

STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN PENYANDANG DIABETES MELITUS YANG PERNAH MENGALAMI EPISODE HIPOGLIKEMIA

(PHENOMENOLOGY STUDY THE EXPERIENCE OF PERSONS WITH DIABETES MELLITUS WHO HAD EXPERIENCED OF HYPOGLYCEMIA EPISODES IN DEPOK CITY)

Jon Hafan Sutawardana^{1*}, Yulia², Agung Waluyo³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Jember 68121

*e-mail: afans_agl@yahoo.com

^{2,3}Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok, 16424

ABSTRAK

Kata kunci:

Diabetes

Pasien

Ketakutan

E p i s o d e

hipoglikemia

Hipoglikemia adalah komplikasi akut diabetes melitus yang seringkali terjadi secara berulang yang ditandai dengan gula darah kurang dari 70 mg/dl. Penyandang diabetes melitus akan menghadapi situasi dilematik dimana mereka diharuskan memperoleh terapi obat penurun gula darah untuk mengontrol kadar gula darah tetap normal, namun juga menghadapi kekhawatiran akan efek samping terapi yang dapat menyebabkan komplikasi hipoglikemia. Situasi tersebut akan berdampak secara psikologis yaitu ketakutan akan serangan ulang hipoglikemia yang menciptakan perasaan traumatis bagi penyandang diabetes melitus. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman penyandang diabetes melitus yang pernah mengalami episode hipoglikemi di Persadia Kota Depok. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif dengan pendekatan fenomenologi terhadap enam partisipan yang pernah mengalami episode hipoglikemi. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan catatan lapangan. Metode *content analysis Colaizzi* digunakan untuk mengembangkan tema sehingga memperoleh enam tema yaitu penurunan fungsi fisik sementara sebagai respon hipoglikemia, perasaan traumatis ketika mengalami hipoglikemia, pemahaman partisipan terhadap penyebab hipoglikemia, kesadaran untuk pencegahan hipoglikemia, keyakinan internal menjadi sumber koping utama dalam menghadapi hipoglikemia, dan kebutuhan pelayanan keperawatan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam meningkatkan edukasi pada pasien yang mengalami hipoglikemia.

ABSTRACT

Keywords:

Diabetic

Patient

Fear

Episode of hypoglycemia

Hypoglycemia is an acute complication of diabetes mellitus which frequently occur repeatedly identified by blood glucose level less than 70 mg/dl. Diabetic patients experience dilemmatic situation where they are required to obtain diabetes drug therapy to control blood sugar level remain normal, but facing another concerns about the side effects of treatment which can lead to complication of hypoglycemia. This condition will affect the psychological fearness of repeated attacks that result a traumatic feelings in diabetic patients. The study aimed to gain in depth understanding of diabetic patients experiences who had experienced of hypoglycemia episodes in Persadia Depok. This

was a qualitative research which applied phenomenology method and involved six participants with diabetes mellitus experienced hypoglycemia episodes. Data were collected using in-depth interview and field notes. A Colaizzi's content analysis method was operated across data and revealed 6 themes: decline in physical function while in response to hypoglycemia, traumatic feelings when experiencing hypoglycemia, participants' understanding that caused of hypoglycemia, awareness of hypoglycemia prevention, internal beliefs became the main source of coping strategy to face hypoglycemia and nursing care needs. The results of this study suggested a need of improvement in nursing education for patients with hypoglycemia.

PENDAHULUAN

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit metabolik yang bersifat kronik, ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah sebagai akibat dari adanya gangguan penggunaan insulin, sekresi insulin, atau keduanya (Smeltzer et al, 2010; ADA, 2013). Insulin adalah hormon yang disekresi dari pankreas dan dibutuhkan dalam proses metabolisme glukosa. Saat insulin tidak bekerja sebagaimana fungsinya maka terjadi penumpukan glukosa di sirkulasi darah atau hiperglikemia (Price & Wilson, 2006).

Berdasarkan *standard of medical care in diabetes*, klasifikasi diabetes dijabarkan secara lengkap berdasarkan penyebabnya (ADA, 2013). Diabetes tipe 1 adalah tubuh sangat sedikit atau tidak mampu memproduksi insulin akibat kerusakan sel beta pankreas ataupun adanya proses autoimun. Umumnya DM tipe 1 menyerang di usia anak-anak dan remaja. Diabetes tipe 2 adalah hasil dari gangguan sekresi insulin progresif yang menyebabkan terjadinya resistensi insulin. DM tipe spesifik lain terjadi sebagai hasil kerusakan genetik spesifik sekresi insulin dan pergerakan insulin ataupun pada kondisi-kondisi lain. Diabetes gestasional adalah diabetes yang terjadi selama kehamilan (ADA, 2013; Alberti, 2010). Di antara tipe diabetes yang memiliki jumlah terbesar adalah DM tipe 2 dengan prosentase 90% - 95% dari keseluruhan penderita diabetes (IDF, 2012).

Prevalensi DM tipe 2 paling besar ditemukan pada populasi urban di negara-negara berkembang, dimana diperkirakan jumlahnya akan meningkat sebesar 100% pada tahun 2030 (Wild et al, 2004). Perubahan demografik yang paling berperan dalam meningkatkan prevalensi DM adalah peningkatan proporsi penduduk berusia 65 tahun atau lebih (Sue Kirkman et al, 2012; Wild et al, 2004). Estimasi IDF di tahun 2012 menunjukkan bahwa China merupakan negara dengan prevalensi diabetes tertinggi di dunia dengan jumlah penderita mencapai 92,3 juta jiwa, diikuti dengan India sebanyak 63 juta jiwa, dan Amerika Serikat 24,1 juta jiwa. Indonesia sendiri

berada pada peringkat ke 7 dengan jumlah penderita mencapai 7,6 juta jiwa. Berdasarkan kecenderungan statistik selama 10 tahun terakhir, IDF memprediksikan bahwa pada tahun 2030 Indonesia akan berada pada peringkat ke enam dengan jumlah penderita mencapai 12 juta jiwa (IDF, 2012).

Prevalensi nasional diabetes melitus yang berada di perkotaan lebih tinggi dibandingkan yang berada di pedesaan (Kemenkes RI, 2007). Berdasarkan hasil pengukuran gula darah pada penduduk berusia di atas 15 tahun yang bertempat tinggal di perkotaan adalah 5,7%. Sebanyak 13 provinsi mempunyai prevalensi DM di atas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Riau, Lampung, Bangka Belitung, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Maluku Utara (Kemenkes RI, 2007). Dari hasil penelitian Riskesdas pada tahun 2007, diperoleh prevalensi total DM tipe 2 di Provinsi Jawa Barat pada daerah perkotaan mencapai 4,2% dengan persentase toleransi glukosa terganggu (TGT) mencapai 7,8%. Sementara itu untuk survei di daerah pedesaan menunjukkan bahwa prevalensi DM mencapai 1,1% (Kemenkes RI, 2007).

Kota Depok memiliki angka diabetes yang cukup tinggi. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI dan bekerjasama dengan WHO dalam Rahjeng & Kusumawardhani (2007) menunjukkan bahwa prevalensi penderita diabetes di Kota Depok pada rentang usia 25-64 tahun adalah sebesar 8% dengan prevalensi tertinggi pada rentang usia 55-64 tahun yakni sebesar 21,5%. Sedangkan prevalensi untuk kadar glukosa darah puasa di atas normal adalah sebesar 6,1% pada rentang usia 25-64 tahun. Prevalensi tertinggi diperoleh pada rentang usia 55-64 tahun yakni sebesar 15,2%. Sedangkan untuk prevalensi gula darah sewaktu di atas normal mencapai 3,2% pada rentang usia 25-64 tahun, dengan prevalensi tertinggi pada rentang usia 55-64 tahun yakni sebesar 7%.

Secara umum diabetes melitus memerlukan

perawatan jangka panjang yang membutuhkan pengawasan. Tanpa pengelolaan yang baik maka akan terjadi peningkatan gula darah yang dapat menimbulkan komplikasi pada banyak organ dan jaringan (Doriguzzi, 2012). Berdasarkan *Textbook of Diabetes*, komplikasi yang dapat ditimbulkan berupa komplikasi metabolik akut dan kronik (Cryer, 2010). Komplikasi akut terjadi pada saat kadar glukosa darah plasma mengalami perubahan yang relatif akut. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain; hipoglikemi, ketoasidosis diabetik dan hiperosmolar non ketotik. Hipoglikemia dapat terjadi seumur hidup selama program pengobatan yang disebabkan karena efek samping pemberian obat stimulus insulin dalam tubuh maupun obat insulin dari luar (Cryer, 2010). Ketoasidosis diabetik dan hiperosmolar non ketotik, keduanya dapat terjadi karena kadar insulin yang sangat menurun, pasien mengalami hiperglikemia dan glukosuria berat, penurunan lipogenesis, peningkatan lipolisis dan peningkatan oksidasi asam lemak bebas (Smeltzer et al, 2010).

Sedangkan komplikasi kronik adalah peningkatan gula darah yang berlangsung terus-menerus dan lama yang berdampak pada terjadinya angiopati diabetik yaitu gangguan pada semua pembuluh darah di seluruh tubuh. Pada komplikasi kronik, terjadi gangguan berupa: mikroangiopati (retinopati, nefropati) dan makroangiopati (jantung koroner, luka kaki diabetik, stroke) ataupun terjadi pada keduanya (neuropati, rentan infeksi, amputasi) (Smeltzer et al, 2010). Setiap tahunnya lebih dari empat juta orang meninggal akibat diabetes, dan jutaan orang mengalami efek buruk dari diabetes atau berada dalam kondisi komplikasi jangka panjang dan komplikasi jangka pendek yang mengancam jiwa terutama kondisi hipoglikemia (IDF, 2011).

Hipoglikemia adalah episode ketidaknormalan konsentrasi glukosa dalam plasma darah yang menunjukkan nilai kurang dari 3,9 mmol/l (70 mg/dl) dan merupakan komplikasi akut DM yang seringkali terjadi secara berulang (Cryer, 2005). Ada sedikit variasi nilai kadar glukosa darah dalam mendefinisikan hipoglikemia. Menurut Smeltzer et al (2010) hipoglikemia terjadi ketika kadar glukosa kurang dari 50-60 mg/dl, menurut Williams & Hopper (2007) < 50 mg/dl, Dunning (2009) < 54 mg/dl dan (Cryer, 2010); Ferry (2013) <= 70 mg/dl. Berdasarkan *American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia*, (2005) sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan banyak riset tentang hipoglikemia, nilai <= 70 mg/dl adalah nilai rujukan yang sekarang digunakan untuk mendefinisikan hipoglikemia (ADA, 2005).

Hipoglikemi yang tidak tertangani dengan baik dapat memperberat penyakit diabetes bahkan menyebabkan kematian (ADA, 2013; Cryer, 2005; Ferry, 2013; Phillips, 2009).

