hasil yang tidak signifikan, ini berarti tidak ada hubungan antara kepatuhan aktivitas fisik, kepatuhan diet kepatuhan pengobatan dengan kadar glukosa darah. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Ernaeni (2005) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara kepatuhan diet dengan kadar gula darah. Hal ini dikarenakan sebagian besar responden yang tidak patuh mengatakan diet merupakan suatu kegiatan yang membosankan dan merepotkan karena kesulitan mereka mengukur porsi secara tepat dan menyesuaikan dengan jadwal yang telah dianjurkan, sehingga diet seringkali diabaikan. Menurut Catur (2013) ada beberapa faktor yang berhubungan dengan pengendalian kadar gula darah selain kepatuhan terapi diet yaitu kepatuhan minum obat, asupan lemak, pengetahuan dan dukungan keluarga. Dasar terapi diet pada diabetes melitus adalah memberikan kalori yang cukup dan komposisi yang memadai, dengan memperhatikan 3J, yaitu jumlah makanan, jadwal makanan, dan jenis makanan. Jumlah makanan harus disesuaikan dengan jumlah kalori yang dibutuhkan setiap harinya. Kebutuhan ini ditentukan secara individual berdasarkan berat badan (obesitas, kurus, atau ideal), tinggi badan, jenis kelamin, usia, dan faktor penentu kebutuhan kalori per hari. Jadwal makan umumnya dibagi menjadi 3 porsi besar. (Harding, 2003).

Kepatuhan (*adherence*) secara umum didefinisikan sebagai tingkatan perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan atau melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberi pelayanan kesehatan. Faktor yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang untuk menjadi patuh atau tidak patuh terhadap program pengobatan, yang diantaranya dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pendukung serta faktor pendorong. Faktor predisposisi merupakan faktor utama yang ada didalam diri individu yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, persepsi, kepercayaan dan keyakinan, nilai nilai serta sikap. Ketidakepatuhan seseorang dapat dipengaruhi oleh pemahaman dan interaksi antara pemberi dan penerima informasi serta kualitas dari interaksi tersebut. (Andi, Susilowati et al, 2007). Faktor-faktor yang mempengaruhi kadar gula darah ini tidak hanya dari kepatuhan terapi diet tetapi dapat dipengaruhi juga dari faktor lainnya yang termasuk dalam faktor perancu, yaitu faktor usia, jenis kelamin, kepatuhan minum obat, aktivitas fisik, stres, pengetahuan, dukungan keluarga, obesitas, hipertensi, merokok, dan lama menderita DM. (ADA, 2005). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Mandewo et al (2014) yang menyatakan bahwa semakin lama pasien menjalani pengobatan semenjak terdiagnosis, maka pasien tersebut akan semakin menurun tingkat kepatuhan, hal ini didukung dengan sebagian besar responden dalam penelitian ini mengalami sakit DM Tipe II sudah lebih dari 6 bulan.

Hasil penelitian lain yang sejalan dengan penelitian ini adalah hasil penelitian Qadrianty, dkk. (2014) yang melaporkan bahwa sekitar 80% responden dengan kepatuhan minum OHO kategori sedang-tinggi, memiliki kadar GDP tidak

terkontrol. Kesimpulan yang ditarik, tidak ada hubungan antara tingkat kepatuhan minum OHO responden dengan kadar glukosa darah puasa responden.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Cahyono Widodo (2016) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik dengan kadar GDP. Hasil penelitian ini juga relevan dengan hasil penelitian Suci Qadrianty, dkk. (2014) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat aktivitas fisik dengan kadar glukosa darah puasa pada penderita Diabetes mellitus tipe 2.

6.6 Keterbatasan Penelitian

1. Beberapa pasien tidak datang pada saat kegiatan penyuluhan karena kesibukan lain sehingga peneliti harus melakukan kunjungan rumah untuk memberikan perlakuan berupa *Health Education* dengan *Social Media Reminder* dan Audiovisual.
2. Terdapat beberapa faktor yang tidak bisa dikendalikan oleh peneliti seperti tinggi badan, berat badan, obesitas, stres, merokok dimana faktor tersebut dapat mempengaruhi kadar glukosa darah

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. *Health education* di RS UNAIR dilaksanakan dengan metode penyuluhan individu dari dokter ke pasien. *Health education* sudah dijalankan dengan baik akan tetapi waktunya sangat terbatas sehingga pasien kurang memahami apa yang disampaikan oleh dokter
2. Keyakinan responden sebagian besar memiliki kategori yakin Kepatuhan aktivitas fisik, kepatuhan diet dan kepatuhan pengobatan dari responden tahap I berada di tingkat kepatuhan sedang.
3. Proses penyusunan *health education* dibuat terintegrasi multiprofesi dari para pemberi asuhan mulai dari Dokter spesialis penyakit dalam, ahli gizi, perawat poli penyakit dalam dengan berpedoman pada standar PERKENI dan hasil FGD yang telah dilakukan dengan para ahli sesuai dengan kebutuhan pasien DM tipe 2 di poli penyakit dalam rumah sakit Universitas Airlangga.
4. *Health education* dengan *social media reminder* dan *audiovisual* dapat meningkatkan kepatuhan dan keyakinan pasien DM tipe 2. Pemberian *health education* dari multidisiplin profesi berupa *audiovisual* dan *reminder* dapat meningkatkan kepatuhan dan keyakinan pasien.
5. Kepatuhan aktivitas, kepatuhan diet dan kepatuhan pengobatan dengan kadar glukosa darah didapatkan hasil yang tidak signifikan, ini berarti tidak ada

hubungan antara kepatuhan aktivitas fisik, kepatuhan diit kepatuhan pengobatan dengan kadar glukosa darah.

7.2 Saran

1. Bagi rumah sakit perlu diterapkan pendidikan kesehatan yang lebih menarik melalui media audiovisual dan *social media reminder* sehingga pasien dapat meningkatkan kepatuhan diit, aktivitas dan pengobatan.
2. Bagi perawat agar dapat menerapkan model pendidikan kesehatan yang dapat dipahami oleh pasien sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien
3. Bagi peneliti diharapkan dapat mengukur tingkat stres, berat badan dan tinggi badan pasien untuk mendapatkan hasil penelitian yang lebih baik

