



**PENGARUH *BRIEF COUNSELING* TERHADAP TINGKAT PERILAKU,
KEPATUHAN *ADHERENSI* , HASIL TERAPI DAN KUALITAS
HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN
HIPERTENSI DI POLIKLINIK RAWAT JALAN
RS PERKEBUNAN JEMBER KLINIK**

TESIS

Oleh

**Ernita Trivana Prasthiwi
NIM 162520102022**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**PENGARUH *BRIEF COUNSELING* TERHADAP TINGKAT PERILAKU,
KEPATUHAN *ADHERENSI* , HASIL TERAPI DAN KUALITAS
HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN
HIPERTENSI DI POLIKLINIK RAWAT JALAN
RS PERKEBUNAN JEMBER KLINIK**

TESIS

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (S2)
dan mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Ernita Trivana Prasthiwi
NIM 162520102022**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Tesis ini saya persembahkan untuk:

Yang utama dari segalanya , Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT, atas Karunia serta kemudahan yang telah Engkau berikan, akhirnya thesis ini dapat terselesaikan. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW.

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi

1. Almarhum Ibunda dan Ayahanda Tercinta ,
2. Prof. Dr. FX Ady Soesetijo,drg., Sp. Pros Selaku Dosen Pembimbing Utama (DPU) dan Dr. Dewi Rokhmah S.KM., M.Kes Selaku Dosen Pembimbing Anggota (DPA) yang telah memberikan arahan,motivasi, kritik dan saran dengan penuh kesabaran
3. Almamater Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Jember.

MOTTO

“ Hidup adalah pelajaran tentang kerendahan hati “

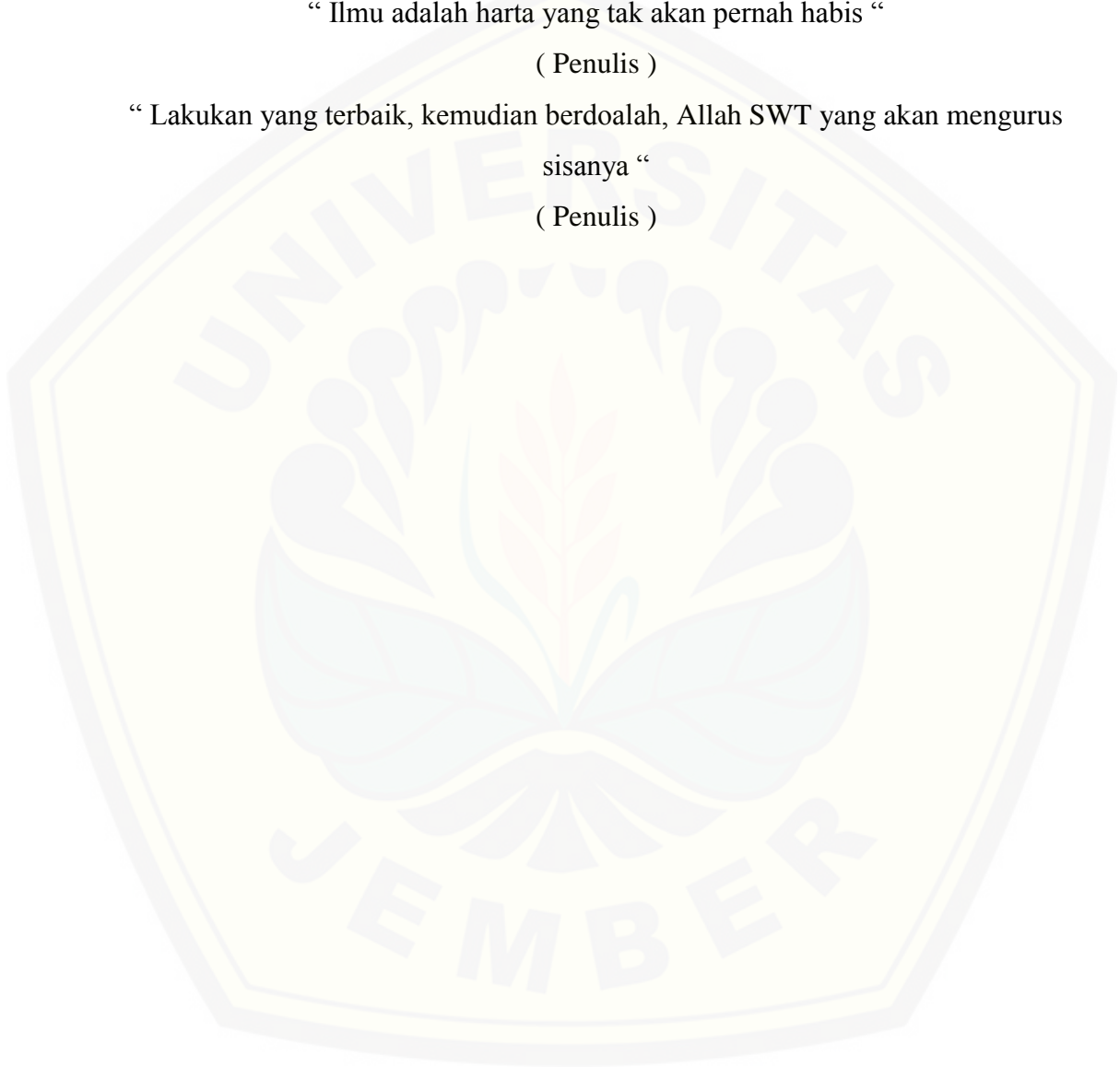
(Penulis)

“ Ilmu adalah harta yang tak akan pernah habis “

(Penulis)

“ Lakukan yang terbaik, kemudian berdoalah, Allah SWT yang akan mengurus
sisanya “

(Penulis)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ernita Trivana Prasthiwi

NIM : 162520102022

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh *Brief Counseling* terhadap Tingkat Perilaku, Kepatuhan *Adherensi*, Hasil Terapi dan Kualitas Hidup Pasien *Diabetes Mellitus* dengan Hipertensi di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Kinik” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 8 Mei 2018

Yang menyatakan,

Ernita Trivana Prasthiwi
NIM. 162520102022

HALAMAN PEMBIMBINGAN

TESIS

**PENGARUH *BRIEF COUNSELING* TERHADAP TINGKAT PERILAKU,
KEPATUHAN *ADHERENSI* , HASIL TERAPI DAN KUALITAS
HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN
HIPERTENSI DI POLIKLINIK RAWAT JALAN
RS PERKEBUNAN JEMBER KLINIK**

Oleh

Ernita Trivana Prasthiwi
NIM 162520102022

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Prof. Dr. FX. Ady Soesetijo,drg.,Sp.Prof

Dosen Pembimbing Anggota : Dr. Dewi Rokhmah S.KM., M.Kes

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tesis berjudul “Pengaruh *Brief Counseling* Terhadap Tingkat Perilaku, Kepatuhan *Adherensi*, Hasil Terapi Dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Dengan Hipertensi Rawat Jalan Di RS Perkebunan Jember Klinik” telah disetujui pada :

Hari : Jum’at, 1 Juni 2018

Tempat : Program Pascasarjana Universitas Jember

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

Prof. Dr. FX.Ady Soesetijo,drg., Sp.Pros
NIP 196005091987021001

Dr. Dewi Rokhmah S.KM., M.Kes
NIP 19708072009122001

RINGKASAN

PENGARUH *BRIEF COUNSELING* TERHADAP TINGKAT PERILAKU, KEPATUHAN *ADHERENSI*, HASIL TERAPI DAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN HIPERTENSI DI POLIKLINIK RAWAT JALAN RS PERKEBUNAN JEMBER KLINIK ;
Ernita Trivana.P. ; 162520102007; 2018: 119 halaman; Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit kronis yang prevalensinya meningkat. Apabila DM tidak diatasi dengan baik akan muncul berbagai macam komplikasi yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Adanya hipertensi pada penyakit DM meningkatkan risiko penyakit jantung, stroke, meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer, albuminuria dan *renal injury*. Ketidakepatuhan merupakan salah satu faktor kunci yang menghalangi pengontrolan tekanan darah dan kadar gula darah sehingga membutuhkan intervensi berupa konseling yang diharapkan dapat merubah perilaku, meningkatkan kepatuhan minum obat sehingga dapat mencapai tekanan darah dan kadar gula darah yang diinginkan serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

Penelitian ini dilakukan dengan rancangan *quasi eksperimental* dengan pengambilan data secara *prospektif* pasien rawat jalan selama periode Maret-April 2018. Subjek yang memenuhi kriteria inklusi sejumlah 69 pasien DM dengan hipertensi dibagi menjadi dua kelompok yaitu 35 pasien yang mendapatkan konseling sebagai kelompok perlakuan dan 34 pasien yang tidak mendapatkan konseling sebagai kelompok kontrol. Kriteria *eksklusi* adalah pasien dengan kondisi hamil dan tuli. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara dan pengisian kuesioner tingkat perilaku , kuesioner kepatuhan *Morisky Modification Adherence Scale* (MMAS) dan kuesioner SF-36. Data tekanan darah dan kadar gula darah diambil dari catatan medis.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian *brief counseling* oleh konselor dapat meningkatkan perubahan perilaku pasien pada kelompok yang

diberikan terapi *brief counseling*. Kepatuhan minum obat memegang peranan yang penting dalam mencapai keberhasilan terapi, Kepatuhan *adherensi* minum obat juga mengalami peningkatan pada kelompok yang diberikan terapi *brief counseling*. Tekanan darah pada kelompok perlakuan tidak mengalami penurunan tekanan darah baik pada tekanan sistolik maupun diastolik secara signifikan, hal ini disebabkan terlalu cepatnya waktu pengukuran kembali tekanan darah dan pemilihan obat hipertensi memiliki *Onset Of Action* yang lama sehingga obat tersebut belum bekerja secara maksimal, dan pada GDS ada perbedaan yang signifikan dimana setelah pemberian terapi *brief counseling*, pasien mengalami penurunan kadar gula darah, hal ini disebabkan karena tepatnya jarak pengukuran kadar gula darah dengan pemilihan obat DM yang tepat dengan *Onset Of Action* atau mula kerja obat *Diabetes Mellitus* tersebut. dan dengan pemberian terapi *brief counseling* dapat meningkatkan kualitas hidup pada domain kesehatan umum, peran fisik, peran emosi dan vitalitas.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa *brief counseling* yang diberikan oleh Praktisi kesehatan pada pasien DM dengan hipertensi memiliki efektivitas pada perubahan perilaku, meningkatkan kepatuhan *adherensi* pasien minum obat, menurunkan tekanan hasil terapi GDS serta meningkatkan kualitas hidup pada domain kesehatan umum, peran fisik, peran emosi dan vitalitas.

Saran yang dapat diberikan kepada Praktisi Kesehatan dalam memberikan *Brief Counseling* khususnya terhadap pasien DM disertai dengan hipertensi untuk memahami *biofarmasetika* tentang obat yang menyangkut *Onset of Action* atau mula kerja obat dalam jaringan tubuh, dan dapat ditentukan dengan tepat waktu atau jarak pengukuran tekanan darah kembali, sehingga akan diperoleh hasil yang maksimal.

SUMMARY

BRIEF COUNSELING EFFEC ON BEHAVIOR , ADHERENCE ADEQUACY, RESULTS OF THERAPY AND QUALITY OF PATIENTS DIABETES MELLITUS WITH HIPERTENSI OUTPATIENTS IN JEMBER PROVIDE CLINICAL HOSPITAL; ErmitaTrivana.P. ; 162520102022; 2018: 119 pages; Master Program of Public University of Jember

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease which its prevalence increases. If the DM is not addressed properly, it will appear a variety of complications that affect the quality of patients' life. The presence of hypertension in DM disease increases the risk of heart disease, stroke, increases peripheral vascular resistance, albuminuria and renal injury. Non-compliance is one of the key factors that impede blood pressure control and blood sugar levels so that it requires counseling interventions that are expected to change behavior, improve adherence to medication. Then, it can achieve blood pressure and blood sugar levels as well as improve the quality of patients' life.

This research was conducted with experimental quasi design by taking prospective data from outpatients during period of March-April 2018. Subjects who fulfilled inclusion criteria of 69 DM patients with hypertension were divided into two groups: 35 patients received counseling as treatment group and 34 patients did not get counseling as a control group. Exclusion criteria are patients with conditions of pregnancy and deafness. The data were collected by conducting interviews and filling out the questionnaire of behavioral level, the Morisky Modification Adherence Scale (MMAS) complaint questionnaire and the SF-36 questionnaire. Blood pressure data and blood sugar levels were taken from medical records.

The results showed that the use of counseling briefings by counselors can improve the behavior change of patients in groups given brief counseling therapy. Drug-adherence compliance plays an important role in achieving therapeutic success. Adherence compliance in taking medication also increased in the group of given brief counseling therapy. Blood pressure in the treatment group did not decrease blood pressure either at systolic or diastolic pressure significantly. It happened too rapidly in the timing of blood pressure re-measurement and hypertensive drug selection has an old onset of action so that the drug has not worked optimally, and in GDS there is a significant difference where after brief counseling therapy, the patient has decreased blood sugar levels, this is because precisely the distance of blood glucose measurements with proper selection of DM drugs with Onset Of Action or the start of the Diabetes Mellitus drug work and the introduction of brief counseling therapy can improve the quality of life in the public health domain, the physical role, the role of emotion and vitality.

Based on the results of this study it can be concluded that the brief counseling given by health practitioners in DM patients with hypertension has effectiveness on behavior change, improves *adherence* compliance of patients in taking medicine, decreases pressure on GDS therapy result and improves quality of life in public health domain, emotion and vitality.

Suggestion that can be given to Health Practitioners in providing Brief Counseling especially to DM patients accompanied by hypertension is to understand the biopharmaceutical about drugs concerning on Onset of Action or start of drug action in body tissues, so that it can be determined on time or distance of blood pressure re-measurement.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Thesis penelitian yang berjudul “Efektivitas *Brief Counselling* terhadap Tingkat Perilaku, Kepatuhan *Adherensi* Minum Obat, Hasil Terapi, dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Dengan Hipertensi di Poliklinik Rawat Jalan Di RS Perkebunan Jember Klinik ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata dua (S2) pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyelesaian Thesis penelitian ini banyak sekali bantuan dari segenap pihak, baik berupa bimbingan, dukungan, doa, dan motivasi yang sangat besar nilainya. Oleh karena itu, penulis dalam kesempatan ini menghaturkan terima kasih dan penghargaan kepada Prof. Dr. FX Ady Soesetijo, drg., Sp. Pros selaku dosen pembimbing utama dan Dr. Dewi Rokmah S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran dan perhatian serta memberikan motivasi sehingga tesis ini dapat terselesaikan dan tersusun dengan baik.

Pada kesempatan kali ini penulis juga mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tidak terhingga kepada :

1. Drs. Moh. Hasan, M. Sc. Ph.D selaku Rektor Universitas Jember
2. Prof. Dr. Ir. Rudi Wibowo, M. S, selaku Direktur Pascasarjana Universitas Jember, sekaligus Penguji 3 yang telah membimbing pembuatan tesis saya
3. Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat;
4. Dr. drg. Ristya Widi Endah Yani, M. Kes, selaku penguji 1 pada ujian tesis ini
5. Dr. Al Munawir M. Kes, Ph.D, selaku penguji 2 pada ujian tesis ini
6. Dr. Elfian Zulkarnai S.KM., M.Kes selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan demi kesempurnaan proporsal tesis saya.
7. Seluruh Dosen kami yang banyak memberikan ilmu yang bermanfaat.

8. Kedua orang tuaku, kakak dan adik terimakasih atas kasih sayang dan motivasi yang diberikan, dukungan doa yang tidak ada putusnya.
9. Pimpinan RS Perkebunan Jember Klinik, yang telah memberi izin penelitian dan mendukung penelitian ini
10. Seluruh responden yaitu karyawan RS Perkebunan Jember Klinik yang sudah berpartisipasi mendukung penelitian ini
11. Teman-teman Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2016 yang selalu kompak;
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu dalam penyusunan proposal penelitian ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya penulis berharap, semoga tesis ini dapat bermanfaat.

Jember, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
PERSETUJUAN PEMBIMBINGAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Praktis	5
1.4.2 Manfaat Teoritis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Diabetes Mellitus	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Klasifikasi.....	7

2.1.3	Faktor Risiko.....	10
2.1.4	Komplikasi.....	10
2.1.5	Penatalaksanaan DM	12
2.2	Hipertensi.....	15
2.2.1	Definisi	15
2.2.2	Etiologi	16
2.2.3	Patofisiologi.....	17
2.2.4	Klasifikasi	18
2.2.5	Kerusakan Organ Target.....	18
2.2.6	Risiko Kardiovaskuler dan Tekanan Darah.....	19
2.2.7	DM dengan Hipertensi.....	24
2.3	Konseling	24
2.3.1	Konseling secara umum.....	24
2.3.2	Konseling individual.....	25
2.3.3	Konseling kefarmasian.....	25
2.3.4	Konseling Singkat Berbasis Solusi.....	25
2.4	Pengukuran Konseling Singkat Berbasis Solusi.....	46
2.5	Penelitian Terdahulu	63
2.6	Kerangka Teori.....	68
2.7	Kerangka Konseptual.....	69
2.8	Hipotesis Penelitian.....	70
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	71
3.1	Desain Penelitian	71
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	72
3.2.1	Tempat Penelitian.....	72
3.2.2	Waktu Penelitian.....	73
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian.....	73
3.3.1	Populasi Penelitian.....	73
3.3.2	Sampel Penelitian	73
3.3.3	Kriteria Inklusi dan Eksklusi	74
3.4	Variabel dan Definisi Operasional	74

3.4.1	Variabel Independen dan Variabel Dependen.....	74
3.4.2	Defenisi operasional	75
3.5	Jenis dan Sumber Data	79
3.5.1	Data Primer	79
3.5.2	Data Sekunder	79
3.6	Teknik dan Alat Pengumpulan Data	79
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	79
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	79
3.7	Teknik Penyajian data dan Analisis Data	80
3.7.1	Penyajian Data	80
3.7.2	Analisis Data.....	80
3.8	Validitas dan Reliabilitas	80
3.8.1	Uji Validitas	81
3.8.2	Uji Reliabilitas	84
3.9	Alur Penelitian	86
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil.....	87
4.1.1	Karakteristik Pasien DM dengan hipertensi di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik	87
4.1.2	Analisis perbedaan Tingkat Perilaku pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi <i>brief counseling</i>	88
4.1.3	Analisis perbedaan Kepatuhan <i>Adherensi</i> Minum Obat pada pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi <i>brief counseling</i>	89
4.1.4	Penilaian terhadap Kepatuhan Analisis perbedaan Hasil terapi Tekanan Darah Sistolik, Diastolik dan GDS pada Pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi <i>brief counseling</i>	90

4.1.5	Analisis perbedaan Kualitas Hidup (<i>Quality Of Life</i>) pada pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi <i>brief counseling</i>	94
4.1.6	Analisis efektifitas <i>brief counseling</i> terhadap tingkat perilaku, kepatuhan <i>adherensi</i> , hasil terapi dan kualitas hidup pada pasien DM dengan hipertensi	95
4.2	Pembahasan	97
4.2.1	Karakteristik Pasien DM dengan hipertensi	97
4.2.2	Analisis perbedaan Tingkat Perilaku pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi <i>brief counseling</i>	101
4.2.3	Analisis perbedaan Kepatuhan <i>Adherensi</i> Minum Obat pada pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi <i>brief counseling</i>	104
4.2.4	Analisis perbedaan Hasil terapi Tekanan Darah Sistolik, Diastolik dan GDS pada Pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi <i>brief counseling</i>	107
4.2.5	Analisis perbedaan Kualitas Hidup (<i>Quality Of Life</i>) pada pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi <i>brief counseling</i>	110
4.2.6	Analisis efektifitas <i>brief counseling</i> terhadap tingkat perilaku, kepatuhan <i>adherensi</i> , hasil terapi dan kualitas hidup pada pasien DM dengan hipertensi	112
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN	115
5.1	Kesimpulan	115
5.2	Saran	115
DAFTAR PUSTAKA	117
Lampiran.		