Hipoglikemia dapat terjadi pada saat pasien berada pada ruang perawatan klinis maupun dapat menyerang tanpa disadari pada saat pasien menjalani perawatan di rumah (Gibson, 2009; Tsai et al, 2011). Hipoglikemi pada orang DM dapat disebabkan oleh beberapa hal, di antaranya: pemberian dosis insulin yang berlebih, perhitungan dosis insulin yang tidak sesuai dengan intake makanan, penggunaan obat hipoglikemi oral jenis sulfonilurea sebagai obat untuk menstimulasi produksi insulin tubuh, makan terlalu sedikit atau terlewatkan waktu makan, dan aktivitas fisik yang berlebih (Phillips, 2009; Smeltzer et al, 2010). Survei *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS) yang meneliti penyandang DM pada semua tipe selama 6 tahun, menunjukkan hasil bahwa 76% hipoglikemi yang dialami responden akibat penggunaan insulin, 45% akibat dari penggunaan konsumsi obat sulfonilurea, dan 3% akibat dari tidak adekuatnya diet (Cefalu, 2005).

Hipoglikemia diklasifikasikan sebagai ringan, sedang dan berat berdasarkan tanda dan gejala serta kebutuhan bantuan dari luar (Frederick, Cox, & Clarke, 2003). Hipoglikemi ringan dan sedang menimbulkan gejala keringat dingin, tubuh terasa gemetar, jantung berdebar, kecemasan, sulit berkonsentrasi, dan rasa lapar. Pasien DM dapat menolong dirinya sendiri dengan cara meminum atau makan yang mengandung gula. Hipoglikemia berat sering muncul tanpa dirasakan, menimbulkan gejala kelelahan fisik, kebingungan, perubahan perilaku, koma, kejang sampai terjadi kematian. Kondisi ini membutuhkan bantuan penatalaksanaan medis secara cepat (Cryer et al, 2003; Frederick et al, 2003).

Hipoglikemia membutuhkan penanganan dengan cepat dan tepat sehingga tidak berdampak merusak organ utama manusia terutama otak (Amiel et al, 2008; Bonds et al, 2010). Penurunan kadar glukosa di bawah nilai < 55 mg/dl akan berdampak secara akut pada fungsi otak karena otak sangat tergantung dengan glukosa dan otak tidak mampu menyimpan cadangan glukosa untuk proses metabolismenya (Zammitt & Frier, 2005). Sel otak akan mengalami iskemia apabila tidak mendapatkan suplai oksigen dan glukosa 4-6 menit, serta akan menimbulkan kerusakan otak yang bersifat irreversible jika lebih dari 10 menit (Liang et al, 2009).

Selain secara fisiologis telah diketahui bahwa hipoglikemia akan mengancam kehidupan, secara psikologis hipoglikemi juga memberi dampak negatif

bagi pasien dan pengelolaan diabetes melitusnya. Dari hasil observasi dan wawancara studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti pada 12 orang penyandang DM di kota Depok dan seorang pasien DM yang sedang mengalami perawatan di salah satu RS di Jakarta diperoleh bahwa hipoglikemia pada pasien sering terjadi pada saat pasien lupa makan tetapi tetap mengkonsumsi obat jenis sulfonilurea. Mereka beranggapan bahwa obat oral yang mereka konsumsi dapat menyembuhkan DM, sehingga mereka selalu disiplin untuk mengkonsumsinya pagi dan sore tanpa diikuti dengan asupan makanan yang sesuai. Terkadang hipoglikemia juga terjadi saat aktivitas yang berlebihan seperti olahraga yang terlalu lama. Hampir semua penyandang DM yang pernah memiliki pengalaman mengalami hipoglikemia mengatakan adanya ketakutan dan kecemasannya terhadap pengalaman hipoglikemia. Penyandang DM merasakan, saat terjadi hipoglikemi penanganannya lebih sulit dan lebih mengancam nyawa daripada hiperglikemi. Begitu menakutkannya pengalaman menghadapi serangan hipoglikemia sehingga membuat penyandang DM lebih memilih mengalami keadaan hiperglikemia dibandingkan mengalami hipoglikemia. Penelitian Richmond (1996) dan Shiu & Wong (2002) menemukan bahwa responden yang mengalami peningkatan rata-rata ketakutan terhadap hipoglikemi mengalami kegelisahan, kecenderungan meningkatkan kadar glukosa darah dengan makan yang berlebihan atau mengurangi dosis injeksi insulin. Hasil konsorsium tentang hipoglikemia yang dilakukan oleh *American Diabetes Association* tahun 2005 melaporkan bahwa orang dengan DM memiliki ketakutan yang lebih terhadap hipoglikemia dibandingkan saat mereka mengalami komplikasi kronik diabetes.

Penyandang DM atau yang sering disebut diabetisi akan menghadapi situasi dilematik dalam pencegahan komplikasi hiperglikemi maupun hipoglikemi (Wu, Juang, & Yeh, 2011). Situasi dilematik yang dihadapi adalah pasien diharuskan untuk mencegah hiperglikemi dengan mempertahankan kadar gula darah normal melalui pengelolaan terapi insulin, mengkonsumsi obat oral ataupun dengan modifikasi gaya hidup seperti melalui olahraga dan diet dengan teratur. Di lain hal, pasien juga menghadapi ketakutan dan kekhawatiran akan efek samping terapi yang dapat menyebabkan komplikasi hipoglikemia (Wu et al, 2011).

Penelitian Cefalu (2005) & Doriguzzi (2012) menjelaskan bahwa strategi utama dalam mengontrol hipoglikemia adalah memberikan edukasi pada pasien tentang gejala awal hipoglikemia, bagaimana

menolong atau merawat diri sendiri saat hipoglikemi terjadi. Pasien diajarkan dalam mengatur waktu kebutuhan makan, membatasi jumlah karbohidrat yang dimakan, sering memonitor gula darah dan belajar mengenali hubungan penurunan tingkat gula darah dengan gejala hipoglikemi. Namun hasil studi pasien DM di Hongkong yang mendapatkan terapi insulin dan pernah mengalami hipoglikemia menemukan hasil kontradiktif terhadap strategi pencegahan hipoglikemia tersebut. Penelitian yang dilakukan pada 120 pasien DM di Hongkong yang mendapatkan terapi insulin, menemukan bahwa 18 responden (15%) mengalami peningkatan ketakutan dan kekhawatiran terhadap pengalaman hipoglikemia. Pada penelitian tersebut, 42,5% dari total sampel dilaporkan melakukan kontrol gula darah secara rutin. Menariknya, dari 18 responden yang mengalami ketakutan dan kekhawatiran terhadap pengalaman hipoglikemia, ditemukan 8 responden melakukan kontrol gula darah secara rutin (Shiu & Wong, 2002). Dari kedua penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa dengan melakukan pengontrolan gula darah secara rutin tidak menjamin bahwa seorang pasien akan merasa mampu dan siap dalam menerapkan strategi mencegah hipoglikemia.

Pengalaman hipoglikemia adalah pengalaman unik yang mungkin akan dirasakan berbeda setiap individu dalam mempersepsikannya (Richmond, 1996). Terkadang pasien merasa enggan untuk menceritakan pengalamannya terhadap orang lain (Shiu & Wong, 2002). Di Indonesia, peneliti juga belum menemukan publikasi riset terkait persepsi dan pengalaman pasien menghadapi hipoglikemia. Dengan adanya perubahan paradigma pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien (*patient-centred*) daripada berfokus hanya pada penyakit maka tenaga kesehatan khususnya perawat harus memiliki pemahaman yang komprehensif terhadap pengalaman hipoglikemi dari perspektif diabetisi (Cryer, 2008; Stewart, 2001). Pemahaman itu dapat dijadikan perawat sebagai salah satu sumber dalam melengkapi pengkajian proses keperawatan secara holistik bahwa perawat melihat pasien secara menyeluruh meliputi aspek bio-psikososio dan spiritual. Sejalan dengan fenomena tentang begitu kompleksnya masalah yang dihadapi pasien dalam mengontrol gula darahnya termasuk pengalaman yang menakutkan jika menghadapi hipoglikemia, peneliti tertarik untuk menggali pengalaman pasien tersebut dari segi perspektif pasien.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif

studi fenomenologi. Metode kualitatif digunakan untuk mempelajari pengalaman aktual partisipan yang bermanfaat dalam menyediakan informasi dan mengisi beberapa gaps pada riset-riset yang telah ada. Melalui pendekatan induktif dari riset kualitatif, membantu pemahaman peneliti dalam menggali pengalaman pasien (Morse & Field, 1995; van Manen, 1990). Pendekatan fenomenologi membantu peneliti memahami pengalaman hidup seseorang dan interaksi dengan lingkungan sekitarnya (Morse & Field, 1995). Studi fenomenologi bertujuan untuk menjelaskan konsep dan makna mendasar dari suatu fenomena yang dialami seseorang. Pendekatan ini memudahkan peneliti dalam mengeksplorasi makna utama dari pengalaman klien yang berfokus pada hal-hal yang terjadi atas kesengajaan atau kesadaran penuh dari partisipan (Creswell, 2013; Denzin & Lincoln, 2000). Pada penelitian ini, peneliti berusaha untuk menjabarkan dan mengeksplorasi secara luas dan mendalam tentang pengalaman penyandang DM yang pernah mengalami episode hipoglikemia yang tergabung dalam organisasi Persadia di Kota Depok. Partisipan dalam penelitian ini adalah penyandang DM yang tergabung dalam organisasi PERSADIA di Depok dimana telah mengizinkan peneliti untuk merekrut anggotanya untuk turut serta dalam proses penelitian mulai awal sampai akhir penelitian selesai. Kriteria inklusi penelitian ini antaralain: 1) penyandang DM yang telah terdiagnosis diabetes melitus minimal sejak 6 bulan; 2) penyandang DM sedang menjalani perawatan di rumah; 3) pernah memiliki pengalaman hipoglikemia minimal 1 kejadian atau lebih; 4) Usia >18 tahun; 5) bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani surat kesediaan sebagai partisipan; 6) dapat menceritakan pengalamannya dengan baik. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah partisipan yang mengalami komplikasi akut yang membahayakan seperti koma diabetikum.

Pada penelitian ini, teknik *sampling* yang digunakan peneneliti adalah menggunakan teknik *purposive sampling*. Peneliti berusaha melibatkan partisipan yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, sehingga dapat dipastikan data yang diperoleh akan sesuai dengan konteks fenomena yang diteliti. Pada penelitian ini dipilih partisipan yang telah terdiagnosis selama minimal enam bulan. Menurut Kott (2008) bahwa pada rentang waktu tersebut, penyandang DM sudah mampu menyesuaikan diri secara psikologis dengan kondisinya dan telah dapat melaksanakan manajemen gaya hidup setelah terdiagnosis DM. Pada penelitian ini juga dipilih partisipan yang menjalani perawatan di rumah dengan alasan bahwa partisipan akan secara aktif terlibat

dalam pengelolaan diabetes mandiri, serta klien akan dengan tenang menceritakan pengalamannya terkait hipoglikemia. Penelitian ini dilakukan pada penyandang DM yang terdaftar sebagai anggota Persadia di Wilayah Kota Depok dan dilaksanakan pada bulan Februari sampai dengan Juli 2013.