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abu Abed, M., Himmel, W., Vormfelde, S., Koschack, J., (2014) 'Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 97(1), pp. 16–22. doi: 10.1016/j.pec.2014.06.015.
- ADA. 2005. Implication of the kingdom prospective diabetes study. *Diabetes Care* 21 The Journal of Clinical and Research and Education 2005;24(1) January: supp:S25-S27.
- Andi, Susilowati, et. al, 2007, Faktor Risiko Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar, Makasar. (Skripsi)
- Arsyad, A. (2011) *Media Pembelajaran*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Ariani, Y., (2011). Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP H.Adam malik. Medan. Tesis tidak dipublikasikan.
- Ariyanti, M. 2012. *Peningkatan Self empowerment Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Pendekatan Diabetes Self Management Education (DSME) di Puskesmas Kebonsari Surabaya*. Skripsi tidak dipublikasikan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
- Assad G., Sadegian, M , Lau R. , Xu Y., Contreras D.C , Bell R.C , Chan, C.B. (2015). The Reliability and Validity of the Perceived Dietary Adherence Questionnaire for People with Type 2 Diabetes. *Nutrients* 2015, 7: 5484-5496; doi:10.3390/nu7075231
- Ayele, K., Tesfa, b., Abebe, L. (2012). Self Care Behavior Among Patients With Diabetes In Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belive Model Perspective. *Plos One*. 7 (4), 1-6 April, 2012. doi:10.1371/journal.pone.0035515
- Bandura A. 2006. *Self efficacy*. New York: Stanford. University
- Bandura, A, 1998. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman
- Basoglu, O. K., Midilli, M., Midilli, R. (2012) 'Adherence to continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea syndrome: Effect of visual education', *Sleep and Breathing*, 16(4), pp. 1193–1200. doi: 10.1007/s11325-011-0631-9.
- Bastable.2000. *Perawat sebagai pendidik*. Jakarta: EGC

- Brown, T., Goldman, S.N., Persell, S.D., Lee, J.Y., Doan, C.T., Stephens, Q., Baker, D.W., Cameron K.A. (2017) 'Development and evaluation of a patient education video promoting pneumococcal vaccination', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 100(5), pp. 1024–1027. doi: 10.1016/j.pec.2016.12.025.
- Butler, H.A. (2002). Motivation: The role in diabetes self-management in older adults. Diunduh pada tanggal 23 agustus 2017 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Catur M., 2013, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengendalian Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Jalan di Poliklinik Penyakit Dalam RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang Tahun 2013, Magelang. (Skripsi)
- Corwin, A. (2009) *Buku Saku Patofisiologi*. Revisi 3. Jakarta: EGC.
- Cramer, J.A. (2004). A Systematic Review Of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care Journal*. 27 (5). 1218-24
- D'Eramo Melkus, G., Chyun, D., Vorderstrass., A., Newlin, K., Jefferson, V., Langerman, S. (2010) 'The Effect of a Diabetes Education, Coping Skills Training, and Care Intervention on Physiological and Psychosocial Outcomes in Black Women With Type 2 Diabetes', *Biological Research For Nursing*, 12(1), pp. 7–19. doi: 10.1177/1099800410369825.
- Doering, A., Lewis, C., Veletsianos, G., Besel, K.N (2008) 'Preservice teachers' perceptions of instant messaging in two educational contexts', *Journal of Computing in Teacher Education*, 25(1), pp. 5–12.
- Gomes-Villas Boas LC, (2014) " Adherence to treatment for diabetes mellitus: validation of instruments for oral antidiabetics and insulin" Original Article. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014 Jan.-Feb.;22(1):11-8.
- Glanz, K., Rimer, B. K. and Viswanath, K. (2008) *Health and Health, Health Behavior and Health Education: Theory Research & Practice*. San Fransisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint
- Halali, F., Mahdavi, R., Mobasseri, M., Jafarabadi, M.A., Avval, S.K. (2016) 'Perceived barriers to recommended dietary adherence in patients with type 2 diabetes in Iran', *Eating Behaviors*. Elsevier Ltd, 21, pp. 205–210. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.001.
- Harding, Anne Helen et al., 2003, Dietary Fat and The Risk of Clinic Type 2 Diabetes, *American Journal Of Epidemiology*, Vol. 159, American

- Hokkam, EN. (2009). Assesment of risk factors in diabetic foot ulceration and their impact on the outcome of the disease. *Primary care Diabetes* 3. pp:219-224
- Ingersoll, K. S., Carnahan, L.F., Filipic, J.C., Heckman, C.J., Ceperich, S.D., Hetteema, J., Nissen, M.Z. (2011) 'A pilot randomized clinical trial of two medication adherence and drug use interventions for HIV+ crack cocaine users', *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier Ireland Ltd, 116(1-3), pp. 177-187. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.12.016.
- Klasnja, P. and Pratt, W. (2012) 'Healthcare in the pocket: Mapping the space of mobile-phone health interventions', *Journal of Biomedical Informatics*. Elsevier Inc., 45(1), pp. 184-198. doi: 10.1016/j.jbi.2011.08.017.
- Kott, K.B. (2008). Self-efficacy, outcome expectation, self-care behavior and glycosylated hemoglobin level in persons with type 2 diabetes. Diunduh tanggal 1 Juli 2017 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Kozier B., Erb G., Berman A., dan Synder SJ. (2010). Buku ajar fundamental keperawatan : konsep,proses dan praktek. Jakarta:EGC
- Lapane, K. L. Goldman, R.E., Quilliam, B.J., Hume, A.L., Eaton, C.B. (2012) 'Tailored DVDs: A novel strategy for educating racially and ethnically diverse older adults about their medicines', *International Journal of Medical Informatics*. Elsevier Ireland Ltd, 81(12), pp. 852-860. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.09.007.
- Laili, RN, (2012) Edukasi Dengan Pendekatan Prinsip *Diabetes Self Management Education* (Dsme) Meningkatkan Perilaku Kepatuhan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. Skripsi. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Logren, A., Ruusuvoori, J. and Laitinen, J. (2017) 'Group members' questions shape participation in health counselling and health education', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 100(10), pp. 1828-1841. doi: 10.1016/j.pec.2017.05.003.
- Mandewo, W, Edward, E, Dodge., Auxilia, C.M., George, M., Non Adherence To Treatment Among Diabetic Patients Attending Outpatients Clinic At Mutare Provincial Hospital Manicaland Province Zimbabwe, *International Journal Of Scientific & Technology Research*, 3: 66. 2014
- Marini, B. L. Funk, K., Kraft, M.D., Fong, J.M., Naanos, R., Stout, S.M., Wagner, D. (2014) 'The effects of an informational video on patient knowledge, satisfaction and compliance with venous thromboembolism prophylaxis: A pilot study', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 96(2),

pp. 264–267. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.008.