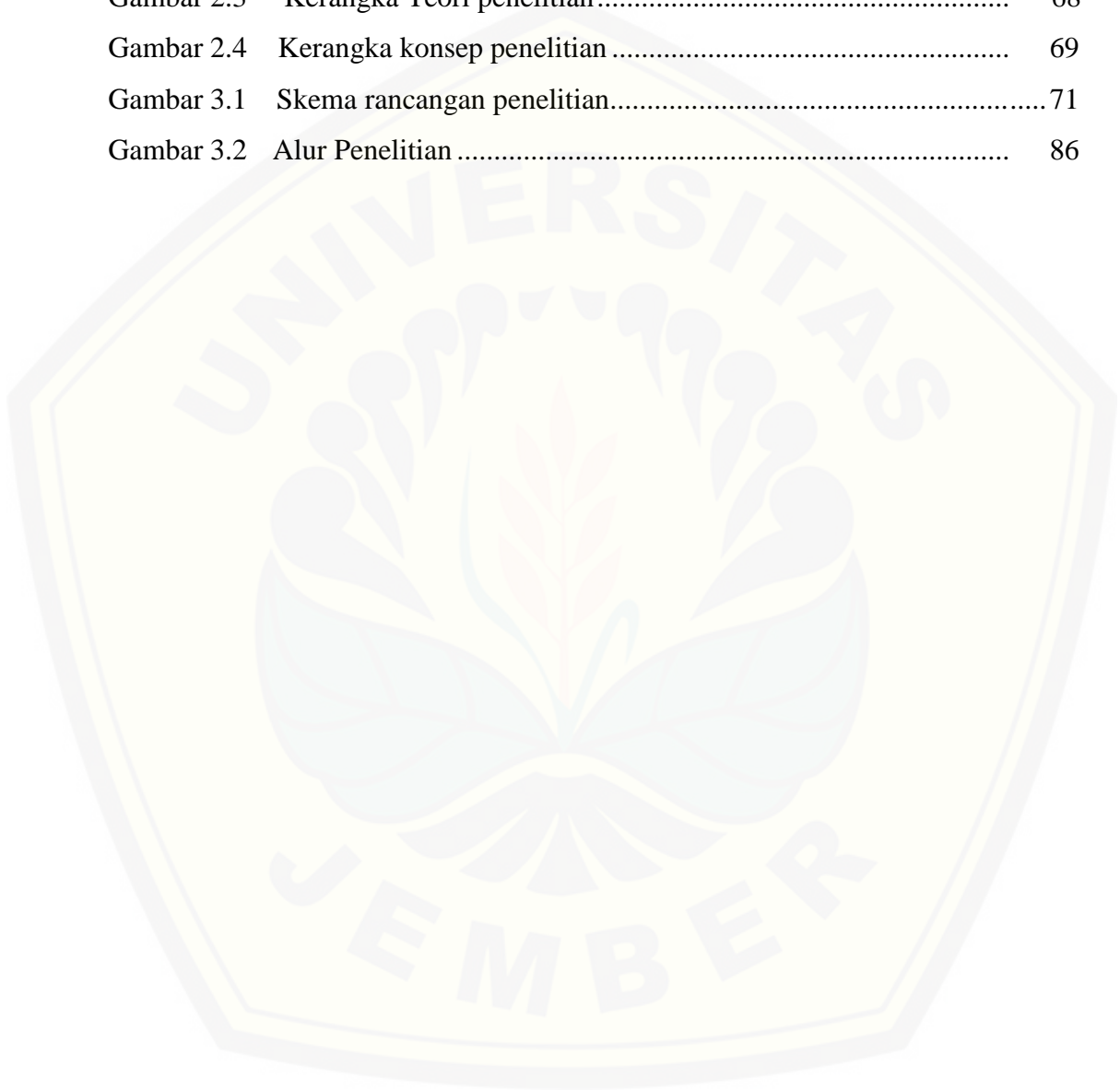
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kriteria Pengendalian DM.....	12
Tabel 2.2	Penggolongan Sediaan Insulin Berdasarkan Mula dan Masa Kerja	14
Tabel 2.3	Klasifikasi Tekanan Darah pada Orang Dewasa menurut JNC VII.....	18
Tabel 2.4	Manifestasi Kerusakan Target Organ.....	19
Tabel 2.5	Perubahan Gaya Hidup Penanganan Hipertensi.....	20
Tabel 2.6	Klasifikasi Obat Antihipertensi Berdasarkan Kerja Utama atau Mekanisme Aksinya	21
Tabel 2.7	Rekomendasi Terapi dengan Indikasi Khusus	22
Tabel 2.8	Perbandingan antara Pendekatan Konseling Berfokus Masalah dan Pendekatan Berfokus Solusi.....	30
Tabel 2.9	Langkah-langkah <i>Brief Counseling</i> berfokus Solusi.....	43
Tabel 2.10	<i>New 8 Item Self Report Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)</i>	54
Tabel 2.11	<i>Modified Morisky Scale (MMS)</i>	55
Tabel 2.12	Pembagian <i>item</i> dalam Konsep Skala SF-36.....	60
Tabel 2.13	Penyebaran jumlah item pertanyaan dalam Skala	61
Tabel 2.14	Skore Penilaian untuk masing masing kategori respon (Ware,1992)	62
Tabel 2.15	Penelitian terdahulu	63
Tabel 3.1	Variabel dan Definisi Operasional.....	75
Tabel 3.2	Hasil Uji Validitas Kuesioner Tingkat Perilaku	82
Tabel 3.3	Hasil Uji Kuesioner MMAS Adherensi 30 Pasien.....	82
Tabel 3.4	Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner SF-36 pada 30 pasien	83
Tabel 4.1.	Karakteristik pasien DM dengan hipertensi di RS Perkebunan Jember Klinik.....	87

Tabel 4.2. Analisis perbedaan tingkat perilaku pasien pada kelompok perlakuan	88
Tabel 4.3 Analisis perbedaan tingkat perilaku pasien pada kelompok kontrol.....	89
Tabel 4.4 Analisis perbedaan kepatuhan <i>adherensi</i> minum obat pada pasien DM dengan hipertensi pada kelompok perlakuan..	89
Tabel 4.5 Analisis perbedaan kepatuhan <i>adherensi</i> minum obat pasien DM dengan hipertensi pada kelompok kontrol	90
Tabel 4.6 Analisis perbedaan tekanan darah sistolik pasien DM dengan hipertensi kelompok perlakuan.....	91
Tabel 4.7 Analisis perbedaan tekanan darah diastolik pasien DM dengan hipertensi pada kelompok perlakuan.....	91
Tabel 4.8. Analisis perbedaan tekanan darah sistolik pasien DM dengan hipertensi kelompok kontrol.....	92
Tabel 4.9 Analisis perbedaan tekanan darah diastolik pasien DM dengan hipertensi kelompok kontrol.....	92
Tabel 4.10 Analisis perbedaan GDS pasien pada kelompok perlakuan.....	93
Tabel 4.11 Analisis perbedaan GDS pasien pada kelompok kontrol.....	94
Tabel 4.12 Analisis perbedaan Kualitas hidup sebelum dan sesudah <i>brief counseling</i> pada kelompok perlakuan....	94
Tabel 4.13 Analisis perbedaan Kualitas hidup sebelum (<i>Pre</i>) dan sesudah (<i>Post</i>) pemberian obat pada kelompok kontrol	95
Tabel 4.14 Tabel P value dengan variabel yang diamati	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Algoritma Penanganan Hipertensi	23
Gambar 2.2	Teori S-O-R menurut Skinner tahun 1938	46
Gambar 2.3	Kerangka Teori penelitian	68
Gambar 2.4	Kerangka konsep penelitian	69
Gambar 3.1	Skema rancangan penelitian.....	71
Gambar 3.2	Alur Penelitian	86



DAFTAR SINGKATAN

ACEI	: <i>Angiotensin Converting Enzym Inhibitor</i>
ACPM	: <i>American College of Preventive Medicine</i>
ADA	: <i>American Diabetic Association</i>
ARB	: <i>Angiotensin Receptor Blocker</i>
BB	: <i>Beta Blocker</i>
BMI	: <i>Body Mass Index</i>
CAD	: <i>Coronary Heart Disease</i>
CCB	: <i>Calcium Channel Blocker</i>
CMSA	: <i>Case Management Society of America</i>
CRIFE	: <i>Continuous, Rhythmical, Interval, Progressive, Endurance Training</i>
DASH	: <i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
GPT	: <i>Glukosa Puasa Terganggu</i>
GFR	: <i>Glomerulus Filtration Rate</i>
ICCA	: <i>Islet Cell Cytoplasmic Antibodies</i>
ICSA	: <i>Islet Cell Surface Antibodies</i>
IFG	: <i>Impaired Fasting Glucose</i>
IGT	: <i>Impaired Glucose Tolerance</i>
ISN	: <i>International Society of Nephrology</i>
GAD	: <i>Glutamic Acid Decarboxylase</i>
GDS	: <i>Gula Darah Sewaktu-waktu</i>
IAA	: <i>Anti-Insulin Antibody</i>
IQOLA	: <i>International Quality Of Life Assessment</i>
JNC	: <i>Joint National Committee</i>
LDL	: <i>Low Density Lypoprotein</i>
LFG	: <i>Laju Filtrasi Glumerolus</i>
LVH	: <i>Left Ventricular Hypertrophy</i>
MMAS	: <i>Morisky Medication Adherence Scale</i>
MMS	: <i>Modified Morisky Scale</i>
MOS	: <i>Medical Outcomes Study</i>

NKF : *National Kidney Foundation*

NSAID : *Non Steroid Anti Inflammation Drugs*

PPAR γ : *Peroxisome Proliferator Activated Receptor-gamma*

PVD : *Peripheral Vascular Disease*

TGT : *Toleransi Glukosa Terganggu*

TIA : *Transcient Ischemic Attack*

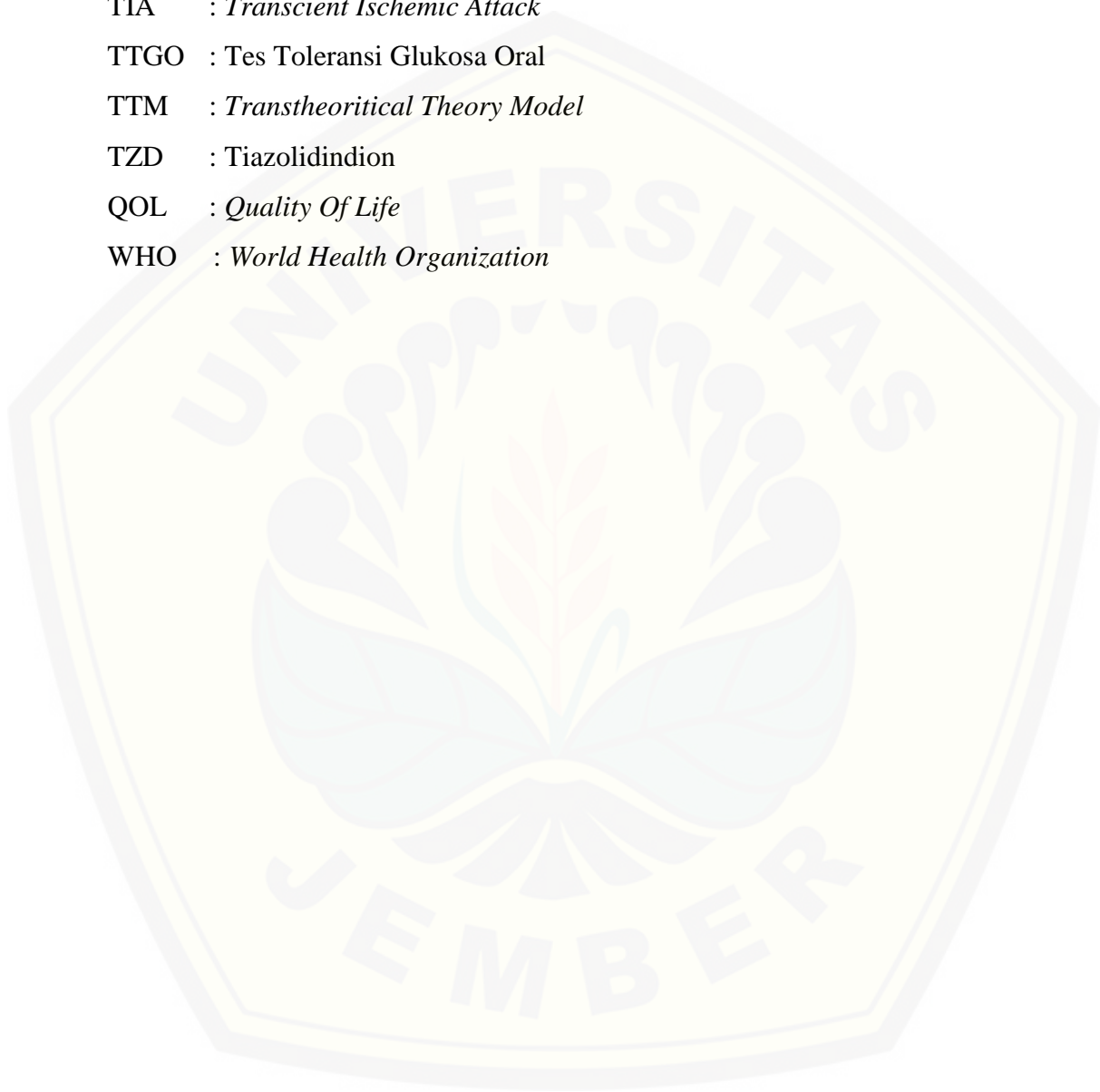
TTGO : *Tes Toleransi Glukosa Oral*

TTM : *Transtheoretical Theory Model*

TZD : *Tiazolidindion*

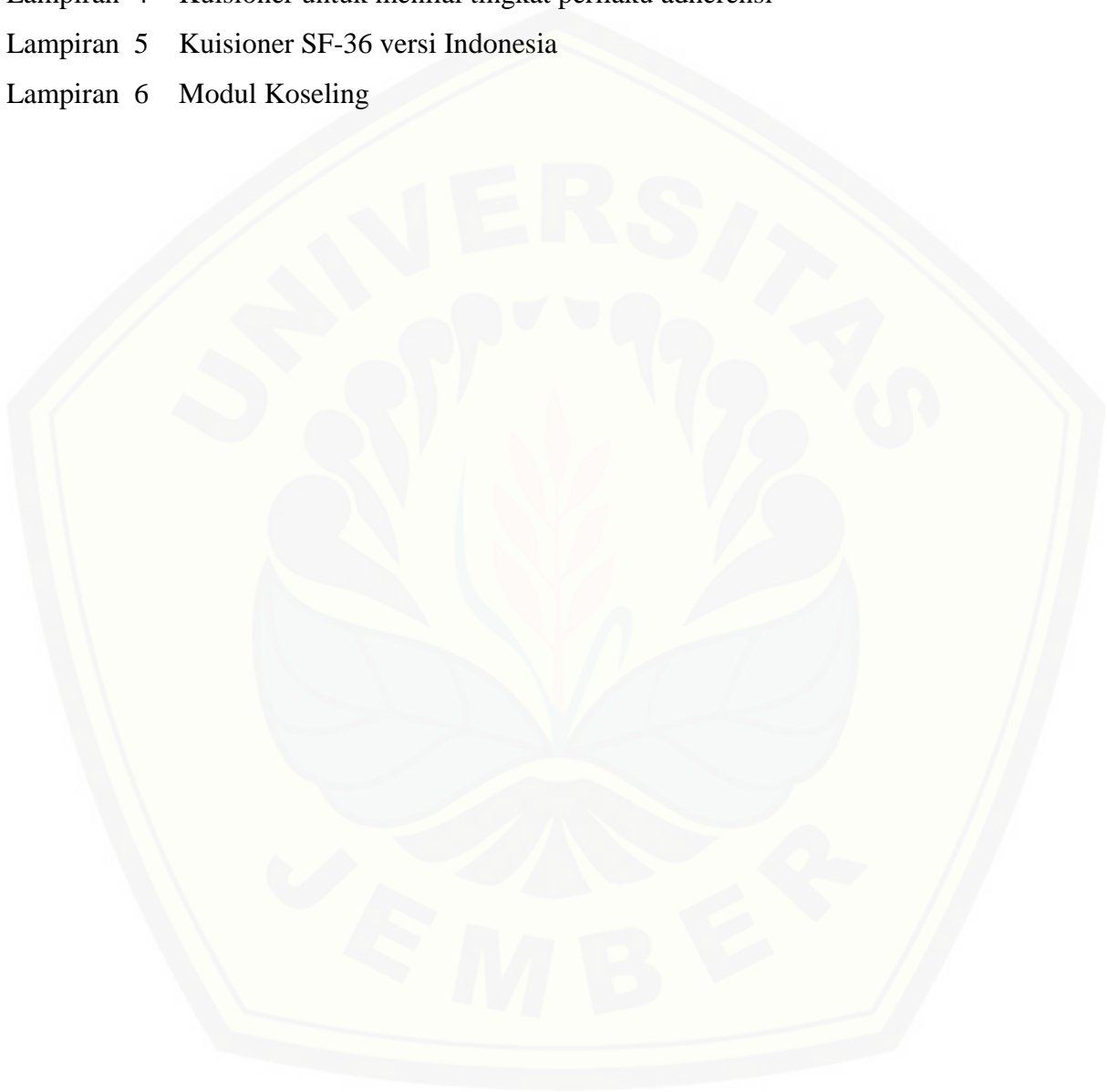
QOL : *Quality Of Life*

WHO : *World Health Organization*



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar penilaian kesehatan
- Lampiran 2 Lembar pengamatan data rekam medis pasien
- Lampiran 3 Kuisisioner MMAS
- Lampiran 4 Kuisisioner untuk menilai tingkat perilaku adherensi
- Lampiran 5 Kuisisioner SF-36 versi Indonesia
- Lampiran 6 Modul Koseling



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu penyakit kronis yang memerlukan terapi medis secara berkelanjutan. Penyakit ini semakin berkembang tidak saja dalam jumlah kasus melainkan dalam hal diagnosis dan terapi. Peningkatan prevalensi DM baik di dunia maupun di Indonesia cenderung tinggi dalam berbagai penelitian (Rachmawati *et al.*, 2007).

Pada Kasus penyakit degeneratif DM menduduki peringkat nomer empat setelah penyakit kardiovaskuler, dan penyakit geriatrik (Krisnatuti dan Yehrina, 2008). Studi epidemiologi, memperkirakan bahwa pada tahun 2030 prevalensi DM di Indonesia mencapai 21,3 juta orang. (Kemenkes RI, 2014). DM menduduki ranking ke-6 yaitu 5,8% sedangkan pada peringkat nomer 2 sebesar 14,7% terdapat di daerah perkotaan pada usia 45 – 54 tahun proporsi penyebab kematian akibat DM dan daerah pedesaan, berbagai macam komplikasi DM akan muncul apabila DM tidak diatasi dengan baik, misalnya neuropati, nefropati, retinopati, hiperlipid, ulcer pada kaki, dan infeksi. (Risksedas, 2013)

Komplikasi ini mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes. Manajemen penyakit DM yang tepat adalah meliputi latihan fisik, diet dan perubahan gaya hidup yang lainnya selain itu juga diperlukan terapi obat (Palaian *et al.*, 2006). Risiko penyakit kardiovaskuler termasuk abnormalitas dari metabolisme lipid, fungsi platelet, dan faktor pembekuan darah merupakan salah satu resiko dari pasien dengan DM (Epstein and Sowers, 1992).

Jumlah pasien DM dengan hipertensi pada saat ini meningkat. Ibrahim (2010) dalam penelitiannya di klinik endokrinologi Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM) menunjukkan hasil bahwa mayoritas pasien DM menderita hipertensi (92,7%). Salah satu faktor yang berhubungan dengan berkembangnya penyakit hipertensi pada DM adalah diabetes nefropati. Penyakit DM dengan

hipertensi meningkatkan risiko penyakit jantung, penyakit pembuluh darah perifer, dan stroke (Yang *et al.*, 2011). Adanya hipertensi pada pasien DM juga meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer (Epstein and Sowers, 1992).

Salah satu faktor risiko Penyakit DM dan hipertensi adalah mortalitas kardiovaskuler tidak hanya terdapat pada populasi umum tetapi juga pada kelompok spesifik, hal ini akan menjadi problem yang serius di seluruh dunia. Pasien Hipertensi memiliki prevalensi albuminuria lebih tinggi dibandingkan dengan pasien normotensi dan non DM. Prevalensi albuminuria dan *renal injury* relatif lebih tinggi pada pasien DM dengan hipertensi dibandingkan dengan pasien DM tanpa hipertensi (Yang *et al.*, 2011). Risiko terjadinya Penyakit DM dan hipertensi juga merupakan risiko terjadinya stroke. Berdasarkan data WHO Penyebab kematian nomer tiga didunia adalah Stroke. Pada negara berkembang rata-rata kejadian stroke adalah 150 orang tiap 100.000 populasi setiap tahun dan stroke yang berhubungan dengan kematian berkisar 50 sampai 100 orang tiap 100.000 populasi. Penyakit DM meningkatkan risiko relatif stroke hingga 6 kali lipat dan hipertensi meningkatkan sampai 4 kali lipat (Jozwiak *et al.*, 2005).

WHO menyatakan bahwa ketidakpatuhan terhadap terapi adalah merupakan faktor kunci yang menghalangi pengontrolan kadar gula darah dan tekanan darah sehingga membutuhkan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan terapi. Penyebab ketidakpatuhan sangat kompleks termasuk kompleksitas regimen obat, biaya obat, usia, rendahnya dukungan sosial, dan problem kognitif (Sabate, 2003) sehingga diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif dan intensif guna mencapai pengontrolan kadar gula darah dan tekanan darah secara optimal. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ibrahim *et al* (2010) dari 998 pasien yang menderita DM dengan hipertensi, 601 pasien (55,8%) pasien belum mencapai target terapi. Target terapi dipengaruhi oleh kepatuhan pasien, gaya hidup dan faktor risiko lainnya. Kepatuhan yang didasari dengan pemberian pengetahuan dan peningkatan kesadaran melalui pemberian konseling akan lebih bagus dibandingkan dengan paksaan atau tekanan (Notoatmodjo, 2010).

Partisipasi aktif para sejawat kesehatan yang melaksanakan praktek profesinya pada setiap tempat pelayanan kesehatan sangat diperlukan untuk

encapai tujuan tersebut. Farmasis dapat bekerja sama dengan dokter dalam memberikan edukasi kepada pasien mengenai DM dan hipertensi, memonitor respon pasien melalui farmasis komunitas, *adherence* terhadap terapi obat dan nonobat, mendeteksi dan mengenali secara dini reaksi efek samping, serta mencegah dan atau memecahkan masalah yang berkaitan dengan pemberian obat (Depkes RI, 2007).

Praktisi kesehatan dalam melakukan penanganan pasien DM dan Hipertensi dapat menggunakan cara intervensi dengan pendekatan metode konseling. Konseling ditujukan untuk meningkatkan hasil terapi dengan memaksimalkan penggunaan obat-obatan yang tepat (Rantucci, 1997). Salah satu manfaat konseling adalah meningkatkan kepatuhan pasien dalam penggunaan obat, sehingga angka kematian dan kerugian (baik biaya maupun hilangnya produktivitas) dapat ditekan (Palaian *et al.*, 2006). Teknik mudah dalam memberikan konseling adalah konseling singkat (*brief counseling*) yang dijabarkan dalam strategi 5A yaitu, *Assess, Advise, Agree, Assist, dan Arrange*. Konseling singkat memiliki beberapa kelebihan yaitu efisiensi waktu dan lebih praktis karena sudah ada penilaian terhadap kondisi pasien (Valliset *et al.*, 2013).

Pengetahuan tentang DM dengan hipertensi yang diberikan kepada pasien saat konseling akan membentuk dasar pemikiran untuk memberikan keputusan tentang diet, olahraga, kontrol berat badan, kontrol glukosa darah, kontrol tekanan darah, penggunaan obat-obatan, perawatan kaki dan mata, serta pengendalian faktor risiko makrovaskular (Murata *et al.*, 2003). Banyak penelitian yang menyarankan pemberian edukasi pasien tentang penyakit DM dan Hipertensi dan pengobatan penyakit mereka, sehingga kemungkinan dalam mengontrol penyakit mereka lebih besar (Ellis *et al.*, 2004). Pemberian edukasi pada pasien DM dengan hipertensi bertujuan untuk mengoptimalkan kontrol metabolik, meningkatkan kualitas hidup, mempengaruhi perilaku dan menghasilkan perubahan dalam pengetahuan, sikap dan perilaku yang diperlukan untuk memelihara atau meningkatkan kesehatan (Falvo, 2004; SnoekdanVisser, 2003).