Sebelum wawancara dilakukan, peneliti akan memastikan partisipan dapat menceritakan pengalamannya terkait hipoglikemia dengan baik dan tidak sedang mengalami gangguan fungsi kognitif menggunakan alat ukur *short portable mental status questionnaire* (SPMSQ) terutama pada calon partisipan yang berusia di atas 65 tahun. Berdasarkan penelitian Fletcher (2012) menyatakan bahwa sebanyak 5% lansia yang berusia di atas 65 tahun telah mengalami demensia. Berdasarkan hal tersebut, partisipan dengan nilai SPMSQ kurang dari atau sama dengan 2 memenuhi syarat untuk menjadi partisipan. Setelah memenuhi kriteria inklusi, partisipan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) setelah diberikan penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan. Peneliti memiliki tanggung jawab profesional untuk menjamin bahwa penelitian yang dilakukan menjaga prinsip etik dan menghormati hak-hak manusia. Penerapan prinsip etik diperlukan untuk menjamin perlindungan terhadap hak-hak partisipan (Polit & Beck, 2012).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Persadia Kota Depok sebelumnya, didapatkan calon partisipan yang memiliki pengalaman hipoglikemia adalah 11 orang. Namun dari jumlah tersebut yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia berpartisipasi serta menyetujui keikutsertaan dalam proses penelitian sebanyak 8 orang. Dari 8 orang calon partisipan, rata-rata usia > 65 tahun sehingga sebelum wawancara dimulai, peneliti melakukan pemeriksaan SPMSQ terlebih dahulu pada seluruh partisipan. Peneliti telah melakukan uji wawancara pada dua partisipan yang pernah mengalami episode hipoglikemia dan memenuhi kriteria inklusi pada tanggal 12 Juni 2013 untuk memastikan peneliti mampu dan kompeten dalam proses penelitian ini. Hal ini dibuktikan dengan melakukan konsultasi transkrip verbatim pada pembimbing untuk menilai kemampuan wawancara peneliti, apakah transkrip verbatim sudah mampu menjawab tujuan penelitian.

Penelitian ini mencapai saturasi data pada partisipan ke-6. Saturasi data tersebut dicapai karena informasi yang disampaikan oleh partisipan ke-6 sudah disampaikan oleh partisipan-partisipan sebelumnya dan tidak ditemukan informasi baru. Tidak ada partisipan yang mengalami komplikasi akut dari

DM sehingga penelitian dapat dilaksanakan dengan baik. Untuk calon partisipan lain yang telah diminta persetujuan menjadi partisipan namun tidak diikuti dalam penelitian, maka peneliti mengucapkan terimakasih serta memberikan penjelasan bahwa proses pengumpulan data dihentikan karena informasi yang dibutuhkan sudah cukup. Kemudian, peneliti melakukan analisis data dengan menggunakan *content analysis* dari Colaizzi yaitu membuat transkripsi verbatim, membaca transkrip secara berulang-ulang, mengumpulkan pernyataan signifikan, menentukan arti setiap pernyataan yang penting, mengumpulkan kata kunci, mengelompokkan ke dalam kategori, kemudian disusun dan dikelompokkan menjadi tema hasil penelitian. Untuk menjamin kebenaran data maka peneliti mempertimbangan prinsip-prinsip berikut: kredibilitas (*credibility*), kestabilan data (*dependability*), objektivitas (*confirmability*), dan validitas (*transferability*)

HASIL

Penelitian ini telah melibatkan enam orang partisipan penderita DM yang telah memenuhi kriteria inklusi penelitian dimana salah satu kriterianya adalah partisipan minimal telah terdiagnosis DM sejak enam bulan yang lalu, dan tidak sedang menjalani perawatan di rumah sakit saat penelitian dilakukan. Semua partisipan yang turut serta dalam penelitian ini adalah penyandang DM yang sedang menjalani perawatan mandiri di rumah masing-masing. Adapun data karakteristik partisipan yang sudah dilakukan wawancara antara lain partisipan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 5 orang, dan perempuan sebanyak 1 orang. Semua partisipan dengan jenis DM tipe 2, rata-rata lama partisipan menderita DM adalah 20 tahun, dengan rentang terlama menderita DM adalah 35 tahun dan yang terbaru 7 tahun. Dari keseluruhan partisipan, sebanyak dua orang menyatakan pernah dirawat di rumah sakit akibat hipoglikemia, satu orang menyatakan pernah dirawat di rumah sakit akibat penyakit selain DM, tiga orang menyatakan tidak pernah dirawat di rumah sakit. Sebanyak satu orang berlatar pendidikan S2, tiga orang S1, dua orang SMA. Status marital partisipan didapatkan 6 partisipan berstatus sudah menikah. Berhubungan dengan riwayat pekerjaan, mayoritas partisipan merupakan pensiunan, sebanyak tiga orang dengan latar belakang pensiunan PNS, dua orang sebagai pensiunan wartawan swasta, dan satu orang partisipan sebagai wiraswasta. Rata-rata usia partisipan adalah 72,2 tahun dimana partisipan termuda berusia 65 tahun dan yang tertua berusia 77 tahun. Keseluruhan

partisipan beragama Islam. Didapatkan berbagai pengalaman penyandang DM dalam menghadapi episode hipoglikemia dalam 6 tema utama:

Penurunan Fungsi Fisik Sementara Sebagai Respon Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan komplikasi akut dari DM yang memberikan manifestasi klinis adanya penurunan fungsi fisik sementara yang dirasakan oleh penyandang DM. Penurunan fungsi fisik tersebut dirasakan sementara jika penyandang DM mendapatkan pertolongan sesegera mungkin dari dirinya sendiri (serangan ringan dan sedang) atau membutuhkan bantuan dari orang lain (serangan berat). Hal sebaliknya dapat terjadi jika penyandang DM mendapat serangan berat tetapi tidak diketahui oleh orang lain sehingga berdampak terhadap kematian.

Dari hasil wawancara terungkap bahwa pengalaman menghadapi episode hipoglikemia itu akan dirasakan berbeda pada setiap partisipan, tergantung dari seberapa berat serangan tersebut. Respon yang dirasakan pada awal serangan adalah adanya kelemahan fisik partisipan. Mayoritas partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasakan badan terasa lemas yang terjadi secara spontan, sesaat serangan itu muncul sehingga kekuatan fisik menurun secara signifikan. Respon tersebut diikuti oleh tubuh terasa gemetar dan keluarnya keringat dingin, pandangan berkunang-kunang serta merasa tidak enak badan.

Penurunan fungsi fisik lain yang berhasil diidentifikasi dari partisipan adalah adanya perubahan kognitif. Hal ini terungkap dari partisipan 1 bahwa berulang kali partisipan menyatakan sewaktu wawancara, mereka merasakan konsentrasinya terganggu yaitu merasa ingatannya tidak beraturan dan mudah lupa. Selain itu, peneliti juga menemukan perubahan fungsi fisik lain yaitu kesadaran menurun. Mayoritas partisipan menyatakan saat serangan tidak dalam kondisi sadarkan diri dan partisipan juga mengungkapkan ketidakmampuan melakukan sesuatu beberapa menit setelah serangan. Sedangkan penurunan fisik terakhir yang berhasil ditemukan peneliti antara lain adanya pencernaan terganggu dan bicara terganggu. Pencernaan terganggu hanya dialami dan diungkapkan oleh partisipan 1 dan 2 bahwa dia merasa mual dan tidak nafsu makan sesaat setelah serangan hipoglikemia. Sedangkan untuk partisipan 6 dan 3 mengungkapkan tidak bisa bicara dan bicara tidak terkontrol. Berikut salah satu petikan pernyataan yang menggambarkan tema penurunan fisik sementara saat menghadapi kondisi hipoglikemia:

"Saya kok ngerasa badan saya lemas begitu ya, terus gemeter, keluar keringat dingin. Pokoknya pikiran terganggu lah, konsentrasi ga ada. Ya saya pasrah aja saat itu, mau mati atau apa kek bodoh amat deh". (P1: L.65-67)

Perasaan Traumatis Ketika Mengalami Hipoglikemia

Perasaan traumatis merupakan pengalaman emosional yang menyakitkan, menyedihkan, atau mengejutkan yang dialami individu yang sering menghasilkan efek mental dan fisik yang berkelanjutan. Hal ini dapat disebabkan karena ketakutan yang berlebih terhadap stresor yang dianggap sebagai ancaman dalam hidupnya. Tema ini menggambarkan perasaan partisipan saat mengingat kembali pengalamannya menghadapi kondisi hipoglikemia. Pengalaman hipoglikemia menjadikan partisipan merasa trauma terhadap kejadian tersebut karena hampir semua partisipan mengungkapkan rasa ketakutannya terhadap kondisi hipoglikemia dan tidak menginginkan hal itu muncul dalam kehidupannya kembali. Akibatnya kecendrungan partisipan untuk menaikkan gula darahnya atau lebih memilih berada dalam kondisi hiperglikemia dibandingkan hipoglikemia.

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa Partisipan 1, 2, 3, 5 dan 6 mengungkapkan ketakutan terhadap hipoglikemia. Mereka mengungkapkan bahwa keluhan yang dirasakan saat terjadi hiperglikemia tidak seberat saat mengalami hipoglikemia yang sudah diungkapkan pada tema sebelumnya. Mereka merasakan bahwa keluhan hiperglikemia itu paling parah adalah rasa pusing saja seperti yang sudah diungkapkan oleh partisipan 5, yang pernah memiliki kadar gula darah sampai 360 mg/dl dan partisipan 1 mengungkapkan hiperglikemia terkadang tidak merasakan keluhan apa-apa walaupun partisipan ini pernah mengalami kadar gula darah sampai 350 mg/dl. Hal senada yang dikeluhkan partisipan 3 saat mengalami hipoglikemia adalah ketakutan terhadap dampak lain saat sedang mengalami hipoglikemia. Partisipan 5 mengungkapkan harus menjalani pemeriksaan menyeluruh seperti pemeriksaan jantung, paru-paru dan ginjal terkait kadar gula darah saat itu mencapai 40 mg/dl.