- Puspitasari, (2012). Analisis efektifitas Pemberian Booklet obat terhadap tingkat kepatuhan ditinjau dari kadar hemoglobin terglukasi dan Morisky medication adherence scale pada pasien DM tipe 2 di Puskesmas Bakti Jaya Kota Depok. Tesis. Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Program Studi Magister Ilmu Kefarmasian Juni 2012.
- Martínez, Y. V., Aguilar, C.A.P., Páez, R.A.R., Martínez, J.J.V. (2008) 'Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes : a cross-sectional study', 10, pp. 1–10. doi: 10.1186/1472-6963-8-164.
- Morteza, S. and Ataei, J. (2015) 'Predictors of health-related quality of life among people with type II diabetes Mellitus in Ardabil , Northwest of Iran , 2014', *Primary Care Diabetes*. *Primary Care Diabetes Europe*, 10(4), pp. 244–250. doi: 10.1016/j.pcd.2015.11.004.
- Nes, A. A. G., Dulmen, S.V., Eide, E., Finset, A., Kristjansdottir, O.B., Steen, I.S., Eide, H. (2012) 'The development and feasibility of a web-based intervention with diaries and situational feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2', *Diabetes Research and Clinical Practice*, 97(3), pp. 385–393. doi: 10.1016/j.diabres.2012.04.019.
- Nourse, S. E., Olson, I., Popat, R.A., Stauffer, K.J., Vu, C.N., Berry, S., Kazmucha, J., Agareva, O., Couch, S.C., Urbina, E.M., Tierney, E.S.S. (2015) 'Live Video Diet and Exercise Intervention in Overweight and Obese Youth: Adherence and Cardiovascular Health', *Journal of Pediatrics*. Elsevier Inc, 167(3), p. 533–539.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.06.015.
- Nursalam (2015) *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta : Jakarta
- Park, J. S. and Ahn, C. W. (2007) 'Educational program for diabetic patients in Korea-Multidisciplinary intensive management', *Diabetes Research and Clinical Practice*, 77(3 SUPPL.), pp. 194–198. doi: 10.1016/j.diabres.2007.01.056.
- Praet, S. F. E., Loan, L. J. C. V. Exercise Therapy in Type 2 Diabetes. *Acta Diabetol Journal*, 2009; 46: 263-278. DOI 10.1007/s00592-009-0129-0

- Patrick, K., Griswold, W.G., Raab, F., Intille, S.S. (2008) 'Health and the Mobile Phone', *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), pp. 177–181. doi: 10.1016/j.amepre.2008.05.001.
- Perkeni (2015) *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus tipe 2 di Indonesia 2015, Pengurus Besar Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PB Perkeni)*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Ponzo, V., Rosato, R., Tarsia, E., Goitre, I., Michieli, F.D., Fadda, M., Monge, T., Pezzana, A., Broglio, F., Bo, S. (2017) 'Nutrition , Metabolism & Cardiovascular Diseases Self-reported adherence to diet and preferences towards type of meal plan in patient with type 2 diabetes mellitus . A cross-sectional study', 39, pp. 642–650. doi: 10.1016/j.numecd.2017.05.007.
- Qadrianty, S., Hadju, V., Jafar, N. 2014. Hubungan Tingkat Aktivitas Fisik dan Tingkat Kepatuhan Minum OHO (Obat Hipoglikemik Oral) dengan Kadar Glukosa Darah pada Penderita Diabetes Melitus tipe 2 Rawat Jalan di Puskesmas Kota Makassar.
- Priyoto (2014) *teori dan sikap perilaku dalam kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Raj, G. D., Hashemi, Z., Contreras, D.C.S., Babwick, S., Maxwell, D., Bell, R.C., Chan, C.B. (2017) 'Adherence to Diabetes Dietary Guidelines Assessed Using a Validated Questionnaire Predicts Glucose Control in Individuals with Type 2 Diabetes', *Canadian Journal of Diabetes*. Elsevier Inc., pp. 1–10. doi: 10.1016/j.jcjd.2017.04.006.
- Rambe, P. and Bere, A. (2013) 'University of Technology', 44(4), pp. 544–561. doi: 10.1111/bjet.12057.
- Rausch, J. R. (2012) 'Changes in Treatment Adherence and Glycemic Control During the Transition to Adolescence in Type 1 Diabetes', 35, pp. 1219–1224. doi: 10.2337/dc11-2163.
- Rondhianto. (2011). Pengaruh Diabetes Self Management Education dalam Discharge Planning Terhadap Self Efficacy dan Self Behaviour Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2, Tesis FKP Universitas Airlangga, Surabaya.
- Ryan, Polly & Sawin, Kathlen J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes', *Nurs Outlook*, vol. 57, no. 4, p. 217–225 doi: 10.1016/j.outlook.2008.10.004
- Scornavacca, E., Huff, S. and Marshall, S. (2009) 'Mobile phones in the

Classroom: If You Can't Beat Them, Join Them.', *Communications of the ACM*, 52(4), pp. 142–146. doi: 10.1145/1498765.1498803.

Setyaningsih, R., Tamtomo, D., Suryani, N.,(2016)' health belief model: determinant of hypertension prevention behavior in adult at mmunity health center Sukoharjo Central Cava' *Journal of health promotion and behavior vol I no.3 page 161-171.*

Smalls, B. L., Walker, R.J., Tejada, M.A.H., Campbell, J.A., Davis, K.S., Egede, L.E. (2012) 'Associations between coping, diabetes knowledge, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes', *General Hospital Psychiatry*. Elsevier Inc., 34(4), pp. 385–389. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.03.018.

Smeltzer, S. C., Bare G.B., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2010) Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing 12 th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Susanto, (2016) pengaruh layanan pesan singkat pengingat terhadap kepatuhan konsumsi obat pasien Dm tipe 2 di puskesmas melati kabupaten kapuas. *jurnal ilmiah manuntung*, 3(1), 34-42, 2017

Septalia, R. E. 2010. "Penyuluhan Kesehatan Masyarakat". Dari <http://www.creasoft.wordpress.com>. Diunduh 24 Maret 2018

Soegondo, S. (2009) Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu: Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Song, M.-S. and Kim, H.-S. (2009) 'Intensive management program to improve glycosylated hemoglobin levels and adherence to diet in patients with type 2 diabetes', *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 22(1), pp. 42–47. doi: 10.1016/j.apnr.2007.05.004.

Souza, D., Borges F.R., Juliano Y., Veiga D.F., Ferreira L.M. (2013). Quality Of Life and Self-Esteem of Patients With Chronic Ulcers. Retrieved Juni 02, 2015. From *Acta Paul Enferm journal* 26(3):283. doi:dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300013

Susanti S, Haroen H., Juniarti N. (2012). *Pengaruh DSME (Diabetes Self-Management Education) Berbasis Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki kota Bandung*. Penelitian Fakultas Keperawatan Program Pasca Sarjana Universitas Padjadjaran. Tidak dipublikasikan.

Thomas, J. J., Moring, J.C., Harvey, T., Hobbs, T., Lindt, A.(2016) 'Risk of type 2 diabetes : health care provider perceptions of prevention adherence', *Applied*

Nursing Research. Elsevier B.V., 32, pp. 1–6. doi: 10.1016/j.apnr.2016.03.002.

Tuong, W., Larsen, E. R. and Armstrong, A. W. (2014) 'Videos to influence: A systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors', *Journal of Behavioral Medicine*, 37(2), pp. 218–233. doi: 10.1007/s10865-012-9480-7.