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka perlu dilakukan penelitian untuk melihat pengaruh pemberian *brief counseling* terhadap perubahan tingkat perilaku

adherensi, kepatuhan minum obat, hasil terapi dan kualitas hidup pada pasien DM dengan hipertensi di Poliklinik Rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian berdasarkan uraian pada latar belakang tersebut yaitu, “Apakah terdapat pengaruh *Brief Counseling* terhadap tingkat perilaku, kepatuhan *adherensi*, minum obat, hasil terapi dan kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan hipertensi di Poliklinik rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis Efektifitas *Brief Counseling* terhadap tingkat perilaku, kepatuhan *adherensi* minum obat, hasil terapi dan kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan hipertensi di Poliklinik rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis karakteristik pasien DM dengan hipertensi
- b. Menganalisis perbedaan tingkat perilaku sebelum dan sesudah *brief counseling* pada pasien diabetes mellitus dengan hipertensi di Poliklinik rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik
- c. Menganalisis perbedaan kepatuhan *adherensi* minum obat sebelum dan sesudah *brief counseling* pada pasien diabetes mellitus dengan hipertensi di Poliklinik rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik
- d. Menganalisis perbedaan hasil terapi sebelum dan sesudah *brief counseling* pada pasien diabetes mellitus dengan hipertensi di Poliklinik rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik
- e. Menganalisis perbedaan kualitas hidup sebelum dan sesudah *brief counseling* pada pasien diabetes mellitus dengan hipertensi di Poliklinik rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik

- f. Menganalisis efektivitas *brief counseling* terhadap tingkat perilaku, kepatuhan *adherensi*, hasil terapi pasien berupa tekanan darah dan GDS serta kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan hipertensi rawat jalan di RS Perkebunan Jember Klinik

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang konseling tenaga kesehatan dalam meningkatkan Kualitas Hidup Pasien
- b. Sebagai acuan pengembangan keilmuan kesehatan masyarakat di tatanan pelayanan kesehatan komunitas khususnya yang berkaitan dengan konseling pada Pasien Diabetes komplikasi Hipertensi
- c. Bagi pihak manajemen di Poli rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik, hasil penelitian ini dapat dipakai sebagai masukan untuk menentukan model konseling obat yang sesuai untuk pasien Diabetes Mellitus dengan komplikasi hipertensi
- d. Sebagai sumber acuan yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai Pedoman dalam memberikan pelayanan kesehatan di tatanan Komunitas dalam mengobati Pasien Diabetes Mellitus yang disertai dengan Hipertensi
- b. Hasil pelaksanaan intervensi berupa konseling singkat berbasis solusi ini diharapkan dapat meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus yang disertai dengan Hipertensi.
- c. Bagi penelitian lain, hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai bahan perbandingan atau sebagai dasar penelitian selanjutnya untuk memperoleh hasil yang lebih baik.

- d. Bagi peneliti, penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman lapangan tentang penatalaksanaan konseling dan pengalaman belajar untuk dapat memahami kaedah penelitian.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Mellitus

2.1.1 Definisi

Diabetes mellitus adalah penyakit kelainan metabolik yang dikarakteristikan dengan hiperglikemia kronis serta kelainan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein diakibatkan oleh kelainan sekresi insulin, kerja insulin maupun keduanya (WHO, 2006). Berikut ini kriteria DM menurut Dipiro (2007):

- a. Gejala klasik dengan kadar glukosa sewaktu ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol).
- b. Glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/L), pada keadaan puasa sedikitnya 8 jam, atau
- c. Dua jam setelah pemberian, glukosa darah ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol) pada saat tes toleransi glukosa oral (TTGO).

2.1.2 Klasifikasi

a. Diabetes Mellitus tipe 1

Diabetes tipe ini merupakan diabetes yang jarang atau sedikit populasinya, diperkirakan kurang dari 5-10% dari keseluruhan populasi penderita diabetes. Gangguan produksi insulin pada DM tipe 1 umumnya terjadi karena kerusakan *sel-sel β pulau Langerhans* yang disebabkan oleh reaksi autoimun. Namun ada pula yang disebabkan oleh bermacam-macam virus, diantaranya *virus Cocksakie, Rubella, CM Virus, Herpes*, dan lain sebagainya. Ada beberapa tipe otoantibodi yang dihubungkan dengan DM tipe 1, antara lain ICCA (*Islet Cell Cytoplasmic Antibodies*), ICSA (*Islet Cell Surface Antibodies*), dan antibodi terhadap GAD (*Glutamic Acid Decarboxylase*). ICCA merupakan otoantibodi utama yang ditemukan pada penderita DM tipe 1. Hampir 90% penderita DM tipe 1 memiliki ICCA di dalam darahnya. Di dalam tubuh non-diabetik, frekuensi ICCA hanya 0,5-4%. Oleh sebab itu, keberadaan ICCA merupakan prediktor yang cukup akurat untuk DM tipe 1. ICCA tidak

spesifik untuk *sel-sel β pulau Langerhans* saja, tetapi juga dapat dikenali oleh sel-sel lain yang terdapat di pulau *Langerhans*.

b. Diabetes mellitus tipe 2

Diabetes tipe 2 merupakan tipe diabetes yang lebih umum, lebih banyak penderitanya dibandingkan dengan DM tipe 1. Penderita DM tipe 2 mencapai 90-95% dari keseluruhan populasi penderita diabetes, umumnya berusia diatas 45 tahun, tetapi akhir-akhir ini penderita DM tipe 2 di kalangan remaja dan anak-anak populasinya meningkat. Etiologi DM tipe 2 merupakan multifaktor yang belum sepenuhnya terungkap dengan jelas. Faktor genetik dan pengaruh lingkungan cukup besar dalam menyebabkan terjadinya DM tipe 2, antara lain obesitas, diet tinggi lemak dan rendah serat, serta kurang gerak badan (Depkes RI, 2005).

Obesitas atau kegemukan merupakan salah satu faktor *pradisposisi* utama. Penelitian terhadap mencit dan tikus menunjukkan bahwa ada hubungan antara gen-gen yang bertanggung jawab terhadap obesitas dengan gen-gen yang merupakan faktor *pradisposisi* untuk DM tipe 2. Berbeda dengan DM tipe 1, pada penderita DM tipe 2, terutama yang berada pada tahap awal, umumnya dapat dideteksi jumlah insulin yang cukup di dalam darahnya, disamping kadar glukosa yang juga tinggi. Jadi, awal patofisiologis DM tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, tetapi karena sel-sel sasaran insulin gagal atau tak mampu merespon insulin secara normal. Keadaan ini lazim disebut sebagai *resistensi* insulin. *Resistensi* insulin banyak terjadi di negara-negara maju seperti Amerika Serikat, antara lain sebagai akibat dari obesitas, gaya hidup kurang gerak (*sedentary*), dan penuaan (Depkes RI, 2005).

Disamping *resistensi* insulin, pada penderita DM tipe 2 dapat juga timbul gangguan sekresi insulin dan produksi glukosa hepatic yang berlebihan. Namun demikian, tidak terjadi pengrusakan *sel-sel β Langerhans* secara otoimun sebagaimana yang terjadi pada DM tipe 1. Dengan demikian defisiensi fungsi insulin pada penderita DM tipe 2 hanya bersifat relatif, tidak absolut. Oleh sebab itu dalam penanganannya

umumnya tidak memerlukan terapi pemberian insulin. *Sel-sel β kelenjar pankreas* mensekresi insulin dalam dua fase. Fase pertama sekresi insulin terjadi segera setelah stimulus atau rangsangan glukosa yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah, sedangkan sekresi fase kedua terjadi sekitar 20 menit sesudahnya.

Pada awal perkembangan DM tipe 2, *sel-sel β* menunjukkan gangguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan penyakit selanjutnya penderita DM tipe 2 akan mengalami kerusakan *sel-sel β pankreas* yang terjadi secara progresif, yang seringkali akan mengakibatkan defisiensi insulin, sehingga akhirnya penderita memerlukan insulin eksogen. Penelitian mutakhir menunjukkan bahwa pada penderita DM tipe 2 umumnya ditemukan kedua faktor tersebut, yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin (Depkes RI, 2005).

c. Diabetes mellitus gestasional

Diabetes mellitus gestasional atau disebut GDM (*Gestational Diabetes Mellitus*) adalah keadaan diabetes atau intoleransi glukosa yang timbul selama masa kehamilan, dan biasanya berlangsung hanya sementara atau temporer. Sekitar 4-5% wanita hamil diketahui menderita GDM, dan umumnya terdeteksi pada atau setelah trimester kedua. Diabetes dalam masa kehamilan, walaupun umumnya kelak dapat pulih sendiri beberapa saat setelah melahirkan, namun dapat berakibat buruk terhadap bayi yang dikandung. Akibat buruk yang dapat terjadi antara lain *malformasi kongenital*, peningkatan berat badan bayi ketika lahir dan meningkatnya risiko *mortalitas perinatal*. Disamping itu, wanita yang pernah menderita GDM akan lebih besar risikonya untuk menderita lagi diabetes di masa depan. Kontrol metabolisme yang ketat dapat mengurangi risiko-risiko tersebut (Depkes RI, 2005).

2.1.3 Faktor Risiko

Setiap orang yang memiliki satu atau lebih faktor risiko diabetes selayaknya waspada akan kemungkinan dirinya mengidap diabetes. Beberapa faktor risiko untuk diabetes melitus, terutama untuk DM tipe 2 antara lain (Depkes RI, 2005).

a. Riwayat

- 1) Diabetes dalam keluarga
- 2) Diabetes gestasional
- 3) Melahirkan bayi dengan berat badan >4 kg
- 4) Kista ovarium (*Polycystic Ovary Syndrome*)
- 5) IFG (*Impaired Fasting Glucose*) atau IGT (*Impaired Glucose Tolerance*)

b. Obesitas

c. Umur

d. Hipertensi

e. Hiperlipid

f. Faktor-faktor lain seperti kurang olah raga dan pola makan rendah serat.

2.1.4 Komplikasi

a. Komplikasi makrovaskuler

Tiga jenis komplikasi makrovaskular yang umum berkembang pada penderita diabetes adalah penyakit jantung koroner atau yang biasa disebut CAD (*Coronary Heart Disease*), penyakit pembuluh darah otak, dan penyakit pembuluh darah perifer atau disebut PVD (*Peripheral Vascular Disease*).

Walaupun komplikasi makrovaskular dapat juga terjadi pada DM tipe 1, namun yang lebih sering merasakan komplikasi makrovaskular ini adalah penderita DM tipe 2 yang umumnya menderita hipertensi, *dislipidemia* dan atau kegemukan. Kombinasi dari penyakit-penyakit komplikasi makrovaskular dikenal dengan berbagai nama, antara lain *syndrome x*, *cardiac dysmetabolic syndrome*, *hyperinsulinemic syndrome*, atau *insulin resistance syndrome*. Karena penyakit-penyakit jantung sangat besar risikonya pada penderita diabetes, maka pencegahan

komplikasi terhadap jantung harus dilakukan sangat penting dilakukan, termasuk pengendalian tekanan darah, kadar kolesterol dan lipid darah. Penderita diabetes sebaiknya selalu menjaga tekanan darahnya tidak lebih dari 130/80 mm Hg. Untuk itu penderita harus dengan sadar mengatur gaya hidupnya, termasuk mengupayakan berat badan ideal, diet dengan gizi seimbang, berolah raga secara teratur, tidak merokok, mengurangi stress dan lain sebagainya (Depkes RI, 2005).

b. Komplikasi mikrovaskuler

Komplikasi mikrovaskular terutama terjadi pada penderita diabetes tipe 1. *Hiperglikemia* yang persisten dan pembentukan protein yang terglikasi (termasuk HbA1c) menyebabkan dinding pembuluh darah menjadi makin lemah dan rapuh dan terjadi penyumbatan pada pembuluh-pembuluh darah kecil. Hal inilah yang mendorong timbulnya komplikasi-komplikasi mikrovaskuler, antara lain *retinopati*, *nefropati*, dan *neuropati*. Disamping karena kondisi *hiperglikemia*, ketiga komplikasi ini juga dipengaruhi oleh faktor genetik. Oleh sebab itu dapat terjadi dua orang yang memiliki kondisi *hiperglikemia* yang sama, berbeda risiko komplikasi mikrovaskularnya.

Namun demikian prediktor terkuat untuk perkembangan komplikasi mikrovaskular tetap lama (durasi) dan tingkat keparahan diabetes. Satu-satunya cara yang signifikan untuk mencegah atau memperlambat jalan perkembangan komplikasi mikrovaskular adalah dengan pengendalian kadar gula darah yang ketat. Pengendalian intensif dengan menggunakan suntikan insulin multi-dosis atau dengan pompa insulin yang disertai dengan monitoring kadar gula darah mandiri dapat menurunkan risiko timbulnya komplikasi mikrovaskular sampai 60% (Depkes RI, 2005).

2.1.5 Penatalaksanaan DM

Penatalaksanaan diabetes mempunyai tujuan akhir untuk menurunkan *morbiditas* dan *mortalitas* DM, yang secara spesifik ditujukan untuk mencapai 2 target utama, yaitu:

- a. Menjaga agar kadar glukosa plasma berada dalam kisaran normal
- b. Mencegah atau meminimalkan kemungkinan terjadinya komplikasi diabetes.

Soegondo *et al.*, (2006) merekomendasikan beberapa parameter yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan penatalaksanaan DM pada Tabel 2.1

Tabel 2.1 Kriteria pengendalian DM

No	Parameter	Target yang Diharapkan
1.	Kadar glukosa darah puasa	80-120 mg/dL
2.	Kadar gula darah plasma puasa	90-130 mg/dL
3.	Kadar glukosa darah saat tidur	100-140 mg/dL
4.	Kadar glukosa darah plasma saat tidur	110-150 mg/dL
5.	Kadar insulin	<7%
6.	Kadar HbA1c	<7 mg/dL
7.	Kadar kolesterol HDL	>45 mg/dL untuk laki-laki >55 mg/dL untuk wanita
8.	Kadar trigliserida	<200 mg/dL
9.	Tekanan darah	<130/80 mmHg

Pada dasarnya ada dua pendekatan dalam penatalaksanaan diabetes, yang pertama pendekatan tanpa obat (non farmakologi) dan yang kedua adalah pendekatan dengan obat (farmakologi). Dalam penatalaksanaan DM, langkah pertama yang harus dilakukan adalah penatalaksanaan tanpa obat (non farmakologi) berupa pengaturan diet dan olah raga. Apabila dengan langkah pertama ini tujuan penatalaksanaan belum tercapai, dapat dikombinasikan dengan langkah farmakologis berupa terapi insulin atau terapi obat *hipoglikemik oral*, atau kombinasi keduanya.

a. Terapi non farmakologi

1) Pengaturan diet

Diet yang baik merupakan kunci keberhasilan penatalaksanaan diabetes. Diet yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat, protein dan lemak, sesuai dengan kecukupan gizi baik yaitu

karbohidrat 60-70%, protein 10-15%, lemak 20-25%. Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stres akut dan kegiatan fisik, yang pada dasarnya ditujukan untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal. Penurunan berat badan telah dibuktikan dapat mengurangi resistensi insulin dan memperbaiki respons α - β terhadap stimulus glukosa. Dalam salah satu penelitian dilaporkan bahwa penurunan 5% berat badan dapat mengurangi kadar HbA1c sebanyak 0,6% (HbA1c adalah salah satu parameter status DM), dan setiap kilogram penurunan berat badan dihubungkan dengan 3-4 bulan tambahan waktu harapan hidup.

2) Olah raga

Berolah raga secara teratur dapat menurunkan dan menjaga kadar gula darah tetap normal. Saat ini ada dokter olah raga yang dapat dimintakan nasihatnya untuk mengatur jenis dan porsi olah raga yang sesuai untuk penderita diabetes. Prinsipnya, tidak perlu olah raga berat, olah raga ringan asal dilakukan secara teratur akan sangat bagus pengaruhnya bagi kesehatan. Olahraga yang disarankan adalah yang bersifat *CRIPE (Continuous Rhythmical Interval Progressive Endurance training)*. Sedapat mungkin mencapai zona sasaran 75-85% denyut nadi maksimal (220-umur), disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi penderita. Beberapa contoh olah raga yang disarankan, antara lain jalan atau lari pagi, bersepeda, berenang, dan lain sebagainya. Olahraga aerobik ini paling tidak dilakukan selama total 30-40 menit per hari didahului dengan pemanasan 5-10 menit dan diakhiri pendinginan antara 5-10 menit. Olah raga akan memperbanyak jumlah dan meningkatkan aktivitas reseptor insulin dalam tubuh dan juga meningkatkan penggunaan glukosa (Depkes RI, 2005).

b. Terapi farmakologi

Apabila penatalaksanaan terapi tanpa obat (pengaturan diet dan olah raga) belum berhasil mengendalikan kadar glukosa darah penderita, maka perlu dilakukan langkah berikutnya berupa penatalaksanaan terapi obat, baik dalam bentuk terapi obat hipoglikemik oral, terapi insulin, atau kombinasi keduanya (Depkes RI, 2005).

1) Terapi insulin

Terapi insulin merupakan satu keharusan bagi penderita DM tipe 1. Pada DM tipe I, *sel-sel β Langerhans* kelenjar pankreas penderita rusak, sehingga tidak lagi dapat memproduksi insulin. Sebagai penggantinya, maka penderita DM tipe I harus mendapat insulin *eksogen* untuk membantu agar metabolisme karbohidrat di dalam tubuhnya dapat berjalan normal. Walaupun sebagian besar penderita DM Tipe 2 tidak memerlukan terapi insulin, namun hampir 30% ternyata memerlukan terapi insulin disamping terapi *hipoglikemik oral*.

Untuk terapi, ada berbagai jenis sediaan insulin yang tersedia, yang terutama berbeda dalam hal mula kerja (onset) dan masa kerjanya (duration). Sediaan insulin untuk terapi dapat digolongkan menjadi 4 kelompok, yaitu:

- a) Insulin masa kerja singkat (*short-acting insulin*), disebut juga insulin reguler
- b) Insulin masa kerja sedang (*intermediate-acting*)
- c) Insulin masa kerja sedang dengan mula kerja cepat
- d) Insulin masa kerja panjang (*long-acting insulin*)

Keterangan dan contoh sediaan untuk masing-masing kelompok disajikan dalam Tabel berikut ini (Soegondo, 2004).

Tabel 2.2 Penggolongan sediaan insulin berdasarkan mula dan masa kerja

Jenis Sediaan Insulin	Mulai Kerja (jam)	Puncak (jam)	Masa Kerja (jam)
Masa kerja singkat (<i>short-acting insulin</i>) disebut juga insulin reguler	0,5	1-4	6-8
Masa kerja sedang	1-2	6-12	18-24
Masa kerja sedang, mulai kerja cepat	0,5	4-15	18-24
Masa kerja panjang	4-6	14-20	24-36

Respon individual terhadap terapi insulin cukup beragam, oleh sebab itu jenis sediaan insulin mana yang diberikan kepada seorang penderita dan berapa frekuensi penyuntikannya ditentukan secara individual, bahkan seringkali memerlukan penyesuaian dosis terlebih dahulu. (Depkes RI, 2005).

2) Obat hipoglikemik oral

Obat-obat *hipoglikemik oral* terutama ditujukan untuk membantu penanganan pasien DM tipe 2. Pemilihan obat *hipoglikemik oral* yang tepat sangat menentukan keberhasilan terapi diabetes. Bergantung pada tingkat keparahan penyakit dan kondisi pasien, farmakoterapi *hipoglikemik oral* dapat dilakukan dengan menggunakan satu jenis obat atau kombinasi dari dua jenis obat. Pemilihan dan penentuan regimen *hipoglikemik* yang digunakan harus mempertimbangkan tingkat keparahan diabetes (tingkat *glikemia*) serta kondisi kesehatan pasien secara umum termasuk penyakit-penyakit lain dan komplikasi yang ada (Depkes RI, 2005).

Berdasarkan mekanisme kerjanya, obat-obat *hipoglikemik oral* dapat dibagi menjadi 3 golongan, yaitu:

- a) Obat-obat yang meningkatkan sekresi insulin, meliputi obat *hipoglikemik oral* golongan *sulfonilurea* dan *glinida* (*meglitinida* dan turunan *fenilalanin*).
- b) *Sensitiser insulin* (obat-obat yang dapat meningkatkan sensitifitas sel terhadap insulin), meliputi obat-obat *hipoglikemik* golongan *biguanida* dan *tiazolidindion*, yang dapat membantu tubuh untuk memanfaatkan insulin secara lebih efektif.
- c) *Inhibitor katabolisme* karbohidrat, antara lain *inhibitor α -glukosidase* yang bekerja menghambat absorpsi glukosa dan umum digunakan untuk mengendalikan hiperglikemia post-prandial (*post-meal hyperglycemia*).

2.2 Hipertensi

2.2.1 Definisi

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah arterial secara persisten (Dipiro, 2008). *The seventh report of joint national committee (JNC VII) on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure* mengklasifikasikan tekanan darah berdasarkan pada nilai sistolik dan diastolik. Menurut JNC (*Joint National Committee*) VII ini hipertensi didefinisikan sebagai kenaikan tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik atau keduanya diatas normal. Diagnosis

klitik hipertensi berdasarkan pada rata-rata dua atau lebih pembacaan tekanan darah pada keadaan duduk, pada tiap dua kali kunjungan atau lebih secara teratur (Koda-kimble *et al.*, 2005).

2.2.2 Etiologi

Pada kebanyakan pasien, hipertensi disebabkan oleh etiologi-patofisiologi yang tidak diketahui (hipertensi primer atau esensial). Hipertensi ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol. Sebagian kecil kasus hipertensi lain disebabkan oleh kasus yang spesifik yang dikenal sebagai hipertensi sekunder. Penyebab potensial hipertensi sekunder adalah penyakit yang menyertai atau disebabkan oleh faktor *endogen*. Bila penyebab hipertensi sekunder ini dapat diidentifikasi, maka pasien dengan pasien hipertensi tipe ini berpotensi untuk sembuh (Saseen dan Maclaughlin, 2008).