Selain memunculkan respon ketakutan, partisipan juga mengungkapkan bahwa pengalaman hipoglikemia ini membuat partisipan sampai merasa seolah-olah berada dalam kondisi sedang mengalami proses kematian. Hal ini yang telah teridentifikasi dari pernyataan partisipan 1, 3 dan 5. Partisipan 3 dan 5

menceritakan bahwa saat mengalami hipoglikemia berat, terutama saat kesadaran mulai menurun, mereka merasakan tanda gejala seperti badan terasa dingin semua sekujur tubuh dan pasrah kepada Allah SWT jika ajal menjemput. Sedangkan partisipan 1 menceritakan ketidakberdayaannya terhadap apa yang dialami tersebut membuatnya seperti menghadapi kematian dan yang hanya bisa dilakukannya hanya pasrah terhadap Allah SWT sehingga berharap kejadian itu tidak terulang lagi.

Sedangkan partisipan 5 mengungkapkan bahwa hipoglikemia adalah pengalaman yang sangat buruk bagi dirinya. Apa yang pernah dirasakan oleh partisipan 5 membuatnya merasa jera dan tidak ingin terulang kembali. Berikut ini salah satu pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan terkait tema perasaan traumatis saat menghadapi hipoglikemia:

"gula darah itu kan yang bahaya saat gula darah ngedrop bukan saat gula darahnya sedang tinggi. itu yang paling saya takutkan, dan ga kepengen terjadi lagi". (P2: L.211-213)

Pemahaman partisipan terhadap penyebab hipoglikemia

Tema "pemahaman partisipan terhadap penyebab hipoglikemia" teridentifikasi setelah peneliti melakukan *clustering* kategori-kategori yang mengindikasikan perilaku partisipan yang dapat menyebabkan terjadinya episode hipoglikemia. Pemahaman terhadap penyebab hipoglikemia ini muncul setelah mayoritas partisipan mengalami hipoglikemia berulang. Dari pengalaman tersebut partisipan mencoba mempelajari bagaimana hipoglikemia itu bisa terjadi dan sebab apa yang mendasari kejadian tersebut. Berdasarkan ungkapan partisipan saat mengalami kondisi hipoglikemia, terdapat tiga kategori yang menunjukkan penyebab hipoglikemia, yaitu: tidak makan menjadi penyebab hipoglikemia, kesalahan waktu minum obat dan keyakinan yang salah tentang kegunaan obat.

Wawancara yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan partisipan 1 dan 3 mempersepsikan bahwa penyebab hipoglikemia karena pola makan yang terganggu. Partisipan 1 menceritakan bahwa saat tubuhnya mulai lapar dan badan mulai terasa tidak enak maka dia bisa mengalami hipoglikemia. Pernyataan senada juga diungkapkan oleh partisipan 3 bahwa saat dia mengalami hipoglikemia dikarenakan dia sering lupa makan. Situasi tersebut dipicu oleh keluhan mulut terasa pahit karena konsumsi obat jantung yang sampai 10 macam sehingga nafsu

terhadap makan juga menurun.

Penyebab lain yang diungkapkan partisipan 2 dan 3 saat mengalami episode hipoglikemia adalah kesalahan waktu minum obat. Partisipan 2 menyatakan, sebab terjadinya hipoglikemia dikarenakan obat yang dikonsumsi melebihi dosis yang seharusnya. Partisipan kurang memahami waktu pemberian obat terutama saat bulan puasa datang. Obat jenis sulfonilurea dengan dosis satu kali dalam 24 jam tetap dikonsumsi saat mau berbuka dan saat mau bersaur sehingga terjadi kelebihan dosis yang menyebabkan mengalami hipoglikemia. Sedangkan partisipan 3 mengungkapkan bahwa kebiasaan dia saat meminum obat adalah dengan tidak membuang bungkus obatnya sehingga saat orang lain tidak mengetahui kebiasaannya dan membuang bungkus obat tersebut maka partisipan bisa terlupa untuk meminum obat.

Sedangkan hal lain yang dialami partisipan 5 adalah keyakinan bahwa DM itu bisa disembuhkan dengan obat. Akibatnya dalam kesehariannya dia selalu rutin minum obat jenis sulfonilurea tanpa mempertimbangkan asupan makanan yang masuk sehingga terjadilah hipoglikemia. Pernyataan yang dinyatakan oleh partisipan yang menggambarkan tema ini adalah:

"Ini keyakinan saya kalau saya minum obat lalu saya puasa mestinya gulanya kan bagus, ... Prekk... terus hipoglikemia, karena Saya itu puasa ga puasa minum obat, saya itu disiplin kok". (P5: L.33-36)

Kesadaran Untuk Pencegahan Hipoglikemia

Kesadaran penyandang DM dalam pencegahan hipoglikemia tumbuh dari pemahamannya mengenali penyebab hipoglikemia dan perasaan traumatis terhadap serangan pertama yang pernah dialaminya. Pengalaman tersebut membuat partisipan sadar akan bahaya hipoglikemia jika tidak mendapatkan penanganan dengan benar. Bayangan akan dampak kematian yang bisa dialami akibat hipoglikemia membuat partisipan selalu menjaga dan mempersiapkan diri jika hipoglikemia itu akan kembali menyerang dikemudian hari. Gambaran pengalaman yang diceritakan partisipan menunjukkan adanya upaya untuk mengatasi serangan ulang, respon kewaspadaan terhadap episode hipoglikemia dan kemandirian dalam mengatur gaya hidup pribadi. Kategori upaya untuk mengatasi serangan ulang diungkapkan oleh mayoritas partisipan dari pengalamannya setelah pernah mengalami

hipoglikemia berat. Mayoritas partisipan saat mulai merasakan adanya gejala hipoglikemia, mempersiapkan diri untuk mengkonsumsi makanan ringan seperti permen, kue manis dan ada juga yang mempersiapkan makan terlebih dahulu sebelum berpegian. Partisipan 3 lebih menyukai jika harus menyediakan segelas teh manis untuk dibawanya saat ada kegiatan di Persadia. Sebab menurutnya minuman manis itu lebih cepat diserap oleh tubuh saat mengalami hipoglikemia.

Kewaspadaan terhadap serangan ulang dalam menghadapi hipoglikemia juga dialami oleh mayoritas partisipan yang menceritakan pengalamannya bahwa penyandang DM itu harus memperhatikan dan berjaga-jaga terhadap sebab-sebab yang membuat dirinya dulu mengalami hipoglikemia. Seperti yang telah diungkapkan oleh partisipan 2, bahwa kejadian hipoglikemia yang pernah dialaminya adalah karena kesalahan waktu minum obat sehingga dia sekarang lebih berhati-hati dalam mengkonsumsi obat setiap harinya. Selain itu upaya mandiri yang dilakukan mayoritas partisipan dengan selalu melakukan medical check-up minimal satu tahun sekali, mengontrol gula darah mandiri dan menjaga pola makan yang disesuaikan dengan konsumsi obat setiap hari akan membantu dalam menjaga agar hipoglikemia dapat dihindari oleh penyandang DM. Berikut adalah ungkapan partisipan 3 sebagai gambaran tema kesadaran untuk pencegahan hipoglikemia:

"Karena saya udah terbiasa ya, kayaknya ya anggap aja itu suatu hal yang pasti. Serangan hipo ini pasti akan datang lagi dan kita harus berjaga-jaga, bersiap-siap apa yang harus kita lakukan. Jadi harus tau cara mengatasinya. Misalnya dengan minum teh manis begitu." (P3:L.377-380)

Keyakinan Internal Menjadi Sumber Koping Utama Dalam Menghadapi Hipoglikemia

Sumber koping merupakan suatu pilihan koping dan strategi seseorang dalam menghadapi stresor. Kondisi traumatis terhadap pengalaman hipoglikemia yang sudah diungkapkan sebelumnya menjadi stressor utama bagi partisipan dalam mempersiapkan strategi koping yang membantu dirinya untuk dapat kembali bangkit. Sumber koping tersebut bisa berasal dari dalam diri (*internal coping*) maupun berasal dari luar (*external coping*).

Hipoglikemia dapat terjadi sewaktu-waktu dan terkadang tanpa dirasakan oleh penyandang DM

yang mengalaminya. Dari pengalaman yang sudah diungkapkan oleh partisipan dalam proses wawancara, menyatakan bahwa saat partisipan masih sadar dan mampu untuk mengenali gejala dini dari hipoglikemia maka orang pertama yang bisa menolongnya adalah dirinya sendiri. Maka hal pertama yang harus mereka lakukan adalah dengan mempersiapkan makan-makanan yang mengandung gula seperti permen, membawa teh manis saat beraktivitas senam dan kegiatan-kegiatan lain. Baru setelah itu, jika ada serangan yang lebih berat dan partisipan merasa tidak mampu melawannya sendiri maka saat itu membutuhkan bantuan orang lain terutama keluarga terdekat. Strategi untuk membangkitkan semangat partisipan sendiri dilakukan dengan usaha menumbuhkan keyakinan diri. Keyakinan ini hanya bisa dibentuk oleh penyandang DM sendiri yang memiliki kebulatan tekad untuk membawa kondisinya tetap stabil.

Dukungan lain yang dibutuhkan oleh penyandang DM adalah dukungan dari keluarga inti seperti istri/suami dan anak. Partisipan 3 menceritakan pengalamannya saat mengalami hipoglikemia bahwa disaat tidak merasakan dan tidak mampu mengontrol dirinya orang pertama yang hadir untuk membantunya adalah istrinya. Kemudian istri bergegas untuk meminta bantuan anaknya untuk membawanya ke Rumah Sakit. Setelah kejadian tersebut istri dan anaknya menjadi lebih perhatian dan memperhatikan perilakunya sehari-hari. Selain dukungan keluarga inti, partisipan saat mengalami episode hipoglikemia juga mendapatkan dukungan dari orang lain seperti saudara, tetangga maupun teman sejawat diabetisi saat di Persadia.