Ur, S., Hassali, M.A., Saleem, F., Bashir, S., Aljadhey, H. (2015) 'Disease related knowledge, medication adherence and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in Pakistan', *Primary Care Diabetes*. Primary Care Diabetes Europe, 10(2), pp. 136–141. doi: 10.1016/j.pcd.2015.09.004.

Vervloet, M., Dijk, L.V., Reestman, J.S., Vlijmen, B.V., Wingerden, P.V., Bouvy, M.L., Bakker, D.H. (2012) 'SMS reminders improve adherence to oral medication in type 2 diabetes patients who are real time electronically monitored', *International Journal of Medical Informatics*. Elsevier Ireland Ltd, 81(9), pp. 594–604. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.05.005.

Vyas, C., Dalal, L., Talaviya, P., Saboo, B. (2017) 'Multiple Educational Programs Improves Glycemic Control, Quality Of Life with Diminishing the Impact of Diabetes in Poorly Controlled Type 1 Diabetics', *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. Diabetes India. doi: 10.1016/j.dsx.2017.04.011.

Walgito, B. 2003. *Bimbingan dan Konseling (Studi dan Karir)*. Yogyakarta: Andi

Waspadji, S. (2009). *Diabetes Mellitus: Mekanisme dasar dan Pengelolaan yang rasional*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Wiidyaningsih. (2013). Hubungan antara pengetahuan dan sikap penderita diabetes mellitus dengan kepatuhan diet diabetes mellitus di RSUD Am. Pariesit Kalimantan Timur. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*. volume 1, No.1, Mei 2013:58-74

Yusyaf, S. R. (2013). *Efektifitas pendidikan kesehatan menggunakan metode pendidikan individual terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang demam berdarah dengue*. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau. tidak dipublikasikan

LAMPIRAN

Lampiran 1

Surat Permohonan Izin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 812 /UN3.1.13/PPd/S2/2017 27 Desember 2017
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Universitas Airlangga
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Zaenal Abidin, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153035
Judul Proposal : *Health Education Dengan Social Media Reminder dan Audiovisual Terhadap Kepatuhan dan Kadar Glukosa Darah Pasien DM Tipe 2 di RS Universitas Airlangga Surabaya*

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

an Dekan,
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP: 196808291989031002

Tembusan:

1. Wadir Pendidikan dan Penelitian RS Universitas Airlangga
2. Manajer Riset RS Universitas Airlangga

Lampiran 2

Surat Izin Penelitian



UNIVERSITAS AIRLANGGA RUMAH SAKIT

Kampus C Unair Surabaya 60115 Telp. 031-5916290, 031-58208281, 031-81153153
Fax. 031-5916290 Website : rumahsakit.unair.ac.id, email : sekretariat@rsua.unair.ac.id

17 Januari 2018

No. : 229/UN3.9.1/PPd/2018
Hal. : Jawaban Permohonan Fasilitas Penelitian
An. Zaenal Abidin, S.Kep.,Ns

Kepada Yth.
Wakil Dekan I
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Menjawab surat tanggal 27 Desember 2017 dengan nomor 812/UN3.1.13-PPd-S2-2017 tentang permohonan bantuan fasilitas penelitian mahasiswa prodi Magister Keperawatan an:

Nama : Zaenal Abidin, S.Kep.,Ns
NIM : 131614153035
Judul Penelitian : *Health Education dengan Social Media Reminder dan Anchoyristal Terhadap Kepatuhan dan Kadar Glukosa Darah Pasien DM Tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga*

Dengan ini disampaikan bahwa :

- 1) Proposal penelitiannya telah dinyatakan Laik Etik oleh Komite Etik dan Hukum RSUA.
- 2) Untuk pemilihan pasien mohon berkoordinasi dengan Kepala Rawat Jalan RSUA.
- 3) Hasil penelitian yang akan dipublikasikan harus mendapat ijin tertulis dari Direktur RSUA.
- 4) Selesai penelitian, wajib menyerahkan Laporan ke Komite Etik dan Hukum RSUA.

Demikian yang dapat saya sampaikan. Atas perhatian Saudara, Saya sampaikan terima kasih

Wakil Direktur Pendidikan & Riset,

Prof. Dr. Muhammad Amin, dr., Sp.P (K)
NIP. 194708101974121002

Tembusan : Yth

1. Ketua Komite Etik & Hukum RSUA
2. Manajer Pendidikan dan Penelitian RSUA
3. Kepala Rawat Jalan RSUA
- 4. Zaenal Abidin, S.Kep.,Ns

Lampiran 3

Surat Keterangan Lolos Kaji Etik



**KOMITE ETIKA DAN HUKUM
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA**

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
No :103/KEH/2018

Komite Etika dan Hukum Rumah Sakit Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol penelitian yang berjudul :

Health Education dengan Social Media Reminder dan Audiovisual Terhadap Kepatuhan dan Kadar Glukosa Darah Pasien DM Tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga

Peneliti : Zaenal Abidin, S.Kep.,Ns

Institusi Penelitian : Rumah Sakit Universitas Airlangga

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Surabaya, 18 Januari 2018

Ketua

Prof. Dr. H. Sekky Erfan Kusuma, dr.Sp.F (K), DFM

Lampiran 4

Izin Penggunaan Kuisoner PDAQ (Perceived Dietary Adherence Questionnaire)

Gmail 121 of 707

Compose

Inbox (70)

Starred

Important

Sent Mail

Drafts (56)

Categories

- Social (1,355)
- Promotions (83)
- Updates (16)
- Forums (5)
- Trash (6)

More

Ghada Asaad <gasaad@ualberta.ca> Jan 3
to me, Catherine

Dear Zaenal,

Thanks you for your interest in our article. You are allowed to do the modification and the translation as required for your project. Please cite Assad et al. *Nutrients* 2015, 7:5484-5496 in any publications or published work.

Thanks
Ghada Asaad

On Mon, Jan 1, 2018 at 9:05 AM, Catherine Chan <cchan@ualberta.ca> wrote:

Cathy Chan

Catherine B. Chan, PhD
Professor, Nutrition and Physiology, University of Alberta
Scientific Director, Alberta Health Services Diabetes, Obesity and Nutrition Strategic Clinical Network
President, Canadian Physiological Society

Pure Prairie Eating Plan (PPEP)
Fresh food, practical menus and a healthy lifestyle!

zaenal abidin <zaenabidin19850829@gmail.com> Jan 3
to Ghada

Thanks you for responding my email And Allowing me to translate and modify your PDAQ(Perceived Diet Adherence Questionnaire) questionnaire. I will Cite Assad et al *Nutrients* 2015 7:5484-5496 in any publications or published work.