Hipertensi esensial atau primer ditemukan pada lebih dari 90% individu. Beberapa mekanisme yang mungkin berkontribusi telah diidentifikasi yang menjadi patogenesis dari hipertensi esensial ini, namun tak satu pun teori secara jelas menegaskan patogenesis tersebut. Faktor genetik memegang peranan penting pada perkembangan hipertensi esensial ini. Menurut data, bila ditemukan gambaran bentuk diregulasi tekanan darah yang *monogenik* dan *poligenik* mempunyai kemungkinan timbulnya hipertensi esensial. Kebanyakan gen-gen ini khas dan mempengaruhi keseimbangan natrium, tetapi juga didokumentasi adanya mutasi genetik yang merubah ekskresi *kallikrein urin*, pelepasan natrium oksida, ekskresi *aldosteron*, *steroid adrenal* dan *angiotensinogen*. Di masa yang akan datang identifikasi genetik khas secara individual dapat dijadikan alternatif untuk mencegah atau mengobati hipertensi. Meskipun saat ini belum direkomendasikan (Saseen dan Maclaughlin, 2008).

Hipertensi esensial adalah penyakit multifaktor yang timbul terutama karena interaksi antara faktor-faktor risiko tertentu. Faktor-faktor risiko yang mendorong timbulnya kenaikan tekanan darah (Yogiantoro, 2006).

- a. Faktor risiko : diet dan asupan garam, stress, ras, obesitas, merokok, genetik
- b. Sistem saraf simpatis : tonus simpatis, variasi diurnal.

- c. Keseimbangan antara modulator vasodilatasi dan vasokonstriksi
- d. Pengaruh sistem *otokrin* setempat yang berperan pada sistem *renin*, *angiotensin*, dan *aldosteron*.

Hipertensi sekunder terjadi pada kurang dari 10% pasien, disebabkan adanya penyakit penyerta atau karena efek samping obat misal kortikosteroid, NSAID, kontrasepsi oral, terapi hormon, dimana obat-obat tersebut dapat meningkatkan tekanan darah atau memperburuk hipertensi . Penyebab paling utama hipertensi sekunder yaitu *disfungsi ginjal* yang disebabkan oleh penyakit *ginjal kronik* atau penyakit pembuluh darah ginjal. Beberapa bahan herbal juga dapat menyebabkan hipertensi (garam, alkohol, dan tiramin). Apabila penyebab hipertensi diketahui, menghilangkan bahan pengganggu (jika masih mungkin) atau mengobati/mengoreksi kondisi penyakit yang menyertai merupakan penanganan tahap pertama yang harus dilakukan (Saseen dan Maclaughlin, 2008).

2.2.3 Patofisiologi

Berbagai faktor neural dan humoral diketahui mempengaruhi tekanan darah. Faktor-faktor ini meliputi sistem saraf adrenergik (mengontrol reseptor α dan β), sistem *Renin Angiotensin Aldosteron* (mengatur aliran darah sistemik dan ginjal), fungsi ginjal dan aliran darah (mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit), beberapa faktor hormonal (hormon *kortiko adrenal*) meliputi *vasopressin*, *hormon tyroid*, *insulin*), *endotel vaskuler* (mengatur pelepasan *nitrit oksida*, *bradikinin*, *prostatiklin*, *endhotelin*). Mekanisme ini penting diketahui untuk memahami terapi dengan obat antihipertensi (Koda-Kimble *et al.*, 2005).

Tekanan darah hipertensi dikontrol oleh mekanisme yang serupa dengan orang-orang *normotensi*. Yang membedakan pengaturan tekanan darah penderita hipertensi dari orang normal yaitu baroreseptor dan sistem pengontrolan tekanan volume darah ginjal tampaknya telah diposisikan pada tingkat tekanan darah yang lebih tinggi (Katzung, 2010).

2.2.4 Klasifikasi

JNC VII mengklasifikasikan tekanan darah pada orang dewasa (usia ≥ 18 tahun) yang meliputi tekanan darah normal, prehipertensi, hipertensi tingkat 1, dan hipertensi tingkat 2 (Tabel 2.3). *Hipertensi krisis* merupakan situasi klinik yaitu tekanan darah lebih besar dari 80/120 mmHg, dapat dikategorikan hipertensi baik sebagai hipertensi emergensi atau urgensi. Hipertensi emergensi merupakan kenaikan tekanan darah secara ekstrim yang disertai berkembangnya kerusakan organ target atau akut. Contoh kerusakan pada organ target secara akut meliputi *ensefalopati*, perdarahan *intrakranial*, gagal jantung ventrikel kiri akut dengan edem paru, *dissecting aortic aneurysm*, angina tidak stabil, *eklampsia* atau hipertensi berat selama kehamilan. Hipertensi emergensi memerlukan penurunan tekanan darah segera tetapi secara bertahap selama periode beberapa menit sampai beberapa jam menggunakan agen antihipertensi intravena. Tujuan penurunan tekanan darah yang rasional adalah tekanan darah diastolik yang berkurang secara bertahap sampai < 110 mmHg. Penurunan tekanan darah secara tiba-tiba sebaiknya dihindari. Hipertensi *urgensi* adalah tingginya tekanan darah tanpa kerusakan target organ atau akut. Situasi ini memerlukan penurunan tekanan darah dengan agen antihipertensi oral sampai pada nilai hipertensi tingkat 1 selama periode beberapa jam sampai beberapa hari (Stewart *et al.*, 2006).

JNC VII mengklasifikasikan tekanan darah pada orang dewasa (usia ≥ 18 tahun) yang meliputi tekanan darah normal, pre-hipertensi, hipertensi tingkat 1, dan hipertensi tingkat 2 seperti tersaji pada Tabel 2.3

Tabel 2.3 Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa menurut JNC VII (Chobanian *et al.*, 2003)

Klasifikasi	Tekanan darah (mmHg)	
	Sistolik	diastolik
Normal	<120	dan < 80
Prehipertensi	120 – 139	atau 80 – 89
Hipertensi tingkat 1	140 – 159	atau 90 – 99
Hipertensi tingkat 2	≥ 160	atau ≥ 100

2.2.5 Kerusakan Target Organ

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kerusakan organ-organ target yang umum ditemui pada

pasien hipertensi antara lain pada jantung dapat berkembang menjadi *hipertrofi ventrikel* kiri, *angina* atau *infark miokard*, dan gagal jantung. Organ yang lain adalah otak berupa *stroke* atau *transcient attack*, penyakit gagal ginjal kronik, penyakit *arteri perifer*, dan *retinopati* (Tabel 2.4).

Tabel 2.4 Manifestasi kerusakan target organ

Organ	Manifestasi
Jantung	LVH, PJK, Gagal jantung
Cerebrovaskular	Stroke atau TIA
Pemb. darah perifer	Intermittent elaudicatio, tidak teraba pulse pada ekstremitas
Ginjal	Proteinuria, mikroalbuminuria, penurunan <i>glomerulus filtration rate</i> GFR (<60 ml/min/1,73 m ²)
Mata	Perdarahan retina atau eksudat, papilloedeme

Adanya kerusakan organ target, terutama pada jantung dan pembuluh darah akan memperburuk *prognosis* pasien hipertensi. Tingginya morbiditas dan mortalitas pasien hipertensi terutama disebabkan oleh timbulnya penyakit *kardiovaskuler*. Faktor risiko penyakit *kardiovaskuler* pada pasien hipertensi antara lain merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik, *dislipidemia*, diabetes mellitus, *mikroalbumin* (perhitungan Laju Filtrasi Glumerulus (LFG) <60 ml/menit), umur (laki-laki >55 tahun, perempuan >65 tahun), riwayat keluarga dengan penyakit jantung *kardiovaskuler prematur* (laki-laki <55 tahun, perempuan >65 tahun) (JNC VII, 2003; Koda-kimble, 2005; Yogiantoro, 2006).

2.2.6 Risiko kardiovaskuler dan tekanan darah

Data epidemiologi menunjukkan adanya hubungan yang erat antara tekanan darah dan risiko morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler. Risiko *stroke*, *infark miokard*, *angina*, gagal jantung, gagal ginjal, atau kematian dini yang disebabkan penyakit *kardiovaskuler* secara langsung berkaitan dengan tingginya tekanan darah (Chobanian *et al.*, 2003; Saseen dan Maclaughlin, 2008).

a. Terapi non farmakologi

Semua pasien dengan prehipertensi dan hipertensi harus melakukan perubahan gaya hidup. Perubahan yang sudah terbukti menurunkan tekanan darah dapat dilihat, sesuai dengan rekomendasi JNC VII. Disamping

menurunkan tekanan darah pasien hipertensi, modifikasi gaya hidup juga dapat mengurangi berlanjutnya kondisi pada pasien-pasien dengan prehipertensi ke derajat hipertensi 1 atau 2 (Saseen dan Maclaughlin, 2008; Chobanian *et al.*, 2003).

Tabel 2.5 Perubahan gaya hidup penanganan hipertensi (Chobanian *et al.*, 2003)

Perubahan Gaya Hidup	Rekomendasi	Penurunan tekanan darah sistolik (mmHg)
Penurunan berat badan	Mempertahankan berat badan normal (BMI 18,45 – 24,9 kg/m ²)	5-20 mmHG/tiap penurunan berat badan sebanyak 10 kg
Perencanaan pola makandietary approaches to stop hypertension (DASH)	Konsumsi diet kaya buah-bahan, sayuran, produk rendah lemak dengan mengurangi kandungan lemak saturasi dan lemak total	8 – 14 mmHg
Pembatasan natrium	Mengurangi intake natrium sampai tidak lebih dari 100 mmol tiap hari (2-4 g natrium atau 6 g NaCl)	2-8 mmHg
Aktivitas fisik	Aktifitas fisik aerobik secara teratur seperti jalan cepat (paling tidak 30 menit setiap hari)	4-9 mmHg
Pembatasan konsumsi alkohol	Batasi konsumsi alkohol tidak lebih dari 2 gelas tiap hari pada laki-laki dan tidak lebih dari 1 gelas pada wanita dan orang yang kurus	2-4 mmHg

b. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi hipertensi melibatkan penggunaan agen hipertensi dari beberapa kelas farmakologi yang berbeda : diuretik, penghambat beta (beta blocker), penghambat ACE (*Angiotensin Converting Enzym Inhibitor*), penghambat reseptor angiotensin II (*angiotensin II receptor blocker*), dan penghambat kanal kalsium (*calcium channel blocker*) (Chobanian *et al.*, 2003; Saseen dan Maclaughlin, 2008; Koda Kimble, 2005)

Obat antihipertensi dapat diklarifikasikan berdasarkan tempat atau mekanisme kerjanya, rasionalisasi pemberian diperlukan untuk efek potensial saling melengkapi dengan terapi secara bersamaan dari kelas terapi yang berbeda adalah strategi yang efektif untuk meningkatkan kontrol tekanan

darah dengan dosis minimum yang berarti efek samping yang diminum pula (Laurance, 2008)

Tabel 2.6 Klasifikasi obat antihipertensi berdasarkan kerja utama atau mekanisme aksinya (Laurance, 2008)

Obat Antihipertensi	Mekanisme Kerja
Diuretik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiazid (hidroklortiazid, klortiazid, dll) 2. Diuretik loop (furosemid, bumetanid, torsemid, asam etkrinik) 3. Diuretik hemat kalium (amilorid, spironolakton, triamteren)
Obat simpatolitik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antagonis adrenergik β (metoprolol, atenolol, dll) 2. Antagonis adrenergik α (prazosin, terazosin, doxazosin)
Penghambat enzim konversi angiotensin (ACE-inhibitor)	Captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, ramipril, benazepril, fosinopril
Antagonis reseptor angiotensin II	Losartan, candesartan, irbesartan, valsartan, telmisartan, eprosartan
Vasodilator	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arteri (hidralazin, minoksidil, diazoksid, fenoldopam) 2. Arteri dan vena (nitroprussid)

Pasien hipertensi seringkali mendapat dua atau lebih obat antihipertensi untuk mencapai sasaran tekanan darah yang dituju. Penambahan obat kedua dari kelas yang berbeda sebaiknya diawali ketika menggunakan obat tunggal dengan dosis yang tidak mencukupi sehingga gagal untuk mencapai sasaran tekanan darah yang dituju. Tekanan darah apabila lebih dari 20/10 mmHg di atas sasaran, sebaiknya dipertimbangkan pemberian terapi yang diawali dengan dua macam obat, baik dalam peresepan yang terpisah atau *fixed-dose combination* (Gambar 1).

Indikasi khusus sebagai komorbid memerlukan penanganan antihipertensi khusus berdasarkan luaran positif pada uji klinik. Daftar indikasi khusus memerlukan penggunaan obat antihipertensi lain sebagai terapi awal (Tabel 2.7). Obat jika tidak dapat ditoleransi atau merupakan kontra indikasi, satu obat dari kelas lain yang terbukti dapat menurunkan kejadian *kardiovaskuler* sebaiknya digunakan sebagai terapi pengganti saja.

Tabel 2.7 Rekomendasi terapi dengan indikasi khusus (Chobanian *et al.*, 2003)

Indikasi khusus	Obat					
	Diuretik	BB	ACEI	ARB	CCB	Antagonis aldosteron
Gagal jantung	*	*	*	*		*
Infark postmiokard		*	*			*
Risiko penyakit jantung koroner tinggi	*	*	*		*	
Diabetes	*	*	*	*	*	
Penyakit ginjal kronik			*	*		
Pencegahan kekambuhan stroke	*		*			

Keterangan :

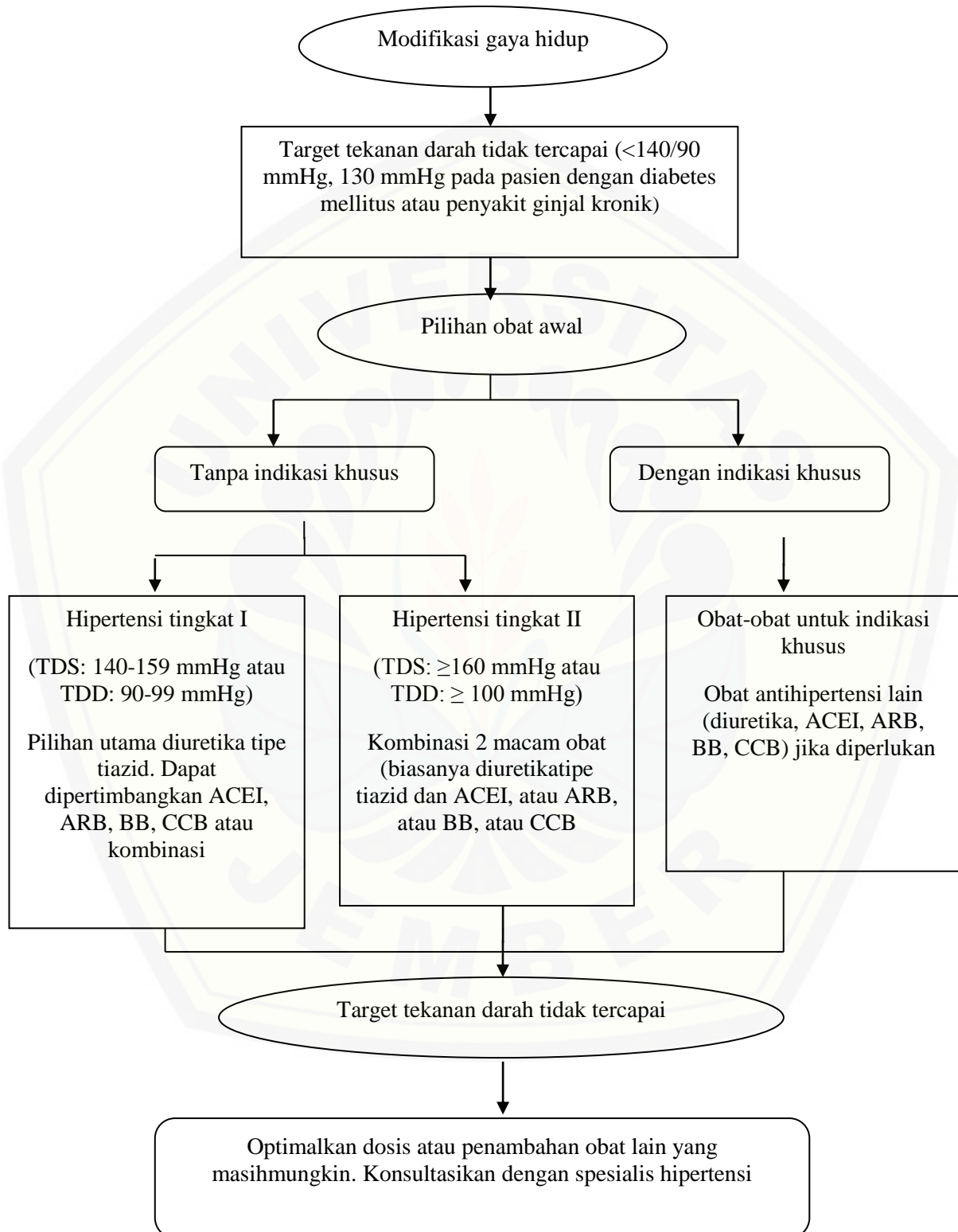
ACEI : *Angiotensin Converting Enzym Inhibitor*

ARB : *Angiotensin Reseptor Blocker*

CCB : *Calcium Channel Blocker*

BB : *Beta blocker.*

Hipertensi didefinisikan sebagai kenaikan tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik ataupun keduanya, sedangkan tujuan terapi adalah menurunkan resiko morbiditas dan mortalitas kardiovaskular dan ginjal. Target penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik adalah kurang dari 140/90 mmHg (pada pasien non diabetes) yang dapat menyebabkan komplikasi kardiovaskular. Pada pasien hipertensi yang disertai dengan diabetes atau penyakit ginjal kronik, target penurunan tekanan darah lebih rendah lagi yaitu mencapai 130/80 mmHg, pasien diwajibkan untuk menggunakan obat hipertensi tersebut selama hidup, dosis dan jumlah obat antihipertensi dapat diturunkan secara bertahap bila pasien hasil diagnosis sudah tetap ataupun stabil dan pasien patuh terhadap pengobatan non farmakologis dalam hal ini melalui terapi *brief counseling* dimana tindakan ini harus disertai dengan pengawasan tekanan darah yang ketat (Yogiantoro, 2006), adapun algoritma penanganan hipertensi dapat dilihat pada gambar 1 sebagai berikut :



Gambar 1 : algoritma penanganan hipertensi

2.2.7 DM dengan Hipertensi

Sekarang jumlah pasien diabetes dengan hipertensi meningkat. *Diabetes nefropati* merupakan faktor yang berhubungan dengan berkembangnya penyakit hipertensi pada pasien diabetes. Diabetes dengan hipertensi meningkatkan risiko penyakit jantung, penyakit pembuluh darah perifer, stroke (Yang *et al.*, 2011). Adanya hipertensi pada pasien diabetes juga meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer (Epstein and Sowers, 1992).

Diabetes dan hipertensi merupakan faktor risiko untuk mortaliti kardiovaskuler tidak hanya pada populasi umum tetapi pada juga pada kelompok spesifik, hal ini akan menjadi problem yang serius di seluruh dunia. Prevalensi *albuminuria* lebih tinggi pada pasien hipertensi dibandingkan dengan pasien normotensi dan non diabetes. Prevalensi *albuminuria* dan *renal injury* relatif lebih tinggi pada pasien diabetes dengan hipertensi dibandingkan dengan pasien diabetes tanpa hipertensi (Yang *et al.*, 2011).

Diabetes dan hipertensi juga merupakan risiko terjadinya *stroke*. *Stroke* adalah penyakit yang menyebabkan kematian ketiga di dunia. Pada negara berkembang rata-rata kejadian *stroke* adalah 150 orang tiap 100.000 populasi setiap tahun dan *stroke* yang berhubungan dengan kematian berkisar 50 sampai 100 orang tiap 100.000 populasi. Diabetes meningkatkan risiko relatif *stroke* hingga 6 kali lipat dan hipertensi sebesar 4 kali lipat (Jozwiak *et al.*, 2005).

2.3 Konseling

2.3.1 Konseling secara umum

Secara konvensional konseling didefinisikan sebagai pelayanan profesional (*professional service*) yang diberikan oleh konselor kepada konseli secara tatap muka (*face to face*), agar konseli dapat mengembangkan perilakunya ke arah lebih maju (*progressive*). Pelayanan konseling bersifat kuratif dalam arti penyembuhan. Dalam hal ini konseli adalah individu yang mengalami masalah, dan setelah memperoleh pelayanan konseling ia disarankan secara bertahap dapat memahami

masalahnya (*problem understanding*) dan memecahkan masalahnya (*problem solving*) (Hartono dan Soedarmadji, 2008). Konseling terbagi dalam berbagai macam tipe yang diklasifikasikan sebagai konseling sosial, konseling individual, konseling pendidikan, dan konseling karier (Mappiare, 2011).

Secara umum tujuan konseling adalah agar konseli dapat mengubah perilakunya ke arah yang lebih maju (*progressive behaviour change*), melalui terlaksananya tugas-tugas perkembangan secara optimal, kemandirian, dan kebahagiaan hidup. Secara khusus, tujuan konseling tergantung dari masalah yang dihadapi oleh masing-masing konseli (Hartono dan Soedarmadji, 2008).

2.3.2 Konseling individual

Metode pendidikan konseling yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Pendekatan metode konseling individual berdampak pada kontak antara profesional kesehatan dengan pasien menjadi lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh pasien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya pasien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku atau mengubah perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2007).

2.3.3 Konseling Kefarmasian (*Pharmaceutical Care*)

Konseling pasien merupakan bagian yang tidak terpisahkan dan elemen kunci dari pelayanan kefarmasian, karena sekarang apoteker harus berinteraksi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Pelayanan konseling pasien adalah suatu pelayanan farmasi yang mempunyai tanggung jawab etika serta medikasi legal untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan obat (Depkes RI, 2006).

Tujuan dari pemberian konseling kepada pasien adalah untuk :

- a. Meningkatkan keberhasilan terapi
- b. Meminimalkan risiko efek samping

- c. Meningkatkan *cost effectiveness*
- d. Meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan
- e. Membimbing dan mendidik pasien dalam menggunakan obat sehingga dapat mencapai tujuan pengobatan dan meningkatkan mutu pengobatan pasien.