Tumbuhnya semangat hidup partisipan juga melalui dukungan orang lain yang didapatkan dari pembelajaran sesama diabetisi yang mempunyai pengalaman yang sama. Keikutsertaannya dalam kegiatan senam di Persadia menjadikan sosialisasi penyandang DM menjadi lebih baik, saling berkumpul dan bertukar pengalaman menjadi motivasi tersendiri bagi mereka. Begitu pentingnya sumber koping bagi kehidupan penyandang DM terutama keyakinan yang dibangun oleh diri memperkuat kesadaran diri terhadap pencegahan episode hipoglikemia terutama belajar mengenali gejala awal dari hipoglikemia. Berikut ini adalah salah satu ungkapan yang mewakili tema ini:

"Saat saya masih dalam kondisi sadar dan saat itu saya merasakan ada gejala hipo yang bisa menolong saya itu ya saya sendiri. Tapi kalau udah berada

dalam kondisi blank ya istri saya. Jadi ya kalau misalnya pergi sendiri atau kegiatan macam-macam saya merasa lemes seperti ada tanda-tanda hipo, otomatis saya sendiri cari kue kalau ga gitu ya makan permen gitu". (P4: L.203-207)

Kebutuhan Pelayanan Keperawatan

Tema ini menjelaskan bahwa penyandang DM sebagai individu penerima pelayanan kesehatan mendambakan sebuah bentuk pelayanan yang prima, komprehensif dan tidak membedakan dari aspek finansial dan sosial. Partisipan mengharapkan bahwa setiap orang itu perlu mendapatkan pelayanan yang sama terlepas dari perbedaan status ekonomi yang dimilikinya. Tema ini dibentuk dari kategori-kategori majunya profesi keperawatan, kebutuhan psiko-sosial dan kebutuhan pendekatan interpersonal. Kategori majunya profesi keperawatan dibentuk dari pernyataan partisipan 5 yang menggambarkan harapan mengenai peningkatan kualitas keperawatan yang lebih baik. Harapan ini muncul saat partisipan 5 menjalani perawatan di RS X yang mana melihat tugas perawat saat itu masih secara penuh dibawah kendali dokter. Perawat seolah-olah bekerja seperti robot yang lupa akan peran perawat yang sebenarnya yaitu bekerja sesuai dengan ilmu yang didapatkan saat berada di bangku perkuliahan.

Kebutuhan lain yang diharapkan oleh penyandang DM adalah kebutuhan psikologis dan sosial. Hal ini tergambarkan dari partisipan 4 dan 5 bahwa perawat dalam bekerja seyogyanya selalu melakukan pendekatan psikis disamping pendekatan fisik, memahami kondisi finansial dan sosial pasien. Pendekatan ini sangat penting dan dibutuhkan oleh penyandang DM terutama yang sudah memiliki durasi DM yang cukup lama. Hal lain yang juga diungkapkan oleh partisipan 4 bahwa hendaknya perawat itu lebih berkerja sesuai dengan perannya misalkan peran perawat sebagai pelindung pasien. Partisipan 4 sesuai pengalamannya, melihat sistem pelayanan kesehatan sekarang seperti sebuah bisnis untuk memperkaya diri saja sehingga kurang memperhatikan aspek finansial dan sosial yang melekat pada diri seseorang yang sangat membutuhkan pelayanan kesehatan.

Kebutuhan pendekatan interpersonal tergambarkan oleh partisipan 6 bahwa perawat seharusnya berkerja menggunakan pendekatan yang baik yaitu sebelum melakukan dan sesudah tindakan misalkan menggunakan komunikasi terapeutik sebelum memasang infus ataupun tindakan pemeriksaan tanda-tanda vital. Perawat terkesan tidak

menghormati hak-hak klien sebagai penerima pelayanan yang mengharapkan sebuah kenyamanan dalam proses tindakan saat mulai masuk dan keluar dari Rumah Sakit. Berikut ini adalah pernyataan yang mewakili tema kebutuhan pelayanan keperawatan:

"kalau untuk perawat dalam menghadapi pasien DM, kalau bisa berusaha untuk memahami kondisi finansial, sosial pasien. harus ekstra sabar, pahami dulu sehingga solusinya itu bisa dijangkau dan bisa diterima, terjangkau dalam bidang finansial, diterima dalam arti pendekatannya".
(P4: L.418-422)

PEMBAHASAN

Pengalaman hipoglikemia yang digambarkan oleh partisipan dalam penelitian ini terangkum dalam 6 tema yaitu penurunan fungsi fisik sementara sebagai respon hipoglikemia, perasaan traumatis ketika mengalami hipoglikemia, pemahaman partisipan terhadap penyebab hipoglikemia, kesadaran untuk pencegahan hipoglikemia, keyakinan Internal menjadi sumber coping utama dalam menghadapi hipoglikemia, serta kebutuhan pelayanan keperawatan.

Perubahan Fungsi Fisik Sebagai Respons Hipoglikemia

Dampak hipoglikemi digambarkan oleh partisipan melalui perubahan-perubahan fungsi fisik yang dirasakan. Perubahan fisik yang diungkapkan oleh partisipan tentunya juga bervariasi. Perubahan fungsi fisik tersebut meliputi kelemahan fisik, perubahan kognitif, kesadaran menurun, pencernaan terganggu dan bicara terganggu.

Kelemahan fisik menjadi keluhan pertama yang diungkapkan partisipan ketika menceritakan pengalamannya mengalami hipoglikemia. Hampir semua partisipan mengungkapkan gejala kelemahan fisik yang mencakup badan lemas, badan gemetar, keluar keringat dingin, pandangan berkunang-kunang dan rasa tidak enak badan. Serangan yang dialami oleh partisipan juga sering kali secara tiba-tiba (spontan). Hal ini terjadi sebagai manifestasi dari respon kounter-regulasi tubuh terhadap kondisi hipoglikemia. Menurut Smeltzer et al, (2010) sebab utama terjadinya kelemahan fisik adalah kurangnya *uptake* glukosa oleh sel sel tubuh. Hal ini sebagai dampak rendahnya jumlah insulin ataupun kondisi resistensi insulin sehingga minimnya atau menurunnya fungsi insulin di sistem sirkulasi tubuh akan membuat

sel tidak memperoleh asupan glukosa yang adekuat. Jika kondisi tersebut disertai dengan menurunnya kadar glukosa darah di bawah 60 mg/dl maka berakibat pada rendahnya produksi energi, yang kemudian muncul gejala awal sebagai kelemahan fisik, mudah lelah, dan mengantuk (Cryer, 2010).

Mekanisme awal yang terjadi pada kondisi hipoglikemia adalah reaksi *sympathoadrenal-sympathetic neural* yaitu tubuh akan berespon dengan mensekresi hormon epinefrine, norepinefrine, glukagon, kortisol dan growth hormone (Hillson, 2002). Pelepasan hormon epinefrin inilah yang menyebabkan respon berupa takikardia, palpitasi, tremor, serta keluarnya keringat dingin. Epinefrin juga berperan dalam meningkatkan glukoneogenesis di ginjal, dimana pada keadaan hipoglikemia dapat meningkatkan produksi glukosa kurang lebih 25 % dari kebutuhan tubuh (Williams & Hopper, 2007).

Perubahan kognitif yang diungkapkan oleh empat partisipan adalah adanya konsentrasi yang terganggu sesaat setelah keluhan kelemahan fisik itu muncul. Beberapa menit kemudian kondisi ini akan diikuti oleh adanya kesadaran yang menurun. Partisipan banyak mengungkapkan bahwa setelah konsentrasinya terganggu, tiba-tiba partisipan sudah kehilangan kontrol dirinya dan tidak mampu melakukan sesuatu apapun. Hal ini sesuai dengan teori yang ada bahwa partisipan sudah berada dalam mekanisme respon neuroglikopenik yaitu disfungsi cerebral akibat hilangnya suplai glukosa (Masharani & Gitelman, 2007). Manifestasi yang muncul berdasarkan teori yang ada antara lain bingung, mengantuk, sulit bicara, inkoordinasi, perilaku yang menyimpang (tidak wajar), gangguan visual, dan parestesi. Keadaan ini dapat berkembang ke dalam hipoglikemia berat yang ditandai dengan gangguan kesadaran, koma bahkan kematian (Cryer, 2010; Cryer et al, 2003). Memperkuat teori tersebut bahwa dari identifikasi karakteristik partisipan menunjukkan mayoritas kadar gula darah terendah yang pernah dialami oleh partisipan adalah 50 mg/dl dan ada yang sampai di angka 40 mg/dl dan 37 mg/dl. Masharani & Gitelman, (2007) mengatakan bahwa gangguan fungsi otak sudah dapat terjadi pada kadar glukosa darah 50 mg/dl (2,8 mmol/L) atau kurang dari nilai tersebut.

Melihat dari rata-rata usia partisipan adalah 72,2 tahun dan rata-rata lama menderita diabetes 20 tahun tentunya para partisipan memang beresiko tinggi terhadap serangan hipoglikemia. Beberapa literatur menyebutkan bahwa usia merupakan faktor resiko terhadap timbulnya hipoglikemia, dimana lansia memiliki resiko mengalami hipoglikemia dengan

frekuensi yang lebih besar. Matyka et al, (2006) menunjukkan bahwa orang yang sudah lanjut usia yang mengalami DM lebih rentan terhadap kejadian hipoglikemia dan frekuensi episode hipoglikemia pada lansia lebih disebabkan adanya penurunan fungsi mekanisme counterregulatory jika dibandingkan pada usia dewasa. Sedangkan lama durasi diabetes berkaitan dengan resiko kejadian dan frekuensi berulang hipoglikemia, dimana episode hipoglikemia yang berulang dapat menimbulkan kerusakan pada glukosensitif. Pasien diabetes yang lama memiliki kecenderungan berkurangnya intensitas keluhan otonomik atau bahkan menghilang disebabkan oleh kegagalan yang progresif aktivasi sistem saraf otonomik, sehingga sering terjadi hipoglikemia yang tidak disadari atau unawareness (Smeltzer et al, 2010). Hal ini sejalan dengan dari identifikasi rata-rata kejadian hipoglikemia partisipan pada setiap tahunnya menunjukkan minimal 1-2 kali kejadian hipoglikemia berat selebihnya masih bersifat ringan. Menurunnya sinyal merasakan tanda dan gejala awal serangan hipoglikemia membuat efek yang ditimbulkan dari serangan tersebut menjadi lebih berat, koma dan sampai meninggal (Cryer et al., 2003). AACE (2011) menemukan hipoglikemia di luar rumah sakit cukup tinggi yakni mencapai lebih dari setengah dari keseluruhan pasien yang menjalani rawat jalan. Survey ini melibatkan 2530 orang diabetes dengan DM tipe 2 selama dua bulan dan menemukan 55% pasien mengalami hipoglikemia di luar rumah sakit. Dari kejadian tersebut mayoritas pasien yang mengalami hipoglikemia adalah saat sedang aktif beraktivitas, yakni saat bekerja (42%), berolahraga (26%), dan mengemudi (19%). Dengan begitu banyak masalah yang dihadapi penyandang DM maka upaya yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kewaspadaan terhadap serangan hipoglikemia dengan mengenali tanda dan gejala awal serangan tersebut.

Perasaan Traumatis Ketika Mengalami Hipoglikemia

Perasaan traumatis merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan yang dipicu akibat peristiwa penuh tekanan yang luar biasa. Perasaan traumatis yang dialami mayoritas partisipan adalah berupa perasaan takut terhadap serangan ulang yang mungkin dirasakan akan lebih berbahaya daripada serangan sebelumnya. Hal lain yang diungkapkan tiga partisipan merasakan bahwa saat berada dalam kondisi hipoglikemia, partisipan membayangkan seperti berada dalam proses kematian dan satu partisipan mengungkapkan bahwa hipoglikemia itu adalah pengalaman yang buruk dalam hidupnya.