Sincerely,
Zaenal Abidin

Lampiran 5

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN TAHAP I BAGI RESPONDEN PENELITIAN

1. Judul Penelitian

Health education dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien dm tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

2. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Menyusun *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

b. Tujuan Khusus

a) Mengidentifikasi *health education* pada pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga

b) Mengidentifikasi keyakinan, kepatuhan diet, aktivitas dan pengobatan pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga

3. Manfaat Penelitian Bagi Subyek Penelitian

Penelitian ini akan membantu pasien dalam meningkatkan kepatuhan dalam diet, aktivitas dan pengobatan

4. Perlakuan Terhadap Subyek Penelitian

Penelitian ini akan menggunakan kuisioner. Subyek penelitian akan diberikan lembar evaluasi *health education* di rumah sakit unair, kuisioner keyakinan dan kepatuhan untuk mengetahui *health education* yang dilakukan di RS Unair, keyakinan dan kepatuhan pasien DM tipe II

5. Masalah Etik Yang Mungkin Akan Dihadapi Subyek Penelitian

Penelitian ini tidak mengganggu aktivitas di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan karena pengisian kuesioner hanya membutuhkan waktu ± 10 menit dan intervensi ini dilakukan diluar agenda rumah sakit. Selain itu, penelitian ini tidak menimbulkan kerugian ekonomi, fisik, dll serta tidak bertentangan dengan nilai, norma, adat istiadat, dan hukum yang berlaku.

6. Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini.

7. Kesukarelaan Subyek Penelitian

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk tidak mengikuti penelitian ini. Apabila responden tidak bersedia dijadikan responden, maka peneliti akan mencari responden lainnya yang bersedia.

8. Jaminan Kerahasiaan Data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode.

9. Insentif Dan Ganti Rugi

Seluruh subyek penelitian tidak mendapatkan insentif berupa uang atau lainnya tetapi akan mendapatkan *souvenir*. Selain itu, peneliti tidak memberikan ganti rugi berupa uang atau lainnya dan tidak memberikan jaminan asuransi kepada seluruh subyek penelitian.

10. Informasi Tambahan

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi penelliti:

Zaenal Abidin (mahasiswa Magister FKp UNAIR)

Telp : 085649399777 Facebook : Zaenal Abidin

Email : zaenalabidin19860829@gmail.com WhatsApp :
085649399777

Surabaya, 2018

Yang mendapatkan penjelasan

Yang memberi penjelasan

Responden,

Peneliti,

.....

Zaenal Abidin
NIM. 131614153035

Lampiran 6**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN TAHAP II
BAGI RESPONDEN PENELITIAN****1. Judul Penelitian**

Health education dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien dm tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

2. Tujuan Penelitian**a. Tujuan Umum**

Menyusun *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

b. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi nilai kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga
2. Menganalisis hubungan keyakinan dan kepatuhan
3. Menganalisis perbedaan kepatuhan dan kadar glukosa darah antara kelompok setelah diberikan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual
4. Menganalisis kepatuhan dan nilai kadar glukosa darah sebelum dan sesudah pemberian *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual

3. Manfaat Penelitian Bagi Subyek Penelitian

Penelitian ini akan membantu pasien dalam meningkatkan kepatuhan dalam diet, aktivitas dan pengobatan

4. Perlakuan Terhadap Subyek Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian ekperimental, sehingga subyek diberi perlakuan berupa *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual yang meliputi Audio visual *health education* yang berisi tentang terapi pasien DM tipe 2 meliputi, diet, obat dan aktivitas fisik diberikan selama 4 kali dalam sebulan waktu ± 30 menit tiap satu kali perlakuan. *Social media reminder* berisi tentang mengingatkan pasien dalam menjalani terapi. Dilakukan sehari 3 kali waktu

pagi, siang dan malam. Subyek terlibat sebagai peserta. Penerapan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual ini diberikan hanya pada kelompok perlakuan. Pada *pre-test* dan *post-test* peserta kelompok perlakuan akan diukur kadar gula darah dengan menggunakan *stick* yang diukur pada pagi hari 2 jam setelah makan, sampel darah yang diperlukan sangat sedikit ± 1 cc, mengisi kuesioner pengetahuan, keyakinan dan kepatuhan (diit, aktivitas dan pengobatan) Pengisian kuesioner diberikan waktu ± 20 menit. Sedangkan untuk intervensi akan memakan waktu sekitar 45 menit selama 4x pertemuan.

5. Masalah Etik Yang Mungkin Akan Dihadapi Subyek Penelitian

Penelitian ini tidak mengganggu aktivitas di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan karena pengisian kuesioner hanya membutuhkan waktu ± 20 menit dan intervensi ini dilakukan diluar agenda rumah sakit. Selain itu, penelitian ini tidak menimbulkan kerugian ekonomi, fisik, dll serta tidak bertentangan dengan nilai, norma, adat istiadat, dan hukum yang berlaku.

6. Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini.

7. Kesukarelaan Subyek Penelitian

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk tidak mengikuti penelitian ini. Apabila responden tidak bersedia dijadikan responden, maka peneliti akan mencari responden lainnya yang bersedia.

8. Jaminan Kerahasiaan Data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode.

9. Insentif Dan Ganti Rugi

Seluruh subyek penelitian tidak mendapatkan insentif berupa uang atau lainnya tetapi akan mendapatkan *souvenir*. Selain itu, peneliti tidak memberikan ganti rugi berupa uang atau lainnya dan tidak memberikan jaminan asuransi kepada seluruh subyek penelitian.

10. Informasi Tambahan

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti:

Zaenal Abidin (mahasiswa Magister FKp UNAIR)

Telp : 085649399777

Facebook :

Zaenal Abidin

Email : zaenalabidin19860829@gmail.com WhatsApp : 085649399777

Surabaya, 2018

Yang mendapatkan penjelasan

Yang memberi penjelasan

Responden,

Peneliti,

.....

Zaenal Abidin
NIM.131614153035

Lampiran 7**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN TAHAP II
BAGI RESPONDEN KELOMPOK KONTROL****1. Judul Penelitian**

Health education dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien dm tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

2. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Menyusun *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

b. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi nilai kadar glukosa darah pasien DM tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga
2. Menganalisis hubungan keyakinan dan kepatuhan
3. Menganalisis perbedaan kepatuhan dan kadar glukosa darah antara kelompok setelah diberikan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual
4. Menganalisis kepatuhan dan nilai kadar glukosa darah sebelum dan sesudah pemberian *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual

3. Manfaat Penelitian Bagi Subyek Penelitian

Penelitian ini akan membantu pasien dalam meningkatkan kepatuhan dalam diet, aktivitas dan pengobatan

4. Perlakuan Terhadap Subyek Penelitian

Perlakuan pada kelompok kontrol berupa pengukuran kadar gula darah dan pengisian kuesioner. Pada *pre-test* dan *post-test* peserta kelompok perlakuan akan diukur kadar gula darah dengan menggunakan *stick* yang diukur pada pagi hari 2 jam setelah makan, sampel darah yang diperlukan sangat sedikit ± 1 cc, mengisi kuesioner pengetahuan, keyakinan dan kepatuhan (diit, aktivitas dan pengobatan) Pengisian kuesioner diberikan waktu ± 20 menit. Intervensi pada kelompok kontrol berupa diskusi diskusi antara peneliti, dokter dan para responden kelompok kontrol mengenai dampak positif jika mematuhi

diet, aktivitas serta pengobatan dan dampak negatif jika melanggarnya serta komplikasi DM. Sedangkan untuk penerapan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual akan diberikan segera setelah pengumpulan data jika memang hipotesis pada penelitian ini terbukti. Sehingga kedua kelompok akan mendapatkan manfaat yang sama dan tidak ada yang dirugikan.