Pemberian konseling tidak dapat diberikan pada semua pasien mengingat waktu pemberian konseling yang cukup lama. Oleh sebab itu diperlukan seleksi pasien yang perlu diberikan konseling. (Depkes RI, 2006) Prioritas pasien yang perlu mendapat konseling :

- a. Pasien dengan populasi khusus (pasien geriatri, pasien pediatri, dan lain-lain)
- b. Pasien dengan terapi untuk penyakit kronis dan terapi jangka panjang (TBC, epilepsi, hipertensi, diabetes, dan lain-lain)
- c. Mendapatkan obat dengan bentuk sediaan tertentu dan dengan cara pemakaian yang khusus (insulin, inhaler, dan lain-lain)
- d. Mendapatkan obat dengan indeks terapi yang sempit (digoksin, fenitoin, dan lain-lain)
- e. Mendapatkan terapi obat-obatan dengan kombinasi yang banyak (polifarmasi)

2.3.1 Konseling Singkat Berbasis Solusi (*Brief Counseling*)

a. Kajian Teori *Brief Counseling*

Brief Counseling atau yang dikenal dengan sebutan *Solution Focus Brief Counseling* (SFBC) atau *Solution Focus Brief Therapy* (SFBT) adalah salah satu pendekatan konseling yang berbasis *postmodern* sebagai landasan yang konseptual yang didasari bahwa kebenaran dan realitas bukanlah suatu yang bersifat absolut atau mutlak tetapi hal tersebut dapat di konstruksikan. Dalam hal ini Konselor harus selalu menerima perubahan dan perkembangan terhadap teori konseling dan pemanfaatan teknologi dalam meningkatkan efektifitas program konseling yang akan dilaksanakan (*Corey,G 2013*). Konseling ini merupakan bentuk terapi singkat yang dibangun atas dasar kekuatan konseli dan peranan dari konselor yaitu membantu untuk memunculkan dan mengkonstruksikan solusi pada problem yang dihadapi (*Capuzzi, D 2007*)

Pribadi sehat adalah pribadi yang berkompeten dalam mengkonstruksikan solusi dari masalahnya, dimana pribadi tersebut tidak menemukan keefektifannya dalam mencari dan menggunakan solusi yang dibuatnya, dimana individu itu tidak dapat menemukan bahwa ketidak-bahagiaaan ataupun ketidak sejahteraan adalah bersumber dirinya, sehingga individu tersebut merasa terbelenggu dan terpuruk atas penyakit yang merupakan masalah bagi kehidupannya, dan pribadi yang sehat pribadi yang mampu (kompeten), memiliki kapasitas untuk membangun, merancang ataupun mengkonstruksikan solusi-solusi, sehingga individu tersebut tidak terus menerus berkutat dalam problem-problem yang sedang ia hadapi; Pribadi yang tidak terpaku pada masalah, namun ia lebih berfokus pada solusi, bertindak dan mewujudkan solusi yang ia inginkan. (O'Byrne, et al. 2002)

Individu pada dasarnya merupakan makhluk yang kompeten, dimana memiliki kapasitas untuk membangun, merancang ataupun mengkonstruksikan solusi- solusi sehingga mampu untuk menyelesaikan setiap masalahnya dan tidak hanya berkutat pada masalah yang dihadapi tetapi lebih fokus pada solusi dan segera bertindak untuk mewujudkannya (Bertolino & O'Hanlon, 2002) sedangkan Pribadi yang tidak sehat atau bermasalah selalu menganggap dan mengkonstruksikan masalah berasal dari kelemahan dirinya sendiri dan tidak mampu mengkonstruksikan solusi yang dibuatnya. (De Shazer ,Corey, 2009)

Brief Counseling merupakan salah satu pendekatan konseling yang dapat membantu individu tersebut dalam menemukan solusi melalui konstruksi yang dibuatnya sendiri. Salah satu pemikiran dan gagasan tentang *Brief Counseling* bahwa besar atau kecil akan selalu terjadi perubahan pada individu dan menuntut perhatian agar konselor terfokus pada perubahan perubahan kecil yang menjadikan perbedaan perbedaan besar dalam kehidupan konseli, karena pada tahap inilah konseli berusaha untuk mengkonstruksi masalah masalah yang terjadi untuk mencapai solusi yang diinginkan (Burn, K. 2005).

Pada saat ini banyak sekali metode konseling yang sudah berkembang salah satunya *brief counseling* atau konseling singkat. Konseling singkat (*brief counseling*) yang dijabarkan dalam strategi 5A yang pada awalnya untuk menghentikan kebiasaan merokok yaitu, *Ask* (menanyakan), *Advise* (memberi

saran), *Assess* (menilai), *Assist* (membantu), dan *Arrange* (tindak lanjut) (*American Medical Association, 2000*).

- 1) *Assess*, adalah tahap perilaku sekarang, pentingnya untuk mengubah kebiasaan tersebut, tingkat kesiapan untuk merubah dan dukungan sosial.
- 2) *Advise*, adalah tahap perubahan perilaku individual secara jelas dan spesifik, termasuk informasi tentang keuntungan dan kerugian kesehatan pribadi.
- 3) *Agree*, adalah tahap kolaborasi untuk mencapai target perilaku yang diharapkan.
- 4) *Assist*, adalah tahap pemberian bantuan untuk memecahkan berbagai masalah yang dihadapi agar terjadi perubahan perilaku yang diharapkan.
- 5) *Arrange*, adalah tahap dilakukannya *follow-up* tentang kemajuan dan kemungkinan adanya hambatan. (*Boulton, M.L 2009*)

Selain digunakan untuk menghentikan kebiasaan merokok, metode konseling singkat 5A juga diterapkan pada penyalahgunaan alkohol pada orang dewasa, ibu hamil. Pada program perubahan diet, pada penderita *hiperlipidemia* atau faktor risiko *kardiovaskular*, perubahan berat badan untuk obesitas (program intensif konseling saja), kesehatan seksual untuk remaja yang aktif dan orang dewasa pada peningkatan risiko untuk Infeksi Menular Seksual (IMS) (*ACPM, 2009*).

Salah satu pendekatan konseling dan psikoterapi yang dipengaruhi oleh pemikiran postmodern adalah pendekatan *Solution Focused Brief Therapy* (*Brief Counseling*). Dalam beberapa literatur pendekatan *Brief Counseling* juga disebut sebagai Terapi *Konstruktivis* (*Constructivist Therapy*), ada pula yang menyebutnya dengan Terapi Berfokus Solusi (*Solution Focused Therapy*), selain itu juga disebut Konseling Singkat Berfokus Solusi (*Solution Focused Brief Counseling*) dari semua sebutan untuk SFBT sejatinya semuanya merupakan pendekatan yang didasari oleh filosofi postmodern sebagai landasan konseptual pendekatan-pendekatan tersebut. (*Milner, et al 2002*)

Teori *Brief Counseling* awalnya di Indonesia lebih banyak digunakan dalam memecahkan masalah-masalah dalam dunia kependidikan. Bambang Dibyoy Wiyono (2015) menyatakan Pendekatan konseling kelompok singkat berfokus

solusi terbukti efektif untuk meningkatkan motivasi berprestasi siswa SMK. Menurut pendapat Dodi Suryana (2015) menyatakan Konseling Singkat Berfokus Solusi dalam setting kelompok mampu mengembangkan determinasi diri mahasiswa. Menurut Dewa Ayu Eka (2014) Konseling singkat berfokus solusi untuk meningkatkan orientasi masa depan bidang pendidikan pada remaja SMP 4 Pandak Bantul, Yogyakarta. Sedangkan dalam bidang kesehatan *Brief counseling* juga digunakan dalam pendekatan dengan keluarga yaitu berdasarkan jurnal yang ditulis oleh Sumarwiyah (2015) Konseling keluarga dengan pendekatan ini memungkinkan konseli yang bermasalah dalam konteks keluarga memperoleh kemandirian dalam menyelesaikan masalah dan mencari solusi secara cepat dan tepat dalam mengatasi masalah-maslah yang ada dalam keluarga. Berdasarkan Jurnal yang ditulis oleh Riza Alfian (2016) mengenai Pentingnya Pengaruh *Brief Counseling* Terhadap Aktifitas Fisik pada Pasien Hipertensi.

b. Konsep *Brief counseling*

Konsep kunci atau prinsip dasar dari *brief counseling* adalah mengubah masa lalu dan mendukung pada masa sekarang atau masa depan yang didasarkan pada pembuatan solusi daripada pemecahan masalah, dan perubahan yang terjadi bisa sepanjang waktu tergantung dari kemauan konseli untuk bergeser dari masa lalunya, hal inilah yang membedakan terapi *brief counseling* dengan terapi tradisional, terapi ini lebih berfokus pada apa yang bisa konseli lakukan meskipun dalam jumlah yang sedikit dan tidak diperlukan pemahaman dalam masalah yang terjadi. Perbandingan antara Pendekatan Konseling Berfokus Masalah dan Pendekatan Berfokus Solusi (John Mcleod,2006) digambarkan pada tabel berikut

Tabel 2.8 Perbandingan antara Pendekatan Konseling Berfokus Masalah dan Pendekatan Berfokus Solusi

Pendekatan Konseling Berfokus Masalah	Pendekatan Konseling Berfokus Solusi
Bagaimana saya bisa menolong anda?	Bagaimana anda akan mengetahui jika terapi tersebut berguna?
Dapatkah anda menceritakan masalah anda?	Apa yang ingin anda ubah?
Apakah masalah itu adalah <i>symptom</i> dari sesuatu yang lebih dalam?	Apakah kita telah jelas dengan isu sentral yang akan kita fokuskan?
Dapatkah anda menceritakan lebih banyak lagi tentang masalah tersebut?	Dapatkah kita menemukan pengecualian-kecualian dalam masalah tersebut?
Bagaimana kita akan memahami masalah tersebut dengan petunjuk dari masa lalu?	Akan tampak seperti apa masa depan itu tanpa masalah tersebut?
Berapa banyak sesi yang dibutuhkan?	Apakah kita sudah mencapai hasil yang kita inginkan untuk dapat menuntaskan sesi ini?

Semua manusia adalah sehat dan memiliki kekuatan dan kelebihan dalam menangani setiap permasalahan mereka, namun seringkali konseli tersebut tidak dapat menemukan kekuatan atau kelebihan yang ada dalam diri mereka (Insoo Kim Berg dan Steve de Shazer), disinilah tugas utama dari konselor untuk mengkonstruksikan dari masalah-masalah yang dihadapi oleh konseli sehingga menghasilkan solusi seperti yang mereka inginkan.

Dalam pendekatan terapi *brief counseling* ini konselor hanya sedikit melihat diagnosis dari masalah dan riwayat atau eksplorasi dari masalah yang terjadi. Menurut Gerald Corey terapi ini memiliki konsep dasar yang berasumsi *optimistik* bahwa semua manusia itu sehat dan memiliki kemampuan dalam menciptakan pemecahan masalah yang mereka hadapi (solusi) yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Maka disinilah peran dari konselor untuk membantu konseli menyadari bahwa ia memiliki kemampuan untuk itu. Beberapa konseli sering tidak menyadari jika telah memiliki solusi dimana pandangan konseli sudah

berbalut dan fokus terhadap masalah, dan peran berikutnya dari konselor disini membantu konseli dalam pergeseran dari suatu masalah yang mereka alami menuju ke suatu keadaan yang memiliki berbagai kemungkinan dengan cara konselor memberikan motivasi pada konseli untuk menulis suatu cerita yang berbeda yang dapat mengarah pada suatu tujuan yang baru yang diorientasikan pada peningkatan kesadaran *eksepsi* atau harapan-harapan yang menyenangkan.

Setiap perubahan kecil bagi konseli akan membuka jalan bagi perubahan-perubahan besar yang akan menyelesaikan masalah mereka dan solusi bagi konseli adalah bersifat unik dan spesifik yang hanya berlaku pada setiap individu, di dalam melakukan perubahan konseli harus mengambil sikap yang *kooperatif* dengan konselor yang akan membantu konseli dalam merancang strategi untuk mengendalikan dan mengatasi hambatan.

c. Sikap, peran dan tugas konselor dalam *Brief counseling*

Dalam terapi *Brief counseling*, konselor harus memainkan peranan yang lebih aktif mengingat pemberian terapi ini berlangsung dengan cepat dimana konselor harus menggeser fokus dari problem fokus menuju pada problem solusi dalam waktu yang singkat. Strategi relasional tersebut didasarkan pada peranan konselor untuk memicu prakarsa konseli, membantu konseli dalam menumbuhkembangkan dan menggunakan kemampuan untuk merespon tanggung jawab mereka dengan lebih baik (*response ability*), adapun sikap, peran dan tugas konselor dalam *Brief counseling* adalah :

1. Membantu konseli dalam menggali kekuatan-kekuatan dan kompetensi yang dimiliki konseli
2. Membantu konseli dalam melakukan pemikiran dengan jalan mengurangi atau membatasi dampak masalah dengan cara memunculkan perkecualian-perkecualian pada masalah tersebut
3. Melibatkan konseli untuk berpikir tentang masa depan yang mereka inginkan

4. Konseli sebenarnya merupakan ahli (*expert*) dalam kehidupannya sendiri, sehingga sikap konselor tidak mengasumsikan diri sebagai ahli yang mengetahui tindakan dan pengalaman konseli
5. Mengarahkan perubahan konseli tanpa bersikap mendikte
6. Konselor harus bisa dapat bersikap *kolaboratif* yaitu dengan membangun suatu percakapan dengan konseli sehingga bisa menggali dan mengembangkan kemudian menghayati pengalaman-pengalaman dalam kehidupan konseli.
7. Membantu konseli dalam berimajinasi secara konsisten, sebagai contoh konselor dapat menanyakan “ apa yang Anda inginkan dengan datang ke tempat praktek kami? apakah Anda dapat menunjukkan tanda-tanda bahwa adanya kemungkinan perubahan yang terjadi pada diri Anda?

Konseling pada dasarnya lebih mengetahui tentang tujuan-tujuan apa yang mereka ingin ciptakan untuk mencapai hari depan yang lebih baik, dimana tujuan tujuan tersebut bersifat unik dan spesifik untuk masing-masing individu dan peranan dari konselor adalah membantu konseli untuk membangun tujuan-tujuan mereka dalam kerangka kerja yang lebih baik sehingga menghasilkan solusi sukses seperti yang mereka inginkan. Setiap pakar dalam hal ini konselor dan konseli memberikan andil untuk menumbuhkembangkan solusi bersama. Kolaborasi antara konselor dan konseli membuat kriteria kemajuan atau keberhasilan dalam pencapaian tujuan, sehingga mereka bisa mengakhiri terapi hingga tepat waktu.

d. Sikap, peran dan tugas konseli dalam *Brief counseling*

Konseli pada dasarnya lebih mengetahui tentang tujuan-tujuan apa yang mereka ingin ciptakan untuk mencapai hari depan yang lebih baik, dimana tujuan tujuan tersebut bersifat unik dan spesifik untuk masing-masing individu dan peranan dari konselor adalah membantu konseli untuk membangun tujuan-tujuan mereka dalam kerangka kerja yang lebih baik sehingga menghasilkan solusi sukses seperti yang mereka inginkan, adapun Sikap, peran dan tugas konseli dalam *Brief counseling* adalah :

1. Mampu membentuk hubungan *kolaboratif* yang baik dengan konselor
2. Aktif terlibat dalam proses konseling
3. Memiliki motivasi dalam menyelesaikan masalah

Konseling adalah bantuan yang diberikan oleh seseorang pembimbing (konselor) kepada seseorang konseli atau sekelompok konseli (klien, terbimbing, seseorang yang memiliki problem) untuk mengatasi problemnya dengan jalan wawancara dengan maksud agar klien atau sekelompok klien tersebut mengerti lebih jelas tentang problemnya sendiri dan memecahkan problemnya sendiri sesuai dengan kemampuannya dengan mempelajari saran-saran yang diterima

e. Perkembangan perilaku *brief counseling*

1. Struktur Kepribadian

Solution Focused Brief Therapy (SFBT) tidak mengemukakan teori mengenai struktur kepribadian. Konseling ini hanya berfokus pada memfasilitasi konseli untuk mengkonstruksi solusi dari masalahnya, struktur kepribadian meliputi 2 hal, yaitu :

- a. Pribadi sehat

- 1) Pribadi yang mampu (kompeten), memiliki kapasitas untuk membangun, merancang ataupun mengkonstruksikan solusi-solusi, sehingga individu tersebut tidak terus menerus berputar dalam problem-problem yang sedang ia hadapi.
- 2) Pribadi yang tidak terpaku pada masalah, namun ia lebih berfokus pada solusi, bertindak dan mewujudkan solusi yang ia inginkan.

- b. Pribadi bermasalah

- 1) Individu menjadi bermasalah karena ketidakefektifannya dalam mencari dan menggunakan solusi yang dibuatnya.
- 2) Individu menjadi bermasalah karena ia meyakini bahwa ketidakbahagiaan atau ketidaksejahteraan ini berpangkal pada dirinya

Bertolino dan O'Hanlon menekankan pentingnya membuat kolaborasi hubungan terapeutik untuk mencapai keberhasilan konseling. Diakui bahwa konselor memiliki keahlian dalam menciptakan konteks untuk perubahan, mereka menekankan bahwa konseli adalah ahli (*expert*) dalam kehidupan mereka dan sering memiliki perasaan yang bagus tentang apa yang harus dan tidak harus dilakukan di masa lalu dan begitu juga apa yang mungkin dilakukan di masa depan. *Brief counseling* mengasumsikan pendekatan kolaboratif dengan konseli berbeda dengan sikap edukatif yang biasanya dikaitkan dengan model terapi tradisional. Jika konseli terlibat dalam proses terapeutik dari awal sampai akhir, perubahan meningkat sehingga konseling akan sangat berhasil. Singkatnya, hubungan kolaborasi dan kooperatif cenderung lebih efektif dari pada hubungan hierarki dalam konseling.

f. Tujuan dari Terapi *Brief counseling* adalah sebagai berikut:

1. Mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat.
2. Mengantar konseli/manusia meraih kehidupan yang lebih sehat dan lebih bahagia baik masa kini maupun ke masa depan.
3. Membantu konseli mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diinginkan konseli, terjadi di dalam kehidupan mereka dan terus terjadi.
4. Membantu konseli membangun visi yang dipilih untuk masa depan mereka.
5. Membantu konseli mengidentifikasi hal-hal yang baik untuk kehidupan mereka saat ini dan ke masa depan.
6. Membantu konseli membawa kesuksesan sekecil apapun ke dalam kesadaran mereka.
7. Membantu konseli untuk mengulang keberhasilan yang pernah mereka lakukan.
8. Pengubahan pandangan mengenai situasi atau kerangka berpikir, pengubahan cara menghadapi situasi problematik, dan merekam sumber-sumber dan kekuatan konseli.
9. Adanya keterlibatan dalam pemberian bantuan konseli untuk menerima pergantian bahasa dan penyikapan dari bicara tentang masalah ke bicara

tentang solusi. Konseli didorong untuk terlibat dalam perubahan atau bicara solusi daripada bicara masalah/problem, dengan asumsi bahwa apa yang kita katakan kebanyakan akan menjadi apa yang kita hasilkan. Bicara tentang masalah akan menghasilkan masalah berikutnya. Bicara tentang perubahan akan menghasilkan perubahan. Begitu individu atau konseli itu belajar berbicara dalam pengertian apa yang mereka mampu untuk lakukan secara baik, sumber-sumber dan kekuatan apa yang mereka punyai, dan apa yang mereka telah lakukan dan bisa terlaksana, mereka telah mencapai tujuan utama terapi.

Didasarkan pada asumsi optimis bahwa orang yang sehat dan kompeten memiliki kemampuan untuk membangun solusi yang dapat meningkatkan kehidupan mereka. Inti dari terapi yakni membangun harapan dan optimisme Konseli dengan menciptakan ekspektasi positif bahwa perubahan itu mungkin. *Brief Counseling* merupakan Pendekatan non patologis yang menekankan kompetensi daripada kekurangan dan kekuatan bukan kelemahan. (Metcalf, 2001).

g. Mekanisme Pengubahan Tahap-Tahap Konseling

Tahap-tahap dalam *Brief Counseling* adalah sebagai berikut:

1. *Establishing rapport*. Yaitu suatu tahap dimana konselor berusaha membangun hubungan yang baik dan bersifat kolaboratif agar proses konseling dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan bersama..
2. *Identifying a solvable complaint*. Yaitu mengidentifikasi keluhan-keluhan yang akan dipecahkan.
- 3 *Establishing goals* atau menetapkan tujuan yang akan dicapai dalam proses konseling.
- 4 *Designing an intervention* atau merancang intervensi
- 5 *Strategic task that promote change*. Yaitu tugas tertentu yang diberikan oleh konselor untuk mendorong perubahan. Misalnya dengan meminta konseli untuk mengamati dengan mengatakan: "antara sekarang dan waktu mendatang kita bertemu, saya meminta anda untuk mengamati, sehingga Anda dapat menggambarkan pada saya pada pertemuan mendatang, apa

yang terjadi di kehidupan Anda yang Anda inginkan terjadi secara berkelanjutan”. Penugasan tersebut mendorong konseli bahwa perubahan yang diinginkan pasti terjadi dan tidak terelakkan. Hal tersebut sangat penting dipahami sebelum mereka memulai merancang perubahan.

6 *Identifying & emphasizing new behavior & changes*. Yaitu mengidentifikasi dan menguatkan perilaku baru dan perubahan.

7 *Stabilization atau stabilisasi*

8 *Termination*. Pada tahap terminasi, ciri-ciri pertanyaan yang diajukan konselor untuk mengidentifikasi keberhasilan konseling yaitu: “apa hal berbeda yang diperlukan dalam hidup Anda yang dihasilkan dengan datang kemari sehingga Anda mengatakan bahwa pertemuan kita bermanfaat?” dan “ketika masalah Anda teratasi, hal berbeda apa yang akan Anda lakukan?”.

h. Kegiatan-Kegiatan *Brief Counseling*

Edy Legowo (2008:79) Proses pada terapi *brief counseling* ini mencakup dua aktivitas utama sebagai berikut :

1. Aktivitas menumbuh kembangkan kesadaran (*Consciousness Raising*)

Kebanyakan Konseli datang ke sesi terapi dengan preokupasi (keterpakuan) pada problem-problem. Misalnya Konseli mengatakan, “Saya depresi sepanjang waktu”, “Aku tidak bisa mengendalikan keinginanku untuk minum-minuman keras”, “Saya dan pasangan hidup saya selalu bertengkar”, “Saya orang yang selalu cemas”, “Aku tidak bisa tidur”, dan sebagainya. Tanggapan alamiah terhadap ungkapan-ungkapan problem itu berupa pengajuan pertanyaan bertajuk”mengapa? ”misal:”mengapa anda depresi?””Mengapa anda minum-minuman keras sampai tidak terkendali”, “Mengapa Anda dan pasangan hidup Anda selalu bertengkar?”, dan sebagainya.