Pada paragraf sebelumnya telah diuraikan bahwa mayoritas partisipan mengungkapkan ketakutannya akan pengalaman hipoglikemia. Ketakutan itu memicu partisipan untuk lebih memilih kadar gula yang lebih tinggi dari nilai normal demi menghindari hipoglikemia terjadi lagi. Wu et al (2011) menunjukkan bahwa dari hasil penelitiannya, pasien yang pernah mengalami hipoglikemia berat mengekspresikan ketakutannya terhadap hipoglikemia daripada hiperglikemia. Pilihan tersebut tentunya juga mempunyai konsekuensi negatif terhadap kelangsungan hidup pasien diabetes bahwa mereka akan cenderung mengalami hiperglikemia berkepanjangan dan meningkatkan resiko terhadap terjadinya berbagai komplikasi baik akut maupun kronis (Cryer, 2010).

Penyandang DM yang pernah mengalami hipoglikemia akan dihadapkan pada masalah dilematik antara keinginan untuk menstabilkan kadar gula darahnya yang tinggi dengan meminum obat hipoglikemik oral ataupun injeksi insulin, namun di sisi lain ketakutan akan hipoglikemia berulang akan memaksa mereka untuk lebih memilih meningkatkan kadar gula darahnya. Lundkvist, et al (2005) menemukan adanya korelasi yang signifikan antara frekuensi mengalami hipoglikemia dengan kekhawatiran dan ketakutan dalam menghadapi hipoglikemia. Studi lain menunjukkan bahwa menurunnya frekuensi hipoglikemia akan menurunkan derajat kecemasan dan depresi seiring dengan meningkatnya manajemen perawatan diri penyandang diabetes melitus (Stargardt et al, 2009).

Hal ini tentu patut menjadi perhatian bagi tenaga kesehatan dan menemukan solusi terbaik bagi kelangsungan hidup penyandang DM agar mampu menontrol ketakutan terhadap serangan ulang hipoglikemia. Tujuan dari penatalaksanaan diabetes adalah untuk mempertahankan kadar gula darah stabil dan mencegah adanya komplikasi akut dan kronik yang ditimbulkannya. Perawatan pada penyandang DM membutuhkan pendekatan yang komprehensif yang meliputi keseimbangan dalam memberikan terapi medis, nutrisi, latihan/aktifitas fisik dan monitoring kadar gula darah. Hasil akhir yang diharapkan adalah meningkatnya kemandirian pasien dalam menjaga gaya hidupnya, meningkatnya motivasi dan kepatuhan terhadap terapi diabetes serta meningkatnya kualitas hidup penyandang DM (Cox & Gonder-Frederick, 1992 dalam Erol & Enc, 2011).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan menumbuhkan *self-efficacy* penyandang DM yang memiliki ketakutan terhadap serangan ulang hipoglikemia. Pemahaman yang baik terhadap teori

self efficacy akan berdampak terhadap perubahan positif perilaku, kognitif dan lingkungan pada individu (Quigley, 2005). Penelitian yang dilakukan Shiu and Wong (2002) yang bertujuan untuk menyelidiki persepsi dan pengalaman pasien yang mendapatkan terapi insulin terhadap ketakutan terhadap hipoglikemia menemukan bahwa teori *self efficacy* seharusnya dapat dijadikan conceptual framework, sebagai pedoman praktek perawat dalam mendukung pasien dalam mengontrol gula darah dengan baik. Penelitian ini menyimpulkan bahwa implikasi bagi praktek keperawatan telah teridentifikasi, termasuk memfasilitasi baik teknis dan psikososial *self-efficacy*, mengkaji secara total situasi kehidupan klien, memperkuat kompetensi dalam keterampilan konseling dan membentuk hubungan terapeutik dengan klien (Shiu & Wong, 2002).

Pemahaman Terhadap Penyebab Hipoglikemia

Pemahaman terhadap penyebab hipoglikemia masih dirasakan berbeda-beda pada setiap individu yang memiliki pengalaman hipoglikemia. Itu dapat dilihat dari kategori-kategori yang muncul pada tema ini yaitu tidak makan menjadi penyebab hipoglikemia, kesalahan waktu minum obat, dan keyakinan yang salah tentang kegunaan obat. Hal ini dapat dilihat pada pengalaman yang diceritakan oleh partisipan 1 yang mengatakan bahwa sebelum terjadi serangan hipoglikemia itu saya masih belum tahu apa itu hipoglikemia. Saya baru mengetahui hipoglikemia setelah saya mengalami itu. Kemudian pada partisipan ke 5 mengatakan bahwa kalau saya itu rajin minum obat maka gula darah saya akan turun. Partisipan ini sebelum mengalami serangan berfikir bahwa penyakit diabetes melitus ini adalah penyakit gula darah yang tinggi sehingga dia berusaha untuk menurunkan gula darah tersebut tanpa mengetahui efek penggunaan obat penurun gula darah. Akibatnya dia mengalami hipoglikemia berat hingga dibawa ke Rumah Sakit dan mendapatkan perawatan selama 1 minggu.

Berdasarkan hasil temuan di atas menunjukkan bahwa pengetahuan dan pemahaman klien DM tentang hipoglikemia itu sangat kurang. Kurangnya informasi yang didapatkan dari pemberi pelayanan kesehatan menjadi penyebab permasalahan tersebut. Mayoritas partisipan mengatakan bahwa informasi yang mereka dapatkan dari hasil seminar-seminar, penyuluhan di klinik kesehatan maupun informasi yang diberikan dari Persadia masih bersifat umum tentang diabetes melitus saja dan tidak spesifik membahas masalah komplikasi akut khususnya hipoglikemia. Hal ini yang menimbulkan

ketidapkahaman tentang penyebab hipoglikemia selama ini walaupun sebagian besar partisipan memiliki pendidikan terakhir sarjana. Berdasarkan hasil riset menunjukkan bahwa hanya 13% pasien diabetes yang memiliki pengetahuan tentang hipoglikemia. Kurangnya pengetahuan dalam mengidentifikasi dan interpretasi gejala awal hipoglikemia menjadi penyebab pasien mengalami hipoglikemi berat (Pace et al, 2006).

Upaya promotif seperti pendidikan kesehatan harus diberikan sedini mungkin atau sejak pertama pasien terdiagnosa diabetes agar penyandang DM memiliki pemahaman yang baik berkaitan dengan monitoring glukosa darah, komplikasi akut maupun kronik, pengelolaan peningkatan dan penurunan glukosa darah (Smeltzer et al, 2010). Terbinanya hubungan yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan melalui komunikasi terapeutik juga berperan dalam meningkatkan pengetahuan pasien diabetes. Komunikasi timbal balik antara perawat dan pasien dapat dilakukan dalam layanan konsultasi berkaitan dengan peningkatan pengetahuan tentang hipoglikemia. Beberapa faktor juga turut berperan dalam peningkatan pengetahuan tentang hipoglikemia, misalnya peran keluarga dalam asuhan keperawatan, kemampuan pasien menyerap informasi, dan sebagainya.

Pengetahuan dan pemahaman tentang hipoglikemia memberikan dasar terhadap pengenalan, interpretasi gejala awal hipoglikemia dan pengambilan keputusan berupa intervensi baik secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain (Cryer, 2010). Penyandang DM yang memiliki pengetahuan dan pemahaman hipoglikemia yang baik memiliki kemampuan identifikasi terhadap respon tubuh akibat penurunan glukosa darah yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat. Hipoglikemia berat dapat dihindari dengan penanganan secara cepat dan tepat, namun tindakan yang tidak sesuai dengan pengetahuan yang tepat akan menimbulkan keadaan yang lebih berbahaya (Dunning, 2009). Selain itu, pendidikan yang baik tanpa diimbangi oleh kepercayaan dan motivasi diri yang baik juga tidak akan mampu untuk mencegah terjadinya hipoglikemia berulang. Penyandang DM seyogyanya harus membangun kepercayaan diri sehingga fluktuasi gula darah yang dialaminya dapat terkontrol oleh *self efficacy* yang dimilikinya. Hal ini sejalan dengan apa yang diungkapkan Bandura bahwa *self efficacy* yang tinggi, akan mendorong individu untuk giat dan gigih melakukan upayanya. Sebaliknya individu dengan *self efficacy* yang rendah, akan diliputi perasaan keraguan akan kemampuannya. Jika individu tersebut

dihadapkan pada kesulitan, maka akan memperlambat dan melonggarkan upayanya, bahkan dapat menyerah (Pajares & Urda, 2006).

Kesadaran Untuk Pencegahan Hipoglikemia

Pengalaman hipoglikemia dapat menciptakan ketakutan yang akhirnya menimbulkan perasaan traumatis. Kondisi tersebut menumbuhkan kesadaran bagi partisipan untuk mencegah agar supaya kejadian tersebut tidak terulang kembali. Hal itu dapat dilihat dari sub tema yang muncul pada tema ini adalah adanya kewaspadaan penyandang DM dan kemandirian penyandang DM untuk secara aktif melakukan pemeriksaan kondisi tubuhnya. Kewaspadaan itu muncul dari pengalaman tidak menyenangkan yang dialami sebelumnya. Respons yang muncul dari kewaspadaan adalah adanya perubahan perilaku positif yang dialami partisipan untuk selalu menjaga kondisi fisiknya tetap stabil. Perilaku tersebut ditunjukkan melalui kegiatan-kegiatan positif seperti mengikuti senam 3 kali dalam 1 minggu dan juga mengikuti acara-acara seminar. Perubahan perilaku sadar terhadap pencegahan hipoglikemia berulang salah satunya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan partisipan yang memiliki karakteristik pendidikan sarjana.