5. Masalah Etik Yang Mungkin Akan Dihadapi Subyek Penelitian

Penelitian ini tidak mengganggu aktivitas di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan karena pengisian kuesioner hanya membutuhkan waktu \pm 20 menit dan intervensi ini dilakukan diluar agenda rumah sakit. Selain itu, penelitian ini tidak menimbulkan kerugian ekonomi, fisik, dll serta tidak bertentangan dengan nilai, norma, adat istiadat, dan hukum yang berlaku.

6. Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini.

7. Kesukarelaan Subyek Penelitian

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk tidak mengikuti penelitian ini. Apabila responden tidak bersedia dijadikan responden, maka peneliti akan mencari responden lainnya yang bersedia.

8. Jaminan Kerahasiaan Data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode.

9. Insentif Dan Ganti Rugi

Seluruh subyek penelitian tidak mendapatkan insentif berupa uang atau lainnya tetapi akan mendapatkan *souvenir*. Selain itu, peneliti tidak memberikan ganti rugi berupa uang atau lainnya dan tidak memberikan jaminan asuransi kepada seluruh subyek penelitian.

10. Informasi Tambahan

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti:

Zaenal Abidin (mahasiswa Magister FKp UNAIR)

Telp : 085649399777

Facebook :

Zaenal Abidin

Email : zaenalabidin19860829@gmail.com WhatsApp : 085649399777

Surabaya, 2018

Yang mendapatkan penjelasan
Responden,

Yang memberi penjelasan
Peneliti,

.....

Zaenal Abidin
NIM.131614153035

Lampiran 8**LEMBAR PENJELASAN RESPONDEN KEGIATAN FGD (FOCUS GRUP
DISCUSSION) TAHAP I****1. Judul Penelitian**

Health education dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien dm tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

2. Tujuan Penelitian

Menyusun *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual yang didapatkan dari hasil data keyakinan dan kepatuhan dari pasien DM tipe 2 melalui diskusi pakar di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

3. Manfaat Penelitian

Responden (peserta FGD) yang terlibat dalam penelitian ini sebagai pihak dari berbagai multidisiplin ilmu yang berperan dalam pemberian pelayanan dan pengambilan keputusan dalam pemberian *health education* pada pasien DM tipe 2 di RS Unair. FGD ini akan menghasilkan rekomendasi-rekomendasi yang dijadikan bahan dalam penyusunan *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual.

4. Perlakuan yang diterapkan pada responden

Bapak/Ibu/Sdr/Sdri akan diminta mengikuti kegiatan diskusi dengan tujuan untuk mengeksplorasi hasil kuisioner keyakinan dan kepatuhan pasien DM tipe 2 dan evaluasi *health education* yang selama ini dilakukan di RS Unair. Hasil dari FGD ini nanti akan diperoleh kesepakatan bersama antara peneliti dan partisipan dalam bentuk *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual. Kegiatan ini akan berlangsung 60 menit.

5. Bahaya potensial

Bapak/Ibu/Sdr/Sdri tidak diberikan intervensi apapun melainkan hanya diskusi. Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini.

6. Kesukarelaan Subyek Penelitian

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk tidak mengikuti penelitian ini. Apabila responden tidak bersedia dijadikan responden, maka peneliti akan mencari responden lainnya yang bersedia.

7. Jaminan Kerahasiaan Data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode.

8. Insentif Dan Ganti Rugi

Seluruh responden akan mendapatkan *snack dan makan siang*

9. Informasi Tambahan

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti:

Zaenal Abidin (mahasiswa Magister FKp UNAIR)

Telp : 085649399777

Facebook : Zaenal

Abidin

Email : zaenalabidin19860829@gmail.com WhatsApp : 085649399777

Surabaya, 2018

Yang mendapatkan penjelasan

Yang memberi penjelasan

Responden,

Peneliti,

.....

Zaenal Abidin
NIM. 131614153035

Lampiran 9**PANDUAN FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) TAHAP 1**

Hari/ Tanggal :

Waktu : 10.00 – 12.00

Tempat : Irja RS. Unair

Jumlah Peserta : orang

Kegiatan yang dilakukan selama FGD

a. Memperkenalkan diri dan fasilitator FGD kepada responden

b. Menyampaikan topik penelitian :

Saya tertarik untuk melakukan penelitian *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien dm tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya

Oleh karena itu saya meminta kepada Bapak/Ibu/Sdr/Sdri untuk menjawab beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan. Setelah itu saya akan memaparkan hasil kuisoner saya tentang *health education*, keyakinan dan kepatuhan pasien DM tipe 2 di RS. Unair saat ini. Setelah saya memaparkan hasil observasi saya, mohon ijin saya untuk memaparkan rencana penelitian saya tentang *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual. Kegiatan ini akan berlangsung selama 1 sampai 2 jam dan terdiri dari 2 sesi.

Sesi I :

Pertanyaan tentang pendapat perawat atau tenaga kesehatan lain mengenai kondisi *health education* di RS. Unair saat ini. √

Adapun pertanyaan yang akan saya ajukan yaitu

1) Menurut Bapak/Ibu/Sdr/Sdri, bagaimana instrumen *health education* yang ada di RS. Unair saat ini?

2) Menurut Bapak/Ibu/Sdr/Sdri, bagaimana tingkat kepatuhan pasien saat ini?

3) Apa harapan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri tentang instrumen *health education* yang telah dilakukan selama ini?

Sesi 2

- 1) Pemaparan hasil observasi saya tentang *health education* , keyakinan dan kepatuhan pasien di IRJA RS Unair yang ada saat ini.
 - 2) Pemaparan tentang rencana penelitian yaitu penyusunan *health education* dengan *social reminder* dan audiovisual
 - 3) Opini para responden terhadap pemaparan hasil kuisioner
- c. Persetujuan responden terhadap kerahasiaan jawaban dan aturan selama kegiatan FGD
- d. Menutup kegiatan FGD

Saya berharap hasil kegiatan FGD ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi penelitian saya dan peningkatan mutu asuhan keperawatan.