Terapi *brief counseling* justru membantu Konseli untuk menyadari perkecualian-perkecualian yang terlepas dari problem mereka. Dalam kenyataan, selalu terdapat perkecualian-perkecualian itu, dapat diharapkan

Konseli dapat mengendalikan atau mengontrol atas sesuatu yang selama ini terasa sebagai problem yang yang belum teratasi. Menumbuh kembangkan kesadaran tentang pengalaman-pengalaman yang justru merupakan perkecualian dari pola baku problem-problem yang selama ini mengambil perhatian dan kehidupan Konseli-bagaikan menapis butir-butir kecil emas dari hampan pasir-biasa menjadi awal dari pembentukkan solusi.

Kurun-kurun perkecualian itu hampir selalu ada dalam kehidupan setiap Konseli. Untuk Konseli yang sangat sulit memfokuskan diri pada kurun-kurun perkecualian yang positif, Konselor bisa mengajukan pertanyaan mukjizat (*miracle question*) contohnya “ jika karena suatu mukjizat, anda bebas dari problem-problem anda sepanjang malam, seberapa besar perbedaan pada kehidupan Anda akan terjadi ? Menumbuhkembangkan pengalaman perkecualian yang positif dalam imajinasi bisa membantu klien menjadi makin menyadari satu-satunya jenis realitas dalam keseluruhan kehidupan mereka. Seyogyanya Konselor bisa membantu Konseli mentransformasikan realitas yang pada mulanya hanya di imajinasikan menjadi tujuan-tujuan spesifik dan praktis yang bisa mereka capai.

Maka dapat kami simpulkan bahwa aktivitas menumbuhkembangkan kesadaran Konseli dapat berupa :

- a. Membantu Konseli untuk makin menyadari kekecualian-kekecualian (*exceptions*) yang terlepas dari masalah mereka.
 - b. Membantu Konseli menjadi semakin menyadari bahwa realitas kehidupan bukan satu-satunya dalam keseluruhan kehidupan mereka.
 - c. Membantu Konseli mentransformasikan realitas yang pada mulanya hanya imajinasi menjadi tujuan-tujuan spesifik dan praktis serta dapat dicapai.
2. Membuat Pilihan Sadar (*Choosing Conscious*)

Tujuan-tujuan yang kita pilih untuk menentukan masa depan kita. Seiring dengan makin meningkatnya kesadaran klien tentang perkecualian-perkecualian positif di tangan kehidupannya yang syarat problem, mereka

akan bisa membuat pilihan sadar untuk menciptakan lebih banyak lagi perkecualian-perkecualian seperti itu.

Konseli yang selalu berfokus pada sebuah kehidupan yang sarat depresi bisa membuat pilihan sadar untuk berpartisipasi dalam kegiatan rohani, berolahraga lebih sering, lebih banyak mendengarkan musik kesukaannya, terutama musik yang meningkatkan kegembiraan. Konseli yang berfokus pada program kecanduan minuman keras bisa membuat pilihan sadar untuk memfokuskan diri pada solusi-solusi atas kecanduan minuman keras, sehingga dia bisa mencanangkan tujuan-tujuan yang nyata.

Water dan Peller(1992) memberikan empat pandangan untuk membuat pilihan sadar yang bersifat terapeutik :

- a. Jika pilihan yang dibuat bisa bekerja efektif, jangan berhenti sampai disitu, bergegaslah menjalani pilihan tersebut
 - b. Jika pilihan yang dibuat itu bekerja kurang efektif perjuangkan agar ia menjadi lebih efektif
 - c. Jika pilihan yang dibuat itu sama sekali tidak efektif, maka Konselor mengajak Konseli untuk bereksperimen juga berimajinasikan mukjizat-mukjizat
 - d. Perlakukanlah setiap sesi konseling atau psikoterapi seolah olah sesi itu adalah sesi terakhir. Maka mulailah berubah sekarang, bukan esok, bukan pekan depan.
- ii. Teknik-Teknik Terapi *Brief counseling*

Teknik-teknik yang digunakan dalam terapi *Brief Counseling* sebagai berikut:

1) Perubahan sebelum terapi

Terjadi proses tanya jawab antara konselor dengan konseli, dimana konselor menanyakan tentang perubahan-perubahan apa yang terjadi serta membangkitkan dan memperkuat apa yang sudah dilakukan, perubahan-perubahan harus berasal dari keinginan dan motivasi dari konseli sehingga keberhasilan perubahan ini tidak hanya bertumpu pada proses terapi dan tidak banyak bergantung dan bertumpu dari konselor dalam arti pertanyaan yang

timbul lebih bergantung dari sumber yang dimiliki dalam dirinya untuk mencapai tujuan dan harapan yang diinginkan.

2) Pertanyaan Ajaib/*The Miracle Question* (MQ)

Teknik bertanya *The Miracle Question* merupakan salah satu teknik brief counseling yang membantu konseli dengan motivasi untuk menetapkan visi ke depan dengan tujuan yang hendak dicapai yaitu menjadi pribadi yang tidak bermasalah. Konselor membangkitkan motivasi untuk bertindak dengan memberikan pertanyaan pada konseli “apa kemungkinan yang berbeda” meskipun masih ada masalah terhadap penyakit Anda.

De Jong dan Berg (dalam Gerald Corey, 2002:8) mengenali sejumlah alasan bahwa pertanyaan ajaib adalah suatu teknik yang mendorong konseli untuk berimajinasi dan bebas bermimpi terhadap perubahan-perubahan yang mereka inginkan. Dengan bertanya kepada Konseli untuk mempertimbangkan bahwa suatu keajaiban akan terjadi membuka luasnya kemungkinan-kemungkinan di masa depan. Konselor memberikan pertanyaan yang berfokus terhadap masa depan konseli dan dari situ Konseli sudah mulai dapat untuk mempertimbangkan suatu jenis kehidupan yang berbeda yang tidak didominasi oleh suatu masalah tertentu. Intervensi ini mengalihkan penekanan keduanya yaitu masalah masa lalu maupun masa sekarang terhadap hidup di masa yang akan datang.

3) Pertanyaan Penskalaan/*Scaling Questions*

Teknik bertanya *Scaling Question* merupakan salah satu teknik *brief counseling* berikutnya, yang membantu konseli untuk mengidentifikasi perbedaan yang bermanfaat, dan menetapkan tujuan terapi. Kutub dari skala biasanya berentang dari “kondisi masalah yang terburuk yang terjadi” (0 atau 1) di salah satu ujung, dan diujung yang lain menggambarkan “kondisi terbaik yang mungkin akan dicapai” (10). Konseli diminta untuk menilai mereka saat ini berada pada posisi skala berapa, dengan pertanyaan digunakan untuk mengidentifikasi berbagai sumber yang ada.

Konselor menggunakan pertanyaan dari pengalaman manusia yang bersifat abstrak yang tidak mudah diamati seperti perasaan, suasana hati, atau komunikasi dan memberikan skala terhadap pertanyaan tersebut untuk memberikan perhatian yang lebih dekat kepada apa yang sedang konseli kerjakan sehingga dapat mengambil langkah pada perubahan yang mereka kehendaki.

4) *Exception Question* (EQ) atau Pertanyaan perkecualian

Merupakan Teknik Terapi *Brief counseling* yang mendasarkan pada anggapan bahwa masalah- masalah yang terjadi dalam kehidupan konseli dianggap tidak menjadi masalah bagi mereka. Waktu-waktu inilah yang disebut perkecualian-perkecualian. Konselor mengajukan pertanyaan perkecualian untuk mengarahkan Konseli ke arah waktu-waktu ketika masalah itu tidak pernah ada. Pengungkapan ini mengingatkan kepada Konseli bahwa problem itu tidak semuanya memiliki kekuatan dan tidak selalu muncul selamanya. Adapun tujuan pertanyaan perkecualian atau *Exception Question* (EQ)

- a. Membawa konseli berada pada saat dimana Konseli merasakan ringan atau bahkan tidak sedang mengalami suatu masalah.
- b. Konselor meminta Konseli untuk menjelaskan apa yang berbeda dengan saat ketika ia berada dalam kondisi bermasalah sesuai dengan kasus yang dihadapi
- c. Tujuan dari teknik ini adalah agar Konseli mengulang kesuksesan di masa lalu, dan membantu mereka mendapatkan kepercayaan untuk melakukan perbaikan ke depan berdasarkan pengalaman suksesnya tersebut.

5) Mengatasi Pertanyaan/*Coping Question* (CQ)

Merupakan Teknik bertanya dari terapi *brief counseling* yang dirancang untuk memperoleh informasi tentang berbagai sumber daya yang dimiliki Konseli, yang saat itu hilang (dilupakan). Bahkan dalam kondisi Konseli yang tak memiliki harapan (*hopless*). Rasa ingin tahu dan senang dapat

membantu konseli untuk melihat kekuatan tanpa mempermasalahkan kelemahan pada kondisi Konseli.

j. . Sumber daya yang dimiliki Konseli ada dua yaitu :

1. Sumberdaya *Internal*: keterampilan, kekuatan, kualitas, kepercayaan klien dan kapasitas mereka yang berguna.
2. Sumberdaya *External*: Relasi yang mendukung, seperti, mitra, keluarga, teman, atau kelompok agama dan juga kelompok-kelompok pendukung yang lainnya.

Contoh

“Saya melihat hal itu benar-benar sulit bagi Anda, namun Saya kaget melihat fakta bahwa meskipun dalam kondisi seperti itu Anda mampu *me-manage* dirimu untuk bangkit, dan setiap pagi Anda melakukan semua yang diperlukan keluargamu. Bagaimana anda melakukannya?”

k. Umpan Balik / feedback Konselor kepada Klien

Para pelaksana konseling umumnya mengambil waktu jeda lima sampai dengan sepuluh menit menjelang setiap akhir pertemuan untuk menyusun suatu ringkasan pesan kepada Konseli. Selama waktu jeda ini konselor merumuskan umpan balik yang akan diberikan kepada Konseli setelah waktu jeda. De Jong dan Berg (dalam Gerald Corey, 2002:9) menguraikan tiga bagian pokok untuk umpan balik yang berupa ringkasan:

1. Pujian, jembatan, dan anjuran tugas. Pujian adalah pengakuan yang tulus terhadap apa yang telah Konseli lakukan yang mengarah ke solusi yang efektif. Pujian-pujian ini yang wujudnya berbentuk dorongan, menciptakan harapan, dan penyampaian harapan kepada Konseli bahwa mereka dapat mencapai tujuan-tujuan mereka dengan menggunakan kekuatan dan keberhasilan mereka.
2. Sebuah jembatan menghubungkan pujian awal kepada tugas anjuran yang diberikan. Jembatan memberikan alasan penalaran untuk pujian itu.
3. Aspek umpan balik ketiga berisi anjuran tugas kepada Konseli, yang dapat dipertimbangkan sebagai pekerjaan rumah. Tugas pengamatan

maksudnya ialah meminta Konseli untuk sekedar memberikan perhatiannya kepada beberapa aspek kehidupan mereka. Proses monitoring diri ini membantu Konseli mencatat perbedaan-perbedaan apabila segala sesuatu keadaannya lebih baik.

l. Penghentian

Dari awal sekali wawancara berfokus solusi, konselor selalu berpikiran bahwa dalam bekerja akan mengarah kepada penghentian. Begitu Konseli mampu membangun solusi yang memuaskan, hubungan terapi dapat dihentikan. Sebelum konseling berakhir, konselor membantu Konseli dalam mengenali hal-hal yang bisa mereka lakukan untuk melanjutkan perubahan-perubahan yang telah mereka lakukan di masa yang akan datang.

m. Pemeliharaan

Pada tahap pemeliharaan dari terapi brief counseling ini juga bisa membantu untuk mengenali rintangan atau hambatan-hambatan yang kemungkinan ditemui dalam perjalanannya dan memelihara perubahan yang telah mereka lakukan. Karena model terapi ini singkat, berpusat pada masa sekarang, dan akan sangat mungkin terjadi bahwa Konseli akan mengalami persoalan-persoalan perkembangan lain di kemudian hari. Konseli bisa minta pertemuan tambahan kapan saja ketika mereka merasakan adanya kebutuhan yang mereka rasakan untuk kembali ke jalan hidup yang sehat dan tidak bermasalah.

Salah satu pengendalian Diabetes mellitus dengan melaksanakan 4 pillar yang meliputi kebiasaan makan, kebiasaan aktivitas fisik/olahraga, konsumsi obat dan edukasi. Edukasi disini pasien diberikan *brief counseling* yakni suatu teori konseling yang memfasilitasi konseli dalam menemukan solusi yang dikonstruksi oleh dirinya sendiri, tanpa berfokus pada masalah yang dibawanya, adapun langkah-langkah *brief counseling* dapat dilihat pada tabel 2.9 dan Tata cara *brief counseling* yang dilakukan dalam penelitian ini terdapat pada rancangan modul intervensi yang dapat dilihat pada lampiran 2.

Tabel 2.9 Langkah-langkah *Brief Counseling* berfokus Solusi

No	Tahap	Langkah	Pelaksana
1	<i>Establishing rapport</i> (pembentukan hubungan baik antara konselor dan konseli)	a. Penjelasan mengenai prosedur konseling dan tujuan pelaksanaan masing-masing sesi.	Konselor
		b. Pembahasan harapan-harapan yang diinginkan Konseli agar konselor mengetahui hasil yang ingin dicapai oleh Konseli dalam konseling ini	Konselor dan Konseli
2	<i>Identifying solvable complaint</i> (Identifikasi masalah konseli)	a. Pengisian lembar Kerja	Konseli
		b. Pembahasan mengenai masalah yang dialami konseli dan kemungkinan teratasnya masalah tersebut dikemudian hari	Konselor, Konseli
		c. Penggunaan empati, ringkasan, mengartikan, memberikan <i>Miracle Question</i> yang bersifat terbuka dan dijawab oleh konseli	Konselor, Konseli
		d. Mendengarkan secara aktif untuk memahami situasi konseli	Konselor
		e. Menganalisa dinamika terjadinya krisis penurunan perilaku sehat dan kepatuhan secara sadar untuk minum obat sesuai aturan	Konselor, Konseli
		f. Konseli diminta untuk menjelaskan perubahan-perubahan yang terjadi dalam lingkungan keluarga dan teman-temannya hingga orang terdekat konseli yang lebih berkontribusi terhadap munculnya masalah tersebut	Konseli
3	<i>Establishing Goals</i> (Menetapkan tujuan yang akan dicapai)	a. Penggunaan pertanyaan keajaiban (<i>Miracle Question</i>)	Konselor
		b. Menjawab <i>Miracle Question</i>	Konseli
		c. Mengeksplorasi situasi yang jadi pengecualian (<i>Exception</i>) dari apa yang sedang ia alami saat ini. Situasi yang dimaksud adalah situasi dimana masalah tersebut tidak muncul, solusi apa yang dilakukan, dan mengapa solusi tersebut saat itu bisa efektif.	Konseli
		d. Menetapkan tujuan yang akan dicapai	Konseli

No	Tahap	Langkah	Pelaksana
		oleh konseli pada tiap sesi konseling yang akan dijalani	
4	<i>Designing an intervention</i> (merancang intervensi)	a. Mengeksplorasi Penggunaan pertanyaan perkecualian (<i>Exception Question</i>)	Konselor, Konseli
		b. Mencatat adanya perubahan-perubahan sekecil apapun yang terjadi dalam diri konseli sebagai bentuk strategi yang kreatif dalam mendorong terjadinya perubahan sehingga konselor bisa merancang intervens	Konselor
5	<i>Strategic task that promote changes</i>	a. Mengamati dan mencatat perubahan-perubahan dan perbedaan apa yang dikehendaki oleh konseli sesi pertama datang untuk konseling hingga sesi terakhir konseling.	Konseli
		b. Memberikan tugas rumah untuk mempraktekkan perilaku hidup sehat dan kepatuhan minum obat dengan kesadaran diri sendiri	Konseli
		c. Mencatat dan mengamati perubahan perubahan yang terjadi setelah konseli mempraktekkan perilaku sehat dan kepatuhan minum obat secara sadar dari diri sendiri	Konseli
6.	<i>Identifying and emphazing new behavior and changes</i> (Mengidentifikasi dan menguatkan perubahan perilaku yang baru)	a. Mengajak konseli untuk membahas dan merefleksikan hasil dan tugas yang telah dilakukan pada sesi sebelumnya, yakni Lembar Kerja.	Konselor
		b. Mencatat kemajuan-kemajuan yang terjadi dan menyebutkan alasan mengapa hal tersebut bisa terjadi	Konseli
		c. Memberikan motivasi jika belum terjadi perubahan yang cepat, baik dari perilaku hidup sehat, kepatuhan, hasil terapi maupun kualitas hidup yang lebih baik seperti yang mereka inginkan	Konselor
		d. Mengeksplorasi dengan menggunakan pertanyaan <i>Scaling Questions</i>	Konselor
		e. Menggali potensi positif dalam diri konseli dengan mengeksplorasi	Konselor, Konseli

No	Tahap	Langkah	Pelaksana
		<i>Coping Questions</i> dalam menangani masalah yang dihadapi pada refleksi tugas rumah.	
7	<i>Stabilization</i> (Stabilisasi)	a. Mengeksplorasi <i>coping skill</i> melalui <i>Coping Question</i> yaitu konselor memberikan pertanyaan yang meminta konseli untuk mengemukakan pengalaman suksesnya dalam perilaku hidup sehat dan kepatuhan minum obat secara sadar dari diri sendiri melalui tugas yang diberikan di rumah.	Konselor, Konseli
		b. Mencatat perubahan-perubahan yang mengarah pada kemajuan dan terus memberikan motivasi untuk melanjutkan kemajuan-kemajuan tersebut.	Konselor, Konseli
		c. Mencatat, mengidentifikasi masalah dan mencari solusi jika terjadi perubahan yang mengarah pada kemunduran perilaku hidup sehat dan kepatuhan minum obat secara sadar dari diri sendiri	Konselor, Konseli
8.	<i>Termination</i> (Terminasi)	a. Menentukan solusi artinya jika solusi efektif perlu dipertahankan, bila butuh satu langkah kecil maka di modifikasi, dan bila tidak bagus maka lakukan solusi yang berbeda	Konseli
		b. Memberikan lembar kerja Re Building My Solution	Konselor
		c. Dari Lembar kerja diatas, konselor meminta konseli untuk mencatat Perubahan kemajuan	Konseli
		d. Mengeksplorasi perubahan kemajuan tersebut dengan penggunaan <i>Scaling Questions</i>	Konselor, Konseli
9	<i>Feed back</i> (umpan balik)	a. Memberikan gambaran hal-hal yang positif yang telah konseli lakukan selama proses konseling sejak sesi pertama hingga akhir konseling.	Konselor
		b. Memberikan pesan tertulis (<i>Compliment</i>) untuk memuji konseli atas perubahan yang menunjukkan kemajuan dengan karakteristik positif pencapaian tujuan terapi tersebut	Konselor

Sumber : Kaharjo (2016)

2.4 Pengukuran Konseling Singkat Berbasis Solusi

Brief counseling berfokus Solusi ini merupakan salah satu bentuk konseling yang dapat digunakan untuk membantu keberhasilan gerakan 4 pillar dari penyembuhan penyakit diabetes mellitus dengan hipertensi i, yaitu :

1. Tingkat perilaku
 - a. Defnisi

Skinner dalam Notoatmodjo (2012), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut dengan teori S-O-R atau (Stimulus-Organisme-Respon).

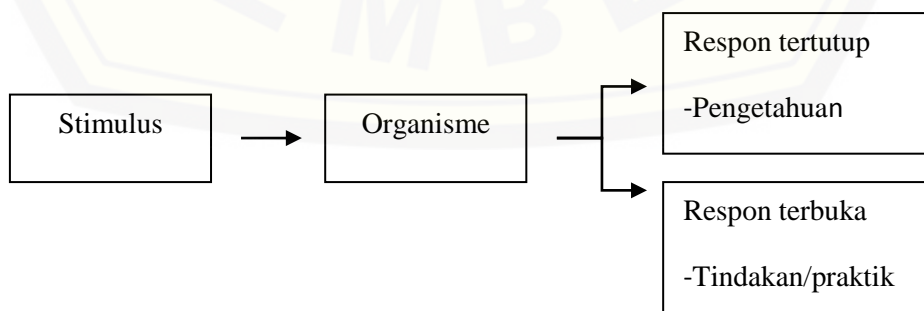
Berdasarkan teori S-O-R, maka perilaku manusia dapat dikembangkan menjadi dua macam yaitu :

1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*).

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus masih belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Respon tersebut masih terbatas dalam perhatian, perasaan, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus. Bentuk respon tertutup dapat diukur dari pengetahuan dan sikap.

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka, respon tersebut sudah berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati orang lain, adapun untuk menggambarkan teori S-O-R tersebut dapat terlihat pada gambar 2



Gambar 2 Teori S-O-R menurut Skinner tahun 1938 (Notoatmodjo, 2012)

b Faktor-faktor perubahan perilaku

Teori Lawrence green merupakan salah satu teori yang mencoba untuk menganalisis manusia dari tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat yang dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor diluar perilaku (non behavior causes), selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk dari 3 faktor utama, yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*).

Merupakan faktor yang mendahului sebelum terjadinya suatu perilaku, yang menjelaskan alasan dan motivasi untuk berperilaku tertentu. Yang termasuk dalam faktor predisposisi adalah pengetahuan, keyakinan, sikap dan demografi.

2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*).

Agar terjadi suatu perilaku tertentu diperlukan perilaku pemungkin suatu motivasi. Ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan.

3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*).

Merupakan faktor penyerta perilaku yang memberikan perangsang 47 i menetapkan suatu perilaku, misalnya : keluarga, teman sebaya, guru, dan _ _ ; kesehatan(Notoadmojo, 2012).

c. Domain perilaku

Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmojo merinci 3 domain yang mempengaruhi perilaku yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psycomotor*).

1. Domain kognitif yaitu domain menekankan aspek intelektual seperti pengetahuan, pengertian, dan keterampilan berpikir.

2. Domain afektif yaitu domain yang menekankan aspek perasaan dan emosi seperti minat, sikap, apresiasi, dan cara menyesuaikan diri.

3. Domain psikomotorik yaitu domain yang menekankan pada aspek keterampilan motorik seperti mengerjakan, memasang, dan sebagainya.