Tingkat pendidikan adalah salah satu faktor penentu terjadinya perubahan perilaku dan daya serap informasi (Notoatmodjo, 2003). Seseorang yang berpendidikan tinggi berarti telah mengalami proses belajar yang lebih panjang sehingga proses itu maka akan banyak perubahan perilaku yang akan dapat dipelajari dan begitu juga akan banyak informasi yang akan dipahami. Tidak banyak riset yang menunjukkan adanya korelasi langsung antara tingkat pendidikan dengan kemampuan dalam menyadari adanya episode hipoglikemia, namun lebih mengkaitkan dengan pengetahuan. Palaiyan et al (2006) mengkaitkan pengaruh konseling terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam pengelolaan hipoglikemia. Pace et al (2006) juga mengkaitkan faktor pengetahuan pencegahan hipoglikemia dalam pengelolaan diabetes. Pengetahuan tentang hipoglikemia dapat diperoleh dari pengalaman pasien sendiri atau dari sumber informasi lain, walaupun pada jenis pendidikan formal tertentu pengetahuan tentang hipoglikemia dipelajari, sehingga tingkat pendidikan bukan merupakan variabel yang dominan terhadap kemampuan pasien dalam mendeteksi episode hipoglikemia. Apabila dikaitkan dengan konsep pendidikan di atas, penelitian ini tidak sesuai dengan teori bahwa semakin tinggi pendidikan semakin mudah menerima pengaruh luar yang positif,

obyektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Pengalaman hipoglikemia terbukti memiliki dampak yang luas bagi pasien, mencakup dampak sosial, emosional, dan dampak fisik (termasuk kematian). Hipoglikemia dapat dipicu oleh ketidaktepatan dalam perawatan mandiri seperti lupa tidak makan, penggunaan dosis obat yang tidak tepat, peningkatan aktivitas fisik berlebih, atau penurunan asupan makanan (Hegney, 2011). Pengalaman hipoglikemia dalam berbagai tingkatan juga terbukti menurunkan optimalisasi penggunaan fasilitas dan jasa tenaga kesehatan oleh pasien dan keluarganya, disamping juga memberikan tekanan psikologis yang berat baik bagi pasien maupun keluarganya (Currie, 2006). Rasa takut yang timbul akibat pengalaman hipoglikemia juga terbukti secara signifikan menurunkan kualitas hidup pasien. Hal ini terjadi karena rasa takut akan hipoglikemia akan menurunkan efektivitas kontrol glikemik pasien yang kemudian memicu timbulnya berbagai komplikasi (Norfeldt, 2005). Dengan meningkatnya kesadaran terhadap penyebab hipoglikemia maka akan menciptakan kesadaran baru dalam mengontrol kadar gula darah dalam kondisi stabil.

Keyakinan Internal Menjadi Sumber Koping Utama Dalam Menghadapi Hipoglikemia

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang yang dilakukan saat menghadapi kondisi hipoglikemia. Pada penelitian ini didapatkan bahwa partisipan yang memiliki pengalaman dalam menghadapi hipoglikemia memiliki pilihan koping dan strategi sendiri dalam memilih koping yang tepat dalam hidupnya seperti dukungan keluarga, lingkungan, pelayanan kesehatan dan keyakinan internal yang berasal dari diri sendiri. Sumber koping yang menjadi pilihan utama partisipan adalah keyakinan internal yang ada dalam dirinya sendiri. Mayoritas partisipan menunjukkan pengalaman hipoglikemia sebagai pelajaran diri, sebagai motivasi untuk tidak terulang lagi serta dapat lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT.

Keyakinan internal diri atau *positive belief* ini biasa disebut juga sebagai *self efficacy*. Menurut Bandura (1997 dalam Stuart & Laraia (2006) *self efficacy* merupakan kapabilitas dari kepercayaan diri individu. Individu yang mempunyai *self efficacy* yang tinggi akan memberikan efek terhadap pemikiran, motivasi, suasana hati serta kesehatan fisik individu tersebut sehingga stressor dianggap sebagai tantangan. Albal & Kultu (2010) menjelaskan bahwa Individu dengan *self efficacy* yang tinggi cenderung mempunyai

keyakinan positif terhadap kesulitan yang didapat serta mempunyai ekspektasi tinggi untuk sukses

Dukungan lain yang dianggap partisipan penting adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Setiadi, 2008). Dukungan keluarga sangat bermanfaat dalam pengendalian seseorang terhadap tingkat kecemasan, ketakutan dan dapat pula mengurangi tekanan-tekanan yang ada pada konflik yang terjadi pada dirinya. Dukungan tersebut berupa dorongan, motivasi, empati, ataupun bantuan yang dapat membuat individu yang lainnya merasa lebih tenang dan aman. Sumber koping lain yang diperlukan diabetisi yang mengalami hipoglikemia adalah sosial support seperti tetangga, atau orang lain yang juga dapat diperoleh dari pembelajaran terhadap orang lain yang mengalami sakit yang sama.

Pengalaman tak terduga (*vicarious experiences*) dalam hal ini yaitu observasi terhadap orang lain. Melihat orang lain mencapai kesuksesan juga penting sebagai sumber *self efficacy*. Orang lain dapat menjadi *role models* dan memberikan informasi tentang kesulitan dalam perilaku tertentu. Seseorang akan menggunakan indikator observasi, yang dapat mengukur kemampuan sendiri dan memperkirakan kesuksesan mereka. Observasi terhadap orang lain merupakan sumber yang lebih membangunkan *self efficacy* dibandingkan dengan pengalaman langsung (Lenz & Baggett, 2002).

Kebutuhan Pelayanan Keperawatan

Untuk lebih meningkatkan pemahaman perawat tentang sudut pandang partisipan sebagai penerima pelayanan, maka dalam wawancara peneliti juga mengkaji pengalaman partisipan dalam menerima pelayanan dari perawat. Beberapa pertanyaan dikemukakan oleh peneliti berkaitan dengan pengalaman partisipan ini. Tema ini dikaji oleh peneliti guna lebih meningkatkan manfaat penelitian, sebagai masukan bagi perawat yang menekuni bidang perawatan diabetes agar mampu memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh pasien. Dari hasil wawancara diketahui bahwa tiga partisipan menyatakan pernah dirawat dan tiga partisipan menyatakan tidak pernah dirawat di rumah sakit. Berdasarkan kumpulan pernyataan partisipan dan hasil dari proses *clustering* kategori yang telah dilakukan oleh peneliti, didapatkan dua sub tema, yaitu: majunya profesi keperawatan dan bentuk pelayanan perawat yang diharapkan.

Dari sudut pandang partisipan yang pernah menjalani proses perawatan di Rumah Sakit menyatakan bahwa pada intinya tugas perawat adalah masih bersifat perpanjangan tangan dokter saja yang hanya bekerja dibawah instruksi penuh dokter. Hal ini diketahui dari salah satu partisipan yang mengungkapkan bahwa tugas perawat itu hanya seperti robot, yang hanya berkerja seperti mesin tidak berkerja berdasarkan ilmu dan logika. Partisipan lain mengungkapkan bahwa perawat bekerja tanpa ada komunikasi yang baik kepada pasien, bekerja hanya berfokus pada pendekatan fisik tanpa ada pendekatan psikis, kurang sabar, tidak melihat kekuatan finansial pasien dan perawat hanya menjalankan tugas rutinitas saja semisal memasang infus, oksigen, pemeriksaan gula darah, dan mengukur tanda tanda vital. Selesai menjalankan tugasnya, maka perawat akan melaporkannya kepada dokter kembali. Melihat begitu buruknya penilaian para partisipan terhadap kerja perawat yang berada di lingkungan rumah sakit, sehingga memunculkan harapan yang begitu besar dari para partisipan untuk meningkatkan kualitas profesi keperawatan.

Partisipan yang pernah menjalani perawatan di Rumah Sakit juga menyatakan bahwa perawatan harus berlanjut meskipun pasien sudah pulang dari rumah sakit. Hal ini dilakukan dengan cara memberikan perawatan di rumah, sehingga pasien dan keluarga akan memperoleh manfaat dari kehadiran perawat. Sebanyak tiga partisipan yang tidak pernah menjalani perawatan di Rumah Sakit menyatakan bahwa diabetisi tidak dapat untuk dilepas sendiri tanpa pendampingan, oleh karenanya kehadiran perawat untuk selalu mengontrol dan mendampingi pasien sangatlah dibutuhkan. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara yang mengindikasikan kurangnya pengetahuan partisipan dan keluarga tentang bahaya hipoglikemia, sehingga masih memerlukan kontak secara rutin dengan tenaga medis. Sebagaimana telah dijelaskan pada bagian sebelumnya, bahwa ada tahapan yang harus dilalui jika seseorang ingin merubah perilakunya. Evaluasi dan monitoring terhadap tahap perubahan inilah yang memerlukan kehadiran tenaga kesehatan, khususnya perawat agar proses berubah berjalan lancar sesuai dengan yang diharapkan (Cefalu, 2005). Penelitian Kitis (2006) menunjukkan hasil pentingnya kunjungan rumah oleh perawat bagi penyandang DM. Penelitian ini mengungkapkan bahwa setelah kunjungan rutin selama enam bulan, didapatkan hasil yang signifikan secara statistik dalam hal penurunan HbA1C, glukosa darah puasa, glukosa darah post prandial, serta tekanan darah sistolik. Temuan ini tentunya

mengindikasikan pentingnya dilakukan kunjungan rumah oleh perawat dalam rangka meningkatkan adaptasi perilaku pasien terhadap penyakit diabetes.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan pengalaman klien DM yang pernah mengalami episode hipoglikemia adalah sebagai berikut:

Gambaran pengalaman penyandang DM yang pernah mengalami hipoglikemia diwakili oleh 6 tema, yaitu: penurunan fungsi fisik sementara sebagai respon hipoglikemia, perasaan traumatis ketika mengalami hipoglikemia, pemahaman partisipan terhadap penyebab hipoglikemia, kesadaran untuk pencegahan hipoglikemia, keyakinan internal menjadi sumber koping utama dalam menghadapi hipoglikemia, dan kebutuhan pelayanan keperawatan.

Perubahan fungsi fisik sementara yang dirasakan oleh partisipan saat mengalami episode hipoglikemia meliputi adanya kelemahan fisik, perubahan kognitif, penurunan kesadaran, gangguan pencernaan dan gangguan dalam proses bicara.

Perasaan traumatis merupakan stressor bagi penyandang DM yang pernah memiliki pengalaman hipoglikemia.

Pemahaman partisipan terhadap penyebab hipoglikemia berbeda-beda walaupun latar belakang pendidikan tinggi tidak menjamin seseorang tidak mengalami hipoglikemia kembali.

Kesadaran untuk pencegahan hipoglikemia akan muncul setelah penyandang DM mengalami hipoglikemia terlebih dahulu.

Kayakinan diri merupakan sumber koping yang paling utama bagi penyandang DM dalam menghadapi kondisi hipoglikemia karena dengan menumbuhkan keyakinan yang kuat untuk tetap belajar, mengenali gejala awal hipoglikemia maka kejadian hipoglikemia akan dapat dicegah.

Kebutuhan pelayanan keperawatan sangat diharapkan oleh para penyandang DM selain dari pelayanan medis itu sendiri. Penyandang DM mengharapakan bahwa pelayanan kesehatan itu harus memegang teguh prinsip menghargai orang lain, pemberian informasi dan pendekatan fisik dan psikis yang tepat serta dalam pemberian pelayanan kesehatan juga harus mempertimbangkan aspek finansial dan sosial.