Terima kasih atas waktu yang diberikan. Atas kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Lampiran 10**PANDUAN FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD) TAHAP 2**

Hari/ Tanggal :

Waktu : 10.00 – 12.00

Tempat : Ruang instalasi rawat jalan RS. Unair

Jumlah Peserta : orang

Kegiatan selama dilakukan FGD

a. Memperkenalkan diri kepada responden

b. Menyampaikan tujuan FGD :

Tujuan dari kegiatan FGD ini adalah untuk memvalidasi hasil penelitian saya *health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien dm tipe 2 di rumah sakit universitas airlangga surabaya

Oleh karena itu saya meminta kepada Saudara untuk menjawab beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan. Setelah itu saya akan memaparkan hasil rekomendasi penelitian saya tentang *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual. Kegiatan FGD ini akan berlangsung 1 jam.

- 1) Pemaparan tentang *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual hasil dari ujicoba yang telah dilakukan
- 2) Opini para responden tentang *Health education* dengan *social media reminder* dan audiovisual
- 3) Penyampaian rekomendasi hasil penelitian kepada responden

c. Persetujuan responden terhadap kerahasiaan jawaban dan aturan selama proses kegiatan FGD.

d. Menutup kegiatan FGD

Saya berharap hasil kegiatan FGD ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi penelitian saya dan peningkatan mutu asuhan keperawatan.

Terima kasih atas waktu yang diberikan. Atas kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih

Lampiran 11**INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai Penelitian yang berjudul "*Health education dengan social media reminder dan audiovisual terhadap kepatuhan dan kadar glukosa darah pasien dm tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya*" yang meliputi:

1. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
2. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
3. Bahaya yang akan timbul
4. Prosedur Penelitian

dan mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, 2018
Peneliti,

Responden,

Zaenal Abidin
NIM.131614153035

*) Coret salah satu

Lampiran 12

**KUESIONER PENELITIAN *HEALTH EDUCATION* DENGAN SOCIAL
MEDIA REMINDER DAN AUDIOVISUAL TERHADAP KEPATUHAN DAN
KADAR GLUKOSA DARAH PASIEN DM TIPE 2 DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

1. DATA DEMOGRAFI

Berilah tanda silang (X) pada kotak dan isian yang telah disediakan.

Nomor responden : Tanggal Pengisian :

- | | |
|--|---|
| <p>1. Usia; tahun</p> <p>2. Tahun menderita Diabetes :</p> <p>3. Jenis kelamin</p> <p><input type="checkbox"/> Laki-laki</p> <p><input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>4. Pendidikan</p> <p><input type="checkbox"/> Sekolah Dasar (SD)</p> <p><input type="checkbox"/> Sekolah Menengah Pertama (SMP)</p> <p><input type="checkbox"/> Sekolah Menengah Atas (SMA)</p> <p><input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi</p> <p>5. Pendapatan (UMR Surabaya)</p> <p><input type="checkbox"/> < UMR</p> <p><input type="checkbox"/> > UMR</p> | <p>6. Lama Menderita DM</p> <p><input type="checkbox"/> ≤ 6 bulan</p> <p><input type="checkbox"/> > 6 bulan</p> <p>7. Mendapatkan dukungan keluarga</p> <p><input type="checkbox"/> Ya</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p> |
|--|---|

Lampiran 13

Lembar evaluasi *health education* di RS Universitas Airlangga

1. Metode apa yang digunakan untuk pendidikan kesehatan selama ini?
2. Bagaimana Metode *health education* apa yang digunakan oleh RS Universitas Airlangga untuk meningkatkan kepatuhan pasien DM tipe 2 selama ini?
 - a. Sangat tidak baik
 - b. Tidak baik
 - c. Cukup baik
 - d. Baik
 - e. Sangat baik
3. Bagaimana durasi pemberian pendidikan kesehatan yang selama ini dilakukan di rumah sakit universitas airlangga?
4. Menurut anda metode *health education* apa yang cocok digunakan untuk meningkatkan kepatuhan pasien DM tipe 2?

Lampiran 14**Kuisoneer Kepatuhan Aktivitas Fisik**

Petunjuk: Jawablah dengan jujur sesuai dengan yang bapak/ibu laksanakan

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah anda rutin berolahraga setiap minggu?	a. Ya b. Tidak
2	Apakah anda melakukan olah raga seperti jalan atau bersepeda santai atau jogging atau berenang dalam seminggu?	a. Ya b. Tidak
3	Apakah anda melakukan olah raga 3-5 kali dalam seminggu?	a. Ya b. Tidak
4	Apakah anda setiap melakukan olah raga menghabiskan waktu 30-45 menit?	a. Ya b. Tidak
5	Setelah selesai makan, saya terbiasa langsung tidur	a. Ya b. Tidak
6	Setiap keluar rumah, saya selalu menggunakan alas kaki (Sandal, sepatu)	a. Ya b. Tidak
7	Saya membawa permen atau jelly di setiap kegiatan saya	a. Ya b. Tidak
8	Saya lebih memilih berjalan kaki ketika saya pergi ketempat yang dekat dari rumah (Pasar, rumah teman, tempat peribadatan)	a. Ya b. Tidak
9	Ketika saya mempunyai waktu luang, saya gunakan untuk menonton TV dirumah dari pada berolah raga	a. Ya b. Tidak
10	Saya lebih suka menggunakan tangga dari pada lift karena saya anggap berolah raga	a. Ya b. Tidak
11	Saat berolahraga saya memulai dengan gerakan lambat lalu saya tingkatkan kecepatannya.	a. Ya b. Tidak

Lampiran 15**Kuisoner Kepatuhan Diet****Perceived Diet Adherence Questionnaire**

No	Pertanyaan	Respon
1	Berapa kali anda makan tepat waktu sesuai jadwal yang sudah dikonsultasikan oleh dokter/ tenaga kesehatan yang lain?	0 1 2 3 4 5 6 7
2	Berapa kali anda makan utama lebih dari 3 kali per hari dalam seminggu terakhir?	0 1 2 3 4 5 6 7
3	Berapa kali Anda makan buah dan sayuran yang mengandung vitamin sesuai porsi yang dianjurkan dokter dalam tujuh hari terakhir?	0 1 2 3 4 5 6 7
4	Karena kesibukan anda, berapa kali anda makan tidak tepat waktu dalam seminggu terakhir?	0 1 2 3 4 5 6 7
5	Berapa kali anda mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung minyak/tinggi lemak seperti makanan siap saji, gorengan, usus dan hati dalam seminggu terakhir?	0 1 2 3 4 5 6 7
6	Berapa kali anda memakai gula pengganti seperti gula jagung pada saat anda ingin mengkonsumsi minuman atau makanan yang manis?	0 1 2 3 4 5 6 7
7	Berapa kali Anda makan makanan tinggi gula, seperti kue, kue kering, buah yang mempunyai kandungan gula tinggi (pisang, anggur, mangga,dll), permen, dan lain-lain dalam tujuh hari terakhir?	0 1 2 3 4 5 6 7
8	Berapa kali anda makan makanan atau camilan yang asin?	0 1 2 3 4 5 6 7
9	Berapa kali anda mengkonsumsi makanan yang mengandung protein seperti telur sesuai anjuran dokter?	0 1 2 3 4 5 6 7

Lampiran 16**Kuisoner Kepatuhan Pengobatan**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda kesulitan mengingat jadwal/waktu minum obat?		
2	Saya kadang lupa untuk minum obat tepat waktu		
3	Dalam 2 minggu terakhir beberapa kali saya tidak minum obat karena lupa		
4	Ketika anda berpergian atau meninggalkan rumah, apakah anda kadang-kadang lupa membawa obat?		
5	Ketika muncul efek samping obat yang tidak mengenakan apakah anda berhenti meminum obat tanpa memberi tahu dokter?		
6	Bila Anda merasa kondisi tubuh anda baik, apakah Anda kadang berhenti minum obat Anda?		
7	Apakah anda merasa tersiksa dengan meminum obat setiap hari?		
8	Apakah anda sulit untuk mematuhi anjuran dokter untuk rutin meminum obat?		
9	Ketika mengkonsumsi obat diabetes, saya mengkonsumsi obat tersebut sebelum makan (Sesuai anjuran dokter)		
10	Apakah anda sering sulit mengingat untuk meminum semua obat anda?		

Lampiran 17**Kuisoner keyakinan pasien Diabetes type II berdasar HBM**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Kerentanan yang dirasakan (<i>perceived susceptibility</i>) Menurut bapak/ibu, apakah dengan penambahan berat badan dapat meningkatkan glukosa darah anda?		
2	Apakah anda segera pergi ke fasilitas kesehatan terdekat jika glukosa darah anda meningkat atau menurun?		
3	Keparahan/bahaya yang dirasakan (<i>perceived severity</i>) Apakah anda merasa tidak nyaman jika gula darah anda terus meningkat atau menurun?		
4	Menurut bapak/ibu ,apakah bila gula darah anda terus meningkat atau menurun dapat berakibat pada fisik, psikis, atau kondisi finansial?		
5	Manfaat yang dirasakan (<i>perceived benefit</i>) Menurut bapak/ibu bila anda makan mengatur pola makan seperti mengurangi makanan yang manis/melakukan aktivitas fisik seperti senam kaki diabetes/mengonsumsi obat antidiabetes oral atau injeksi insulin secara tepat dosis dan waktunya, apakah dapat mengontrol glukosa darah?		
6	Menurut bapak/ibu bila glukosa darah anda bisa terkontrol dengan baik, apakah dapat mengurangi komplikasi penyakit Diabetes ?		
7	Hambatan apa yang dirasakan (<i>perceived barrier</i>) Apakah jarak fasilitas kesehatan terdekat dengan rumah anda dapat menghambat proses pengobatan pasien Diabetes?		
8	Apakah anda sering lupa untuk melakukan tatalaksana Diabetes sesuai anjuran dokter?		
9	<i>Self efficacy</i> Menurut bapak/ibu, mampukah anda merubah pola makan/aktivitas fisik anda dan mengonsumsi obat secara teratur untuk menjaga agar glukosa darah menjadi normal?		
10	Apakah anda yakin dapat mengatasi semua hambatan yang mempengaruhi kepatuhan terhadap tatalaksana yang telah dianjurkan?		

Lampiran 18**SATUAN ACARA KEGIATAN**

Sasaran : Pasien Diabetes Mellitus (DM) di RS Universitas Airlangga

Hari/tgl :

Tempat : RS Universitas Airlangga

Pelaksana : Zaenal Abidin

Waktu :

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan penerapan *health education* berbasis *social media reminder* dan audiovisual sasaran dapat meningkatkan kepatuhan diet, Aktivitas dan pengobatan

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan *health education* berbasis *social media reminder* dan audiovisual, sasaran dapat :

1. Mengetahui pengertian DM, tanda dan gejala DM, Pengobatan DM (diet,aktivitas dan obat anti diabetes) dan komplikasi DM
2. Mengetahui akibat ketidakpatuhan diet,aktivitas dan pengobatan serta komplikasi yang akan terjadi.
3. Menyadari jika diet,aktivitas dan pengobatan dijalankan dengan baik maka kadar gula darah akan terkontrol dan akan terhindar dari komplikasi.

3. Materi

- 1) pengertian Diabetes, tanda dan gejala Diabetes, Pengobatan DM (diet, aktivitas dan obat anti diabetes) dan komplikasi DM
- 2) Akibat ketidakpatuhan diet, komplikasi Diabetes mellitus (DM).
- 3) Pemaparan secara persuasif bahwa jika diet, aktivitas dan pengobatan OAD dijalankan dengan baik maka kadar gula darah akan terkontrol dan akan terhindar dari komplikasi.

4. Metode

Pemutaran Audio visual *Health Education*

5. Media

TV, DVD player, sound system

6. Pengorganisasian

Penyaji : Zaenal Abidin

7. Pelaksanaan

No	Tahap dan Waktu	Kegiatan	Kegiatan Peserta
1.	Pendahuluan 5 menit	Pembukaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan kontrak waktu dan mekanisme kegiatan 3. Menyampaikan tujuan dan maksud dari kegiatan. 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam dan memfokuskan perhatian pada peneliti 2. Mendengarkan kontrak kegiatan 3. Mendengarkan tujuan dari kegiatan 4. Mendengarkan materi yang diberikan
2.	Kegiatan inti 30 menit	Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemutaran audiovisual <i>health education</i> 2. untuk mengajukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan

		<p>pertanyaan untuk materi yang belum dipahami.</p> <p>3. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh sasaran.</p>	<p>2. Peserta mengajukan pertanyaan tentang materi yang kurang dipahami</p> <p>3. Peserta dapat memahami penjelasan tentang penjelasan di video</p>
3.	Penutup 5 menit	<p>Evaluasi:</p> <p>1. Menanyakan kembali materi yang telah disampaikan</p>	<p>1. Peserta menjawab pertanyaan yang diberikan peneliti.</p>

8. Evaluasi

1) Kriteria struktur

Pembuatan audiovisual *health education* sebelum pelaksanaan intervensi.

2) Kriteria Proses

- (1) Sasaran antusias terhadap materi pelatihan.
- (2) Sasaran mendengarkan dan memahami materi pelatihan.
- (3) Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana program.

3) Kriteria Hasil

- (1) Sasaran ikut berpartisipasi dalam kegiatan pelatihan.
- (2) Pasien mampu memahami materi yang disampaikan