Dalam perkembangannya ketiga aspek Bloom tersebut dijabarkan menjadi:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Merupakan sesuatu yang diperoleh manusia melalui pengamatan panca indera seseorang (penginderaan) terhadap suatu obyek tertentu, yaitu melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (*Covert behaviour*). Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain usia, pendidikan, pekerjaan, penyuluhan (pendidikan kesehatan), pengalaman dan media massa.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah tindakan seseorang berdasarkan rangsangan atau stimulus yang berkaitan dengan karakter emosi (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Sikap seseorang berkaitan dengan pembentukan perilaku kesehatan sehingga pembentuk sikap disini sangat penting

3. Tindakan/Praktek (*practice*)

Pengetahuan dan sikap yang baik akan menghasilkan suatu tindakan yang baik pula, dan tindakan yang baik akan menghasilkan perubahan perilaku yang positif. Pengukuran perilaku selain dapat diamati secara langsung melalui tindakan observasi atau kegiatan yang nyata dapat juga dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara dan mengisi kuisisioner, hasil perilaku merupakan pengukuran praktek (Notoatmojo, 2012)

Adapun suatu perubahan perilaku terjadi Menurut Notoatmojo (2012) dalam adalah kemampuan seseorang untuk bisa menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya setelah memperoleh pengetahuan (*knowledge*), perubahan sikap (*attitude*) dan melakukan suatu tindakan (*practice*). Sebelum seseorang mengadopsi perilaku yang baru, maka ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Perubahan perilaku seseorang yang didasarkan pada Pengetahuan akan lebih bertahan daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan dapat

merubah sikap seseorang yang masih tertutup menjadi lebih terbuka terhadap suatu stimulus atau apa yang diketahuinya. Dalam penentuan sikap, pengetahuan, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting yang nantinya akan menghasilkan perubahan tindakan dimana tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap menjadi suatu perbuatan nyata.

Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka, adapun beberapa tahapan yang terjadi sebelum orang tersebut mengadopsi perilaku baru maka di dalam diri orang tersebut terjadi beberapa proses yang berurutan, yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran). Orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*. Orang yang mulai tertarik kepada stimulus
3. *Evaluation*. Orang tersebut menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*. Orang telah mulai mencoba perilaku yang baru.
5. *Adoption*. Subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus (Notoadmojo, 2012).

Alat yang dirancang oleh dua orang ahli Procaska dan Diclemente pada awal tahun 1983 yaitu untuk memperoleh pengaruh langsung dari perubahan perilaku yang diinginkan yaitu yang disebut dengan TTM (*Trans-theoretical Model*), dimana model ini sudah banyak digunakan dalam beberapa penelitian kesehatan (Glanz *et al.*, 2008).

d. Cara mengukur perubahan perilaku

Ada dua cara yang dilakukan dalam mengukur perubahan perilaku yakni secara langsung dengan cara mengamati tindakan atau melakukan suatu observasi terhadap konseli mulai tahap kontemplasi hingga tahap pemeliharaan dengan memasukkan domain perubahan perilaku dalam melakukan penilaian observasi, adapun pengukuran perubahan perilaku secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*) melalui beberapa pengisian kuestioner yang

berkaitan dengan kegiatan atau aktivitas yang sudah dilakukan oleh konseli (Notoatmodjo, 2005,p.59)

Berikut pendapat seorang ahli yang bernama DiClemente (1983) menjelaskan bahwa intensi atau perubahan perilaku terbagi atas 5 tahapan yang meliputi:

1. Prekontemplasi

Pada tahap prekontemplasi, individu tidak berpikir atau berniat untuk mengubah perilaku bermasalah (memulai perilaku sehat) dalam waktu dekat (dalam waktu 6 bulan). Individu pada tahap ini biasanya tidak memahami fakta-fakta tentang risiko yang terkait dengan perilaku tidak sehat mereka. Tahap prekontemplasi merupakan kontribusi yang signifikan dari TTM (*Transtheoretical Theory Model*). Individu dalam tahap ini meliputi sebagian besar individu yang terlibat dalam perilaku berisiko atau tidak sehat. Individu dalam tahap ini tidak termotivasi dan resisten tetapi oleh TTM justru dapat berguna dalam memandu program pengobatan dan pencegahan dengan memenuhi kebutuhan individu-individu ini, bukan mengabaikan mereka. Orang-orang ini perlu dorongan untuk menjadi lebih sadar akan keputusan mereka dan manfaat untuk mengubah perilaku hidup sehat.

2. Kontemplasi

Pada tahap ini, individu menjadi sadar dan berkeinginan untuk mengubah perilaku bermasalahnya (biasanya didefinisikan dalam 6 bulan berikutnya). Pada tahap ini, individu mempertimbangkan *pro* dan kontra dari perubahan perilakunya. *Pro* dan kontra yang dimaksud adalah mempertimbangkan keuntungan dan kerugian dari perubahan yang akan dijalani ke depan. Individu pada tahap ini merupakan proporsi besar yang terlibat dalam perilaku tidak sehat, sebagai ambivalensi (perasaan yang bertentangan) antara yang *pro* dan kontra dari perubahan, sehingga membuat banyak individu tidak bergerak dari tahap ini. Oleh karena itu, penyelesaian ambivalensi merupakan salah satu cara untuk membantu

kemajuan para *contemplators* menuju pengambilan tindakan untuk mengubah perilaku mereka.

3. Persiapan

Merupakan tahap dimana individu sudah siap untuk mulai mengambil tindakan dalam waktu dekat (30 hari kedepan). Pada tahap ini keuntungan (*pro*) yang mendukung perubahan perilaku sehat lebih besar daripada rintangan (*kontra*). Mereka mengambil langkah-langkah kecil yang mereka percaya dapat membantu membuat perilaku sehat merupakan bagian dari hidup mereka.

4. Aksi

Tahap aksi merupakan tahap di mana orang telah melakukan perubahan perilaku mereka dalam 6 bulan terakhir dan bekerja keras untuk terus bergerak maju. Pada TTM, individu tahap ini sudah menjalani setengah proses perubahan perilaku. Sehingga individu tahap ini kemungkinan besar dapat mengalami kekambuhan terhadap perubahan perilaku yang tidak sehat. Jika seseorang tidak cukup siap untuk perubahan dan berkomitmen untuk merencanakan tindakan pilihan mereka, kambuh kembali ke perilaku bermasalah sangat mungkin terjadi.

5. Pemeliharaan

Individu pada tahap ini telah berhasil mencapai dan mempertahankan perubahan perilaku selama paling sedikit 6 bulan. Risiko kambuh masih ada dalam tahap ini, tetapi tidak terlalu besar dan individu pada tahap ini berusaha mempertahankan perilaku hidup sehat yang sudah dijalani

2. Kepatuhan

a. Definisi Kepatuhan

Kepatuhan terhadap regimen pengobatan secara umum didefinisikan lebih luas untuk menggambarkan bagaimana pasien menggunakan obat yang diresepkan. Kata kepatuhan lebih banyak disukai oleh banyak tenaga kesehatan karena *compliance* lebih memberi kesan bahwa pasien mengikuti perintah dokter

secara pasif dan rencana pengobatan ditentukan secara sepihak oleh dokter (Steiner dan Earnest, 2000).

Menurut Osterberg dan Blaschke (2005) kepatuhan dalam pengobatan didefinisikan sebagai tingkatan perilaku dimana pasien menggunakan obat dan menaati semua aturan dan nasihat yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Konsep kepatuhan sering digunakan pada penyakit-penyakit kronis. Terdapat berbagai istilah penting untuk menggambarkan kepatuhan pasien, yaitu:

1. *Compliance*

Compliance adalah tingkah laku pasien untuk mengikuti apa yang disarankan atau diminta oleh dokter atau petugas kesehatan. Konsep *compliance* terkesan negatif karena mirip dengan sikap menurut atau tunduk kepada arahan dari petugas kesehatan.

2. *Adherence*

Adherence adalah kepatuhan yang timbul karena kesadaran pada diri pasien yang didasari oleh komitmen, prinsip dan kepercayaan.

3. *Concordance*

Concordance adalah kepatuhan yang terbentuk karena proses diskusi antara pasien dengan petugas kesehatan atau dokter untuk membentuk suatu kesepakatan atau kerjasama dalam melakukan tindakan pengobatan.

Konsep *adherence* lebih disukai oleh banyak tenaga kesehatan karena *compliance* lebih memberi kesan bahwa pasien mengikuti perintah dokter secara pasif dan rencana pengobatan ditentukan secara sepihak oleh dokter (Osterberg dan Blaschke, 2005).

Kepatuhan terhadap regimen pengobatan secara umum didefinisikan lebih luas untuk menggambarkan bagaimana pasien menggunakan obat yang diresepkan. Kata kepatuhan lebih banyak disukai oleh banyak tenaga kesehatan karena *compliance* lebih memberi kesan bahwa pasien mengikuti perintah dokter secara pasif dan rencana pengobatan ditentukan secara sepihak oleh dokter (Steiner dan Earnest, 2000). Kepatuhan suatu proses yang betul-betul dipengaruhi oleh lingkungan tempat pasien tinggal, tenaga kesehatan, dan kepedulian sistem kesehatan. Kepatuhan juga berhubungan dengan cara yang ditempuh oleh pasien

dalam menilai kebutuhan pribadi untuk pengobatan untuk berbagai kompetisi yang diperlukan, diinginkan, dan perhatian (efek samping, cacat, kepercayaan, biaya dan seterusnya). Kepatuhan tidak hanya dipengaruhi oleh pasien, kepatuhan dipengaruhi juga oleh tenaga kesehatan yang tersedia, pemberian pengobatan yang kompleks, sistem akses dan pelayanan kesehatan (CMSA, 2006).

Tingkat kepatuhan tiap pasien biasanya dilaporkan dalam bentuk persentase obat yang seharusnya digunakan oleh pasien dengan obat yang diresepkan pada beberapa periode waktu tertentu. Beberapa peneliti mendefinisikan ulang kepatuhan termasuk dosis obat yang digunakan (penggunaan jumlah obat perhari) dan kapan obat harus digunakan. Tingkat kepatuhan penggunaan obat cenderung tinggi pada kondisi pasien akut dibandingkan kondisi kronis, persistent terjadi pada pasien dengan kondisi kronis pada enam bulan pertama pengobatan (Jackevicius *etal.*, 2002; Haynes *etal.*, 2002).

b. Cara mengukur kepatuhan

Menurut Osterberg dan Blaschke (2005), terdapat dua metode yang biasa digunakan untuk mengukur kepatuhan yaitu :

1) Metode langsung

Metode langsung untuk pengukuran kepatuhan dapat dilakukan dengan mengukur konsentrasi obat dalam darah atau urin. Kelemahan metode ini biayanya mahal, rentan terhadap penolakan pasien serta memberatkan tenaga kesehatan.

2) Metode tidak langsung

Pengukuran kepatuhan dengan metode tidak langsung dapat dilakukan dengan perhitungan obat (*pill count*), menanyakan pasien tentang cara pasien menggunakan obat, menilai respon klinik, menilai angka *refilling prescriptions*, mengumpulkan kuisioner pasien dan menggunakan *electronic medication monitor* (perhitungan sisa obat dengan menggunakan suatu alat elektronik). Pengukuran kepatuhan terhadap regimen pengobatan sudah dipantau sejak jaman hipocrates, ketika efek dari berbagai jenis obat yang diminum didokumentasikan dengan catatan apakah pasien menggunakannya

atau tidak. Saat ini, *patient self report* lebih sederhana dan efektif untuk mengukur kepatuhan (Walsh *et al.*, 2002)

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien telah diidentifikasi dalam beberapa penelitian. Kepatuhan akan meningkat apabila instruksi pengobatan jelas, keyakinan dan sikap individu ingin sembuh, petugas kesehatan menyenangkan dan berwibawa, dukungan sosial & keluarga pasien, pengetahuan, efek obat minimum, pengobatan sederhana, harga terjangkau serta hubungan yang baik antara petugas kesehatan dengan pasien. Secara umum faktor-faktor yang berkaitan dengan tingkat kepatuhan pada pasien hipertensi adalah usia, pendidikan, pengetahuan pasien tentang obat, pengetahuan pasien tentang penyakit, status sosial dan ekonomi, regimen terapi dan interaksi pasien dengan tenaga kesehatan (Morisky *et al.*, 2008)

Tabel 2.10 *New 8 item self report Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)*

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda terkadang lupa meminum obat DM dan hipertensi anda?		
2	Orang kadang-kadang tidak meminum obat dengan sengaja, bukan karena lupa. Seingat anda, dalam dua minggu terakhir, pernahkah anda dengan sengaja tidak meminum obat DM dan hipertensi anda?		
3	Apakah anda pernah mengurangi atau berhenti minum obat DM dan hipertensi tanpa memberitahu dokter anda, karena merasa kondisi anda menjadi lebih buruk setelah meminumnya?		
4	Ketika anda bepergian atau meninggalkan rumah, apakah anda terkadang lupa membawa obat DM dan hipertensi anda?		
5	Apakah kemarin anda meminum obat DM dan hipertensi anda?		
6	Ketika anda merasa kondisi penyakit DM dan hipertensi anda telah membaik, apakah anda kadang-kadang tidak minum obat/berhenti minum obat?		
7	Minum obat tiap hari mungkin tidak nyaman bagi sebagian orang. Apakah anda merasa kurang nyaman atau menolak atau bingung dengan kewajiban anda untuk minum obat DM dan hipertensi?		

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
8	Seberapa seringkah anda lupa minum obat ? a. Tidak pernah/jarang : 0 b. Sekali-sekali : 1 c. Kadang-kadang : 2 d. Biasanya : 3 e. Selalu : 4		

Penelitian instrumen berlanjut untuk diaplikasikan pada jenis terapi penyakit lain termasuk penyakit diabetes, paru-paru. Skala Morisky dirancang untuk memperkirakan kebiasaan penggunaan obat tetapi tidak dirancang untuk menjelaskan ketekunan penggunaan obat pada terapi jangka panjang. Penambahan 2 pertanyaan lagi terdiri dari pertanyaan pengetahuan dan motivasi maka ditambahlah dua pertanyaan no 1,2 dan 6 untuk memastikan lupa atau kecerobohan yang berhubungan dengan motivasi aspek kepatuhan penggunaan obat. Pertanyaan 3,4 dan 5 untuk memastikan pasien berhenti berobat, mengerti keuntungan terapi jangka panjang dan melanjutkan terapi, berhubungan dengan tingkat pengetahuan atau motivasi, maka tingkat pengetahuan dan motivasi dalam posisi tinggi (Tabel 2.11) (CMSA, 2006).

Tabel 2.11 *Modified Morisky Scale (MMS)*

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda pernah lupa minum obat?(Baik untuk DM dan hipertensi maupun obat lainnya)		
2	Apakah anda kurang begitu perhatian (ceroboh) dalam menggunakan/meminum obat anda? (Baik untuk obat untuk DM dan hipertensi maupun dari obat lainnya)		
3	Apakah anda berhenti menggunakan/meminum obat ketika anda merasa kondisi badan lebih baik/sehat? (baik untuk obat untuk DM dan hipertensi maupun obat lainnya)		
4	Apakah anda kadang-kadang berhenti menggunakan/meminum obat ketika anda merasa bahwa obat yang anda minum membuat tubuh anda terasa tidak enak/memburuk? (baik untuk obat untuk DM dan hipertensi maupun obat lainnya)		
5	Apakah Anda pernah kehabisan obat sebelum jadwal kontrol ke dokter berikutnya? (baik untuk obat untuk DM dan hipertensi maupun obat lainnya).		

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
6	Apakah anda mengetahui manfaat jangka panjang dari obat yang anda gunakan sesuai dengan pemberitahuan dari dokter/farmasi/Apoteker Anda? (baik untuk obat untuk DM dan hipertensi maupun obat lainnya)		

3. Kualitas Hidup (*Quality Of Life*)

a. Defenisi Kualitas Hidup

Menurut WHO kesehatan bukan hanya tidak ada penyakit dan kelemahan, tetapi juga kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan sosial. Oleh karena itu, kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah sebuah konsep merujuk pada efek dari penyakit dan terapi pada fisik pasien, psikologis dan kesejahteraan sosial seperti yang dirasakan oleh pasien sendiri.

Quality of life (QOL) dapat didefinisikan sebagai keadaan kesejahteraan yang merupakan gabungan dari dua komponen kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (yang mencerminkan fisik, psikologis, dan kesejahteraan sosial) dan kepuasan pasien pada tingkat fungsi dan pengendalian penyakit (Gotay *et al.*, 1992). Kualitas hidup dapat pula diartikan sebagai evaluasi yang baik terhadap faktor subjektif dan karakter kehidupan keseluruhan yang memuaskan (Knippenberg *et al.*, 1988). Sedangkan Schipper *et al.* (1988) menyebutkan QOL mewakili efek fungsional dari suatu penyakit dan konsekuensi terapi pada pasien seperti yang ia rasakan.

Kualitas hidup bisa bersifat subjektif ataupun objektif, pandangan kualitas hidup dari subjetiif berdasarkan perasaan, emosi, kenyamanan dan sikap puas seseorang atas segala sesuatu yang bersifat umum, sedangkan pandangan secara objektif yaitu pemenuhan segala tuntutan yang bersifat materi, status sosial serta kesempurnaan peran dan fungsi fisik secara sosial budaya (Wahyu, 2011), Selain itu Vileikyte (2003) menambahkan bahwa pasien Diabetes Melitus yang disertai dengan *ulcus diabetik* dapat mempengaruhi keadaan psikologis, gangguan dalam proses berfikir dan konsentrasi serta gangguan dalam hubungan sosial. Semua

kondisi tersebut akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien dengan Ulkus Diabetik.

Konseli yang merasa terganggu kualitas hidup secara fisik umumnya pada segi aktifitas, terapi medis, istirahat, serta rasa sakit fisik dan pada umumnya mengalami ketidakberdayaan dalam aktivitas fisik (Aji Firman, 2012), Pada penderita Diabetes Melitus dengan adanya penurunan fungsi fisik secara tidak langsung akan berpengaruh pada keadaan psikologisnya seperti timbulnya perasaan cemas, depresi dan frustrasi pada klien (Sonia Watson, 2005).

b. Faktor-faktor kualitas hidup

Menurut Raebun dan Rootman (Angriyani, 2008) mengemukakan bahwa terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu:

1. Kontrol, disini yang dimaksud adalah kemampuan seseorang dalam menjaga kondisi tubuh
2. Kesempatan yang menguntungkan, berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya untuk bisa sembuh
3. Ketrampilan, merupakan sudut pandang dari seseorang yang melihat potensi dari dirinya untuk melakukan ketrampilan yang positif dapat mengembangkan potensinya contoh dengan mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
4. Adanya dukungan dari keluarga, masyarakat dan lingkungan seperti , rumah ataupun saran dan prasarana lain yang dapat menunjang kehidupannya
5. Stress yang mengakibatkan tekanan tersendiri yang berakibat mengganggu perkembangan kualitas hidupnya
6. Sumber daya, terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
7. Adanya bencana yang berakibat terjadinya perubahan lingkungan
8. Perasaan emosi, mengembangkan empati, perasaan kasih sayang dan bersikap optimis

c. Aspek-aspek kualitas hidup

Menurut WHO (1996) terdapat empat aspek mengenai kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut:

1. Peran dan fungsi fisik, diantaranya Aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada zat obat dan alat bantu medis, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.
2. Kesejahteraan psikologi, diantaranya image tubuh dan penampilan, pemikiran negatif dan positif, harga diri (*self-esteem*), spiritualitas, keyakinan pribadi, memori dan konsentrasi.
3. Hubungan sosial, diantaranya hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.
4. Hubungan dengan lingkungan seperti lingkungan rumah, lingkungan fisik (polusi udara, suara, lalu lintas, iklim), perawatan sosial : aksesibilitas dan kualitas, kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang

d. Cara mengukur kualitas hidup

Pengukuran kualitas hidup memberikan peran yang cukup besar dalam menilai tingkat kesembuhan pasien dan merupakan indikator yang valid untuk mempelajari kualitas terapi sehingga mencapai target kesembuhan yang diharapkan. (Spilker, 2002) Pengukuran QOL dapat dilakukan pada individu tertentu maupun kelompok populasi.

Instrumen penilaian kualitas hidup secara garis besar dibagi menjadi 2 macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) yang digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan, kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita dan instrumen khusus (*spesific scale*) yang digunakan untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu atau fungsi yang khusus misal emosi. *Short Form-36* merupakan salah satu contoh instrumen yang bersifat umum (*generic scale*) dan lebih banyak

digunakan bila dibandingkan dengan instrumen umum lainnya, penggunaan *SF-36* telah dipergunakan secara luas untuk berbagai penyakit kronis dan telah dikembangkan oleh beberapa peneliti. (Robert.S., 2007)

Parameter *The Medical Outcome Study Short Form (SF-36) health survey*. Menurut Ware (1996), *SF-36* adalah alat penelitian kesehatan berbentuk pendek, dengan banyak kegunaan yang hanya berisi 36 pertanyaan. *SF-36* ini mempunyai 8 skala profil kesehatan fungsional yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kesehatan fisik dan kesehatan mental. *SF-36* terbukti berguna dalam penelitian secara umum dan khusus, membandingkan beban relatif dari penyakit dan perbedaan kesehatan yang dihasilkan dari penanganan kesehatan yang berbeda.

SF-36 digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien. Jika peneliti menggunakan *SF-36* sebagai ukuran klinis untuk menunjukkan kepada pasien perubahan / kemajuan pasien, maka hanya perlu melakukan satu kali pengambilan data dari pasien pada interval waktu tertentu (misalnya, sebelum dan setelah terapi) (Ware, 1992), Jika peneliti menggunakan *SF-36* sebagai evaluasi layanan juga (misalnya, bagaimana kualitas hidup pasien secara keseluruhan selama periode waktu tertentu, sebagai hasil/output dari terapi), maka dibutuhkan data yang lebih banyak. Minimal harus mengumpulkan antara 30 – 50 instrumen *SF-36* (Ware, 1992).

SF-36 dibuat dengan maksud untuk kebutuhan standar minimum konsep kesehatan umum. Konsep tersebut terdiri dari 8 konsep yang dipilih dari 40 konsep, termasuk dalam *Medical Outcomes Study (MOS)* untuk mewakili hipotesis yang terbaik dari hasil pengukuran berkali-kali dalam survei kesehatan yang digunakan secara luas dan yang paling berpengaruh pada penyakit dan perawatan. Para peneliti *MOS* menyeleksi dan merubah kuesioner dari berbagai sumber sehingga menghasilkan 149 fungsi dan *well-being profile* yang mana sumber tersebut untuk *SF-36*. Delapan konsep dalam *SF-36* di bagi menjadi dua kelompok (Ware, 1992)

1. Komponen fisik, meliputi :
 - b. Fungsi fisik
 - c. Peran fisik

- d. Rasa nyeri
 - e. Kesehatan umum
2. Komponen mental, meliputi :
- a. Vitalitas
 - b. Fungsi sosial
 - c. Peran emosi
 - d. Kesehatan mental

Kuestioner SF-36 ini terdiri dari 8 domain dari 36 pertanyaan (Tinartayu, 2015)

1. Pembatasan aktifitas fisik karena masalah kesehatan yang ada (Fungsi fisik)
2. Pembatasan aktifitas sosial karena masalah fisik dan emosi (Fungsi sosial)
3. Pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah fisik (Peran fisik)
4. Nyeri seluruh badan (Rasa nyeri)
5. Kesehatan mental secara umum (Kesehatan mental)
6. Pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah emosi (Peran emosi)
7. Vitalitas hidup (Vitalitas)
8. Pendidikan kesehatan secara umum (Kesehatan umum)

Tabel 2.12 Pembagian *item* dalam konsep skala SF-36

Skala	Jumlah <i>Item</i>
Fungsi fisik	10
Peran fisik	4
Rasa nyeri	2
Kesehatan umum	5
Vitalitas	4
Fungsi sosial	2
Peran emosi	3
Kesehatan mental	5

Penyebaran pertanyaan didalam 8 domain tersebut sudah disesuaikan dengan masing-masing peran dalam kualitas hidup dan digunakan untuk menilai keterbatasan peran dalam tiap skala. Adapun sebaran dari 36 pertanyaan tersebut dapat dilihat pada tabel 2.13 (Tinartayu, 2015)

Tabel 2.13 Penyebaran jumlah item pertanyaan dalam Skala

Skala	Jumlah pertanyaan	Nomor dalam Sebaran pertanyaan
Fungsi Fisik	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Peran fisik	4	13, 14, 15, 16
Peran emosi	3	17, 18, 19
vitalitas	4	23, 27, 29, 31
Peran Emosi	3	17, 18, 19
Fungsi sosial	2	20, 32
Rasa nyeri	2	21, 22
Kesehatan Umum	5	1, 33, 34, 35, 36

SF-36 merupakan standar psikomotorik yang diperoleh melalui tes atau uji coba yang direkomendasikan dalam validasi psikologikal dan pendidikan oleh *psychological association*, *american educational research association* dan *national council on measurement education*. Di mana tes tersebut dilakukan di Amerika, Inggris dan negara-negara lainnya (Ware, 1996). SF-36 menjadi acuan untuk populasi di Amerika dan merupakan representatif untuk Denmark, Jerman, Swedia dan Inggris yang digunakan untuk diterjemahkan dan menghasilkan aturan oleh *International Quality Of Life Assessment (IQOLA)*. Pada populasi di Amerika digunakan parameter umur, jenis kelamin dan 14 penyakit kronis (Ware, 1996).

Perhitungan data pada pengukuran kualitas hidup terbagi dalam dua tahap, tahap pertama dengan menterjemahkan jawaban pada kuestioner kedalam skor mentah yang dijabarkan dari angka 0 hingga 100, pada angka 0 menunjukkan angka kualitas hidup yang sangat rendah dan 100 menunjukkan angka kualitas hidup yang tinggi. (Ware, 1992). Tahap kedua, skor yang diperoleh berasal dari hasil perhitungan nilai rata-rata dari masing masing skala yang diperoleh dari hasil penjumlahan skore untuk pertanyaan dari masing-masing skala dibagi jumlah item/point dari pertanyaan tiap skala, dan hasil diterjemahkan ke dalam delapan skala item dalam konsep skala SF-36. (Ware, 1992)

Tabel 2.14 Skore Penilaian untuk masing masing kategori respon (Ware,1992)

Nomor	Pilihan kategori respon	Nilai
1, 2, 20, 22, 34, 36	1 →	100
	2 →	75
	3 →	50
	4 →	25
	5 →	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1 →	0
	2 →	50
	3 →	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1 →	0
	2 →	100
21, 23, 26, 27, 30	1 →	100
	2 →	80
	3 →	60
	4 →	40
	5 →	20
	6 →	0
24, 25, 28, 29, 31	1 →	0
	2 →	20
	3 →	40
	4 →	60
	5 →	80
	6 →	100

32, 33, 35	1 →	0
	2 →	25
	3 →	50
	4 →	75
	5 →	100

2.3 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.15 Penelitian terdahulu

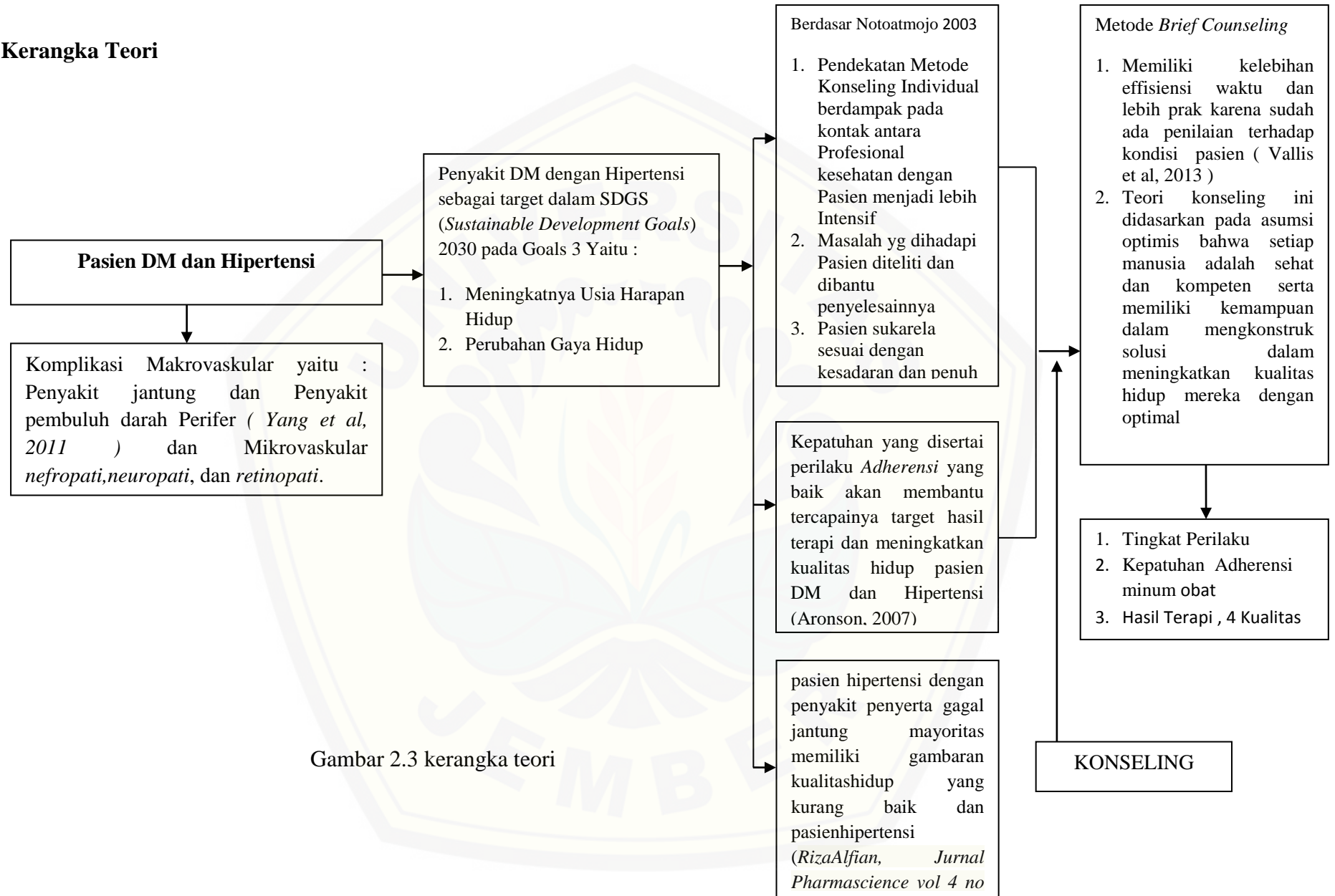
No	Author/Tahun/ Judul/ teks/Artikel	Ruang lingkup masalah/Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	I Ketut Gama/2014/Faktor penyebab ketidakpatuhan kontrol penderita Hipertensi di Puskesmas Kabupaten Gianyar Bali	Faktor Penyebab ketidak patuhan penderita hipertensi dapat menyebabkan tidak tercapainya tujuan terapi hipertensi	Penelitian <i>survey</i> dengan model pendekatan <i>cross sectional</i> , dengan menggunakan teknik sampling yaitu <i>probability sampling</i> yaitu <i>random sampling</i> . Analisis data menggunakan <i>univariate</i>	Dari 64 orang responden yang diteliti, mayoritas responden berusia lebih dari 60 tahun sebanyak 30 orang responden (47%), sebanyak 48 orang responden(75%) sebagian berjenis kelamin pria, responden pendidikan senagian besar 27 orang responden tidak sekolah (42%), sedangkan 40 orang responden (63%) sebagian besar bekerja sebagai petani, sebagian besar 40 orang responden (63%) faktor penyebab ketidakpatuhan kontrol karena faktor pemahaman instruksi.

No	Author/Tahun/ Judul/ teks/Artikel	Ruang lingkup masalah/Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
2	Wima Anggitasari/2014/ Pengaruh <i>Brief Counseling 5-A</i> terhadap tingkat perilaku, Kepatuhan <i>adherensi</i> , hasil terapi dan kualitas hidup pasien DM dengan Hipertensi di RSUD Panembahan Senopati Bantul	Untuk mengetahui pengaruh <i>Brief Counseling 5-A</i> terhadap tingkat perilaku, Kepatuhan <i>adherensi</i> , hasil terapi dan kualitas hidup pasien DM dengan Hipertensi	Penelitian ini dengan menggunakan rancangan <i>kuasi eksperimental</i> dengan pengambilan data secara <i>prospektif</i> , analisis data menggunakan <i>Univariate</i>	Setelah pemberian terapi <i>brief Counseling 5-A</i> dapat meningkatkan perilaku pasien (38,24%), dapat memberikan pengaruh positif terhadap penurunan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik, mampu memberikan pengaruh positif terhadap kualitas hidup dengan meningkatkan nilai pada domain kesehatan umum , rasa nyeri , vitalitas , kesehatan mental .
3	Sugesti Alifitah/2015/Peng aruh Solution Focused <i>Brief Counseling (SFBC)</i> dalam mencegah <i>Burnout Syndrome</i> pada mahasiswa keperawatan Semester Akhir	Stressor pada mahasiswa keperawatan tahun akhir disebabkan kematian pasien, hubungan dengan tim kesehatan, program pembelajaran, tuntutan akademik(tugas dan ujian) di Fakultas Kesehatan Universitas Wiraraj	Menggunakan desain <i>kuasi experiment</i> dengan pendekatan desain <i>pre test- post test with control group</i> . Analisis data secara deskriptif dan statistik analitik menggunakan uji <i>Paired Test</i>	Dari hasil uji Paired T -Test perbedaan <i>Burnout Syndrome</i> pada mahasiswa keperawatan semester akhir antara kelompok kontrol dan perlakuan, yaitu pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi didapatkan p $0.000 < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan adanya perbedaan yang signifikan. Pada dimensi <i>emotional exhaustion</i> kelompok perlakuan

No	Author/Tahun/ Judul/ teks/Artikel	Ruang lingkup masalah/Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				didapatkan $p.000 < 0,05$ antara dimensi <i>emotional exhaustion</i> sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan. Hal yang sama juga terjadi pada dimensi <i>cynicism</i> sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan.
4	Riza Alfian/2016/Pengaruh Brief Counseling terhadap Aktifitas Fisik pada pasien Hipertensi Di RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin	Perilaku kurangnya beraktifitas fisik dapat menyebabkan tidak tercapainya tujuan terapi hipertensi /Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui <i>brief counseling</i> 5A terhadap aktifitas fisik pada pasien hipertensi Di RSUD Dr.H.Moch Ansari Saleh Banjarmasin	Penelitian <i>kuasi-eksperimental</i> menggunakan <i>two group pretest and posttest</i> dengan pengambilan data secara <i>prospektif</i> .	Penelitian ini menunjukkan pada kelompok perlakuan mengalami perubahan yang signifikan, nilai rata-rata dari $\Delta 1$ meningkat = $243,60 \pm 1237,68$ dan $p=0,00$, $\Delta 2 = 90,42 \pm 319,95$ dan $p=0,31$, sehingga dapat disimpulkan bahwa <i>brief counseling</i> 5A positif dapat mengubah perilaku pasien dalam melakukan aktifitas fisik pada kelompok perlakuan.
5	Kaharja/2016/Pengaruh <i>Solution Focused Brief Therapy</i> sebagai salah satu teknik	Untuk mengetahui pengaruh <i>brief counseling</i> yaitu <i>Solution Focused Brief Therapy</i>	Menggunakan <i>one group pre-test and post-test design</i> (desain	Hasil analisis menunjukkan bahwa konseling <i>Solution Focused Brief Therapy</i>

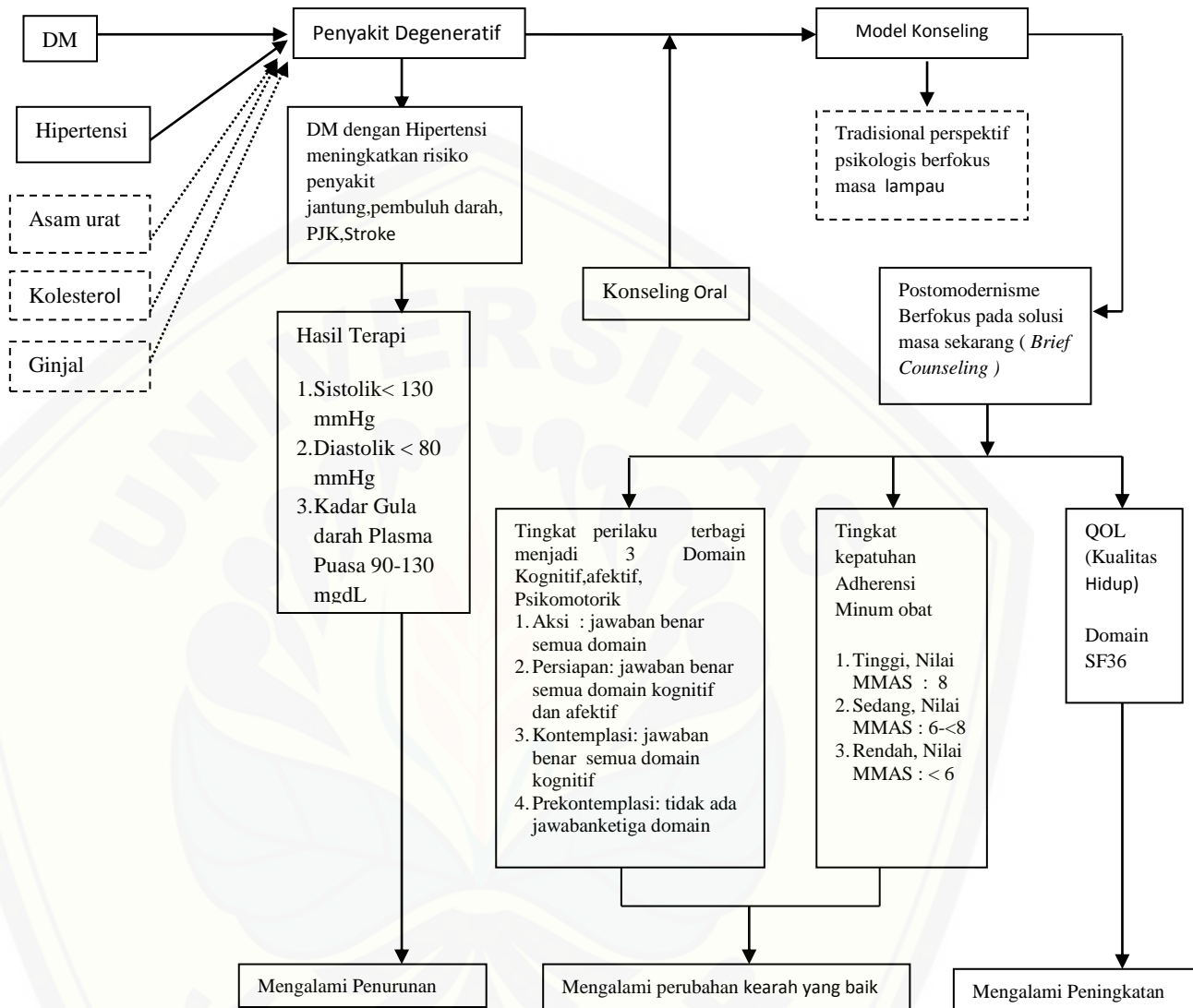
No	Author/Tahun/ Judul/ teks/Artikel	Ruang lingkup masalah/Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	konseling Islami untuk meningkatkan <i>Self- Esteem</i> pada Siswa MTS Negeri Bantul	terhadap peningkatan <i>self- esteem</i> yang rendah yang berpengaruh pada peningkatan prestasi akademik pada siswa MTs N Bantul Kota.	perlakuan ulang), diukur dengan menggunakan <i>skala esteem</i> adopsi dari <i>skala self- esteem</i> <i>Copersmith</i> dengan modifikasi.	terbukti efektif meningkatkan <i>self- esteem</i> dari kategori rendah (<i>pre-test</i>) menjadi kategori tinggi (<i>post-test</i>) setelah perlakuan. Hasil analisis ditemukan bahwa terdapat pengaruh berupa peningkatan <i>self- esteem</i> siswa antara skor <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> dengan nilai $sign=0,046;p<0,05$. Hasil analisis menunjukkan bahwa konseling <i>Solution Focused Brief Therapy</i> akan memberikan hasil yang lebih optimal apabila diberikan kepada subyek yang aktif selama terapi berlangsung

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.3 kerangka teori

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka konsep penelitian

Keterangan:

----- Variabel yang tidak diteliti

—————> Variabel yang diteliti

Pasien DM dan hipertensi yang masuk dalam kriteria inklusi dengan faktor risiko yang berupa usia, pendidikan, pekerjaan, merokok pada kelompok perlakuan diberi *brief counseling* mengenai DM dan hipertensi. Variabel yang diamati

berupa tingkat perilaku adherensi yang terdiri dari tahap aksi, persiapan, kontemplasi, dan prekontemplasi. Tingkat kepatuhan pasien yaitu tinggi, sedang, dan rendah. *Outcome* klinis berupa hasil terapi yaitu tekanan darah baik sistolik maupun diastolik, dan kualitas hidup yang berupa domain fungsi dari SF-36. *Outcome* yang diharapkan dari variabel tersebut adalah terjadi perubahan ke arah yang lebih baik pada tingkat perilaku adherensi dan kepatuhan, terjadi penurunan pada rentang normal dari tekanan darah sistolik dan diastolik maupun GDS, serta terjadi peningkatan pada kualitas hidup pasien DM dan hipertensi. (Ware *et al*, 2004)

2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini adalah

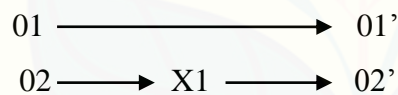
- a. Terdapat perbedaan tingkat perilaku pasien diabetes mellitus dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi *brief counseling* di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik
- b. Terdapat perbedaan kepatuhan *adherensi* minum obat pasien diabetes mellitus dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi *brief counseling* di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik
- c. Terdapat perbedaan hasil terapi pasien pada TD dan GDS pasien diabetes mellitus dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi *brief counseling* di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik
- d. Terdapat perbedaan kualitas hidup pasien sebelum dan sesudah pemberian terapi *brief counseling* pada pasien diabetes mellitus dengan hipertensi di Poliklinik Rawat Jalan di RS Perkebunan Jember Klinik

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian *Quasi eksperimental*, yaitu merupakan model penelitian dengan menggunakan Intervensi (perlakuan) pada Subjek penelitian untuk mengetahui hasil perubahannya (perubahan pada variabel atau objek penelitian) setelah dilakukan intervensi (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Penelitian *Quasi eksperimental* yang digunakan pada pasien DM dengan hipertensi di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik. Pada penelitian *Quasi eksperimental* tidak terdapat randomisasi subjek dan tidak dilakukan kontrol terhadap variabel-variabel yang berpengaruh terhadap eksperimen (Setiadi, 2007).

Rancangan eksperimen semu yang digunakan adalah *Non-Randomize Control Group Pretest- Pos test Design*. Rancangan penelitian ini sangat baik digunakan untuk evaluasi program pendidikan kesehatan dengan membandingkan hasil pemberian intervensi pada suatu kelompok (Notoatmodjo, 2015). Skema Rancangan penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Skema Rancangan Penelitian

Keterangan :

- 01 : Pretest pada kelompok kontrol
- 01' : Posttest pada kelompok kontrol
- 02 : Pretest pada kelompok yang mendapat Intervensi *Brief Counseling*
- 02' : Posttest pada kelompok yang mendapat Intervensi *Brief Counseling*

Pasien dikelompokkan secara sistematis menjadi dua kelompok yang diikuti selama lebih kurang dua bulan dengan mengamati perubahan perilaku *adherensi*, perubahan kepatuhan minum obat, hasil terapi berupa GDS dan tekanan darah, serta kualitas hidup.

Penelitian ini bersifat *prospektif*, dengan menggunakan subyek penelitian 70 Pasien yang memenuhi kriteria *inklusi*. Salah satu pasien mengalami kondisi yang buruk terkait dengan penyakit DM dengan hipertensi harus menjalani rawat inap di RS Perkebunan Jember Klinik sehingga pasien tersebut harus dikeluarkan dari penelitian.

Enam puluh sembilan pasien yang mengikuti penelitian *brief counseling* yang berfokus solusi terbagi dalam dua kelompok yaitu 35 pasien yang diberikan terapi *brief counseling* disebut kelompok perlakuan dan 34 pasien tanpa *brief counseling* disebut kelompok kontrol. Pengamatan dan observasi yang dilakukan oleh konselor terhadap konseli berupa tingkat perilaku, kepatuhan *adherensi*, hasil terapi berupa tekanan darah dan GDS serta kualitas hidup diamati sampai dengan sesi ke empat.

Pengambilan subyek penelitian pasien DM dengan hipertensi tersebut menggunakan metode *consecutive sampling* yaitu semua subyek penelitian yang masuk dalam kriteria *