SARAN

Bagi institusi pelayanan keperawatan bahwa

telah diketahui bahwasannya penyandang DM yang pernah mengalami hipoglikemia menunjukkan dampak psikologis berupa ketakutan terhadap serangan ulang maka pelayanan keperawatan hendaknya memberikan pendekatan interpersonal pada individu melalui edukasi secara berkelanjutan, memberikan motivasi dan penguatan terhadap kepercayaan diri pasien sehingga penyandang DM mampu menghadapi hipoglikemia yang dapat menyerangnya setiap saat. Bagi pengembangan ilmu keperawatan bahwa hasil pernyataan-pernyataan yang didapatkan dari partisipan, peneliti mengidentifikasi adanya kesesuaian antara konteks situasi yang dialami penyandang DM dengan teori *self efficacy* bahwa penyandang DM yang memiliki tingkat konfidensi yang baik akan memberikan dampak perubahan perilaku yang baik pula dalam mencegah episode hipoglikemia berulang. Berdasarkan kondisi ini, maka perlu adanya pengembangan pengkajian keperawatan yang berfokus pada *self efficacy* yang dimiliki oleh pasien DM sehingga dapat membantu dalam memperbaiki perilaku *self care* terutama dalam mengontrol kadar gula darah mandiri.

Bagi penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian kembali tentang pengalaman episode hipoglikemia pada penyandang diabetes melitus tipe 1. Hal ini perlu dilakukan karena penyandang DM tipe 1 dari hasil berbagai riset terkait episode hipoglikemia menunjukkan onset yang lebih sering dibandingkan dengan DM tipe 2. Dengan adanya penelitian ini, diharapkan tema yang didapatkan dari hasil penelitian dapat menggambarkan pengalaman yang berbeda dari pengalaman mengalami episode hipoglikemia dari 2 tipe DM tersebut.

KEPUSTAKAAN

- Albal, E., & Kultu, Y. 2010. The relationship between the depression coping self efficacy level and perceived sosial support resources. *Jornal of psychiatric nursing*. May 23, 2013.
- American Association of Clinical Endocrinologists (AACE). 2011. AACE 2011: survey reveals more than half of diabetes patients experience low blood sugar. Florida: American Association of Clinical Endocrinologists.
- American Diabetes Association (ADA). 2005. Workgroup on hypoglycemia defining and reporting hypoglycemia in diabetes. *Diabetes Care*.
- American Diabetes Association (ADA). 2013. Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care*, 36, S11-66.

- Amiel, S.A., Dixon, T., Mann, R., & Jameson, K. 2008. Hypoglycaemia in type 2 diabetes. [Article]. *Diabetic medicine*, 25(3), 245-254. doi: 10.1111/j.1464-5491.2007.02341.x.
- Alberti, K.G.M.M. 2010. *Textbook of diabetes* (4th ed.). The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Bonds, D.E., Miller, M.E., Bergenstal, R.M., Buse, J.B., Byington, R.P., Cutler, J.A., & Sweeney, M.E. 2010. The association between symptomatic, severe hypoglycaemia and mortality in type 2 diabetes: Retrospective epidemiological analysis of the ACCORD study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 340, b4909-b4909.
- Cefalu, C.A.C.W.T. 2005. Controlling hypoglycemia in type 2 diabetes: Which agent for which patient? [Article]. *Journal of family practice*, 54(10), 855-862.
- Creswell, J.W. 2013. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (Second ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publication, Inc.
- Cryer, P.E., Davis, S.N., & Shamon, H. 2003. Hypoglycemia in diabetes. *Diabetes care*, 26(6), 1902-1912.
- Cryer, P.E. 2005. Mechanisms of hypoglycemia-associated autonomic failure and its component syndromes in diabetes. *Diabetes*, 54(12), 3592-3601.
- Cryer, P.E. 2008. The barrier of hypoglycemia in diabetes. *Diabetes*, 57(12), 3169-3176.
- Cryer, P.E. 2010. *Textbook of diabetes* (4th ed.). The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Currie, C.J. 2006. *Multivariate models of health related utility and the fear of hypoglycaemia in people with diabetes*. Dissertation. Oxford University. Proquest science journals. http://www.proquest.com/en-US/catalogs/databases/detail/pq_science_journals.shtml
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. 2000. *Handbook of qualitative research* (Second ed.). Thousand Oaks California: Sage Publications, Inc.
- Doriguzzi, D. 2012. Managing hypoglycemia in patients with type 2 diabetes. *Clinician reviews*.
- Dunning, T. 2009. *Care of people with diabetes. A manual of nursing practice* (3th ed.). The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, PO19 8SQ, United Kingdom: Blackwell's publishing.
- Erol, O., & Enc, N. 2011. Hypoglycemia fear and self-efficacy of turkish patients receiving insulin therapy. *Asian nursing research*, 5(4), 222-228.
- Ferry, R. 2013. Hypoglycemia (low blood sugar). Retrieved April 04, 2013, from: www.emedicinehealth.com/low_blood_sugar_hypoglycemia/article.
- Fletcher, K. 2012. *Nursing standard of practice protocol: Recognition and management of dementia*.
- Frederick, L.A.G., Cox, D.J., & Clarke, W.L. 2003. *Helping patients understand, recognize, and avoid hypoglycemia* (2nd ed.): Alexandria: American Diabetes Association.
- Gibson, H. 2009. Hypoglycaemia unawareness. *Practice nursing*, 20(5), 240-244.
- Hegney, D.G. 2011. *The Experience of Hypoglycaemia and Strategies Used For Its Management by Community-Dwelling Adults with Diabetes Mellitus: A Systematic Review*. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 10(3), 169-180.
- Hillson, R. 2002. *Practical diabetes care* (2th ed.): Oxford University Press.
- International Diabetes Federation (IDF). 2011. *Global diabetes plan*, from <http://www.idf.org/global-diabetes-plan>.
- International Diabetes Federation (IDF). 2012. *IDF Diabetes atlas. Country summary table: Estimates for 2012 5th*. from www.idf.org/diabetesatlas.
- Kemenkes RI. 2007. *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Kementerian kesehatan RI.
- Kitis, Y. 2006. The Effects of Home Monitoring by Public Health Nurse on Individuals' Diabetes Control. *Applied Nursing Research*, 19(3), 134-143
- Kott, K.B. 2008. *Self efficacy, outcome expectation, self care behavior, and glycosylated hemoglobin level in persons with type 2 diabetes* (Dissertation, Marquette University, Milwaukee, Wisconsin). Diunduh dari Proquest Digital Dissertations, <http://www.proquest.com/en-US/catalogs/databases/detail/pqdt.shtml>.
- Lenz, E.R., & Baggett, L.M.S. 2002. *Self efficacy in nursing: Research and measurement perspectives*. NY: Springer Publishing Company.
- Liang, Y., Jiang, J., Mao, Q., Zhang, S., & Xu, W. 2009. Therapeutic window of selective profound cerebral hypothermia for resuscitation of severe cerebral ischemia in primates.
- Lundkvist, J., Berne, C., Bolinder, B., & Jonsson, L. 2005. The Economic and quality of Life impact of hypoglycemia. *European Health Eco-*

- nomics.
- Masharani, U., & Gitelman, S.E. 2007. Hypoglycemic Disorders. Grenspan's Basic & Clinical Endocrinology. eighth edition. United States Of America: The McGraw-Hill Companies.
- Morse, J.M., & Field, P.A. 1995. Qualitative research methods for health professionals (2nd ed.): Thousand Oaks CA: Sage.
- Norfeltdt, S. 2005. Fear and other disturbances of severe hypoglycaemia in children and adolescents. *Journal of pediatric endocrinology and metabolism*, 18(1), 83-91.
- Notoatmodjo, S. 2003. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pace, A.E., Vigo, K.O., Caliri, M.H.L., & Fernandes, A.P.M. 2006. Knowledge on diabetes mellitus in self care process. *Disponible en castellano*, Page; 14 (5), 728 -734.
- Pajares, F., & Urdan. 2006. Self efficacy beliefs of adolescent. USA: Information age publishing.
- Palaian, S., Acharya, L.D., & Rao, P.G.M. 2006. Knowledge, attitude, and practice outcome: Evaluating the impact of counseling in hospitalized diabetic patient in india. *P&T Around the World*, Page; 31 (7), 383 -395.
- Phillips, A. 2009. Revisiting hypoglycaemia. *Practice nursing*, 20(10), 516-518.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. 2012. Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice. Baltimore: Wolters Kluwer Health.
- Price, S.A., & Wilson, L.M. 2006. Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit (6 ed. Vol. 2). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Quigley, M. 2005. Information security & ethics: Social & organizational issues. US: IRM Press.
- Rahjeng, E., & Kusumawardhani, N. 2007. Monitoring and evaluation of the integrated community-based intervention for the prevention of noncommunicable diseases in Depok, West Java, Indonesia. Jakarta: Kementrian kesehatan RI & collaboration with WHO.
- Richmond, J. 1996. Effects of hypoglycaemia: Patients' perceptions and experiences. *British Journal of Nursing*, 5(17), 1054-1059.
- Setiadi. 2008. Konsep dan proses keperawatan keluarga. Yogyakarta: Graha ilmu.
- Shiu, A.T., & Wong, R.Y. 2002. Fears and worries associated with hypoglycaemia and diabetes complications: perceptions and experience of Hong Kong Chinese clients. *Journal of advanced nursing*, 39(2), 155-163. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02255.x.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. 2010. Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing (12th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health; Lippincott Williams & Wilkins.
- Stargardt, T., Gonder-Frederick, L., Krobot, K., & Alexander, C.M. 2006. Fear of hypoglycemia: defining a minimum clinically important difference in patients with type 2 diabetes. Health quality of life outcomes.
- Stuart, G.W., & Laraia M.T. 2006. Principles and practice of psychiatric nursing seventh edition. Philadelphia : Mosby.
- Sue Kirkman, M., Briscoe, V.J., Clark, N., Florez, H., Haas, L.B., Halter, J.B., & Swift, C.S. 2012. Diabetes in older adults: A consensus report. *journal of the american geriatrics society*, 60(12), 2342-2356. doi: 10.1111/jgs.12035.
- Stewart, M. 2001. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 322(7284), 444-445. doi: 10.1136/bmj.322.7284.444.
- Tsai, S.H., Lin, Y.Y., Hsu, C.W., Cheng, C.S., & Chu, D.M. 2011. Hypoglycemia revisited in the acute care setting. *Yonsei medical journal*, 52(6), 898-908. doi: 10.3349/ymj.2011.52.6.898.
- Van Manen, M. 1990. Researching the lived experience: Human science for an actionsensitive science. Albany: State University of New York Press.
- Wild, S., Gojka, R., Green, A., Sicree, R., & King, H. 2004. Global Prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27(5), 1047-1053.
- Williams, L.S., & Hopper, P.D. 2007. Understanding medical surgical nursing (3th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wu, F.L., Juang, J.H., & Yeh, M.C. 2011. The dilemma of diabetic patients living with hypoglycaemia. *Journal of clinical nursing*, 20(15/16), 2277-2285. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03725.x.
- Zammitt, N.N., & Frier, B.M. 2005. Hypoglycemia in type 2 diabetes: Pathophysiology, frequency, and effects of different treatment modalities. *Diabetes care*, 28(12), 2948-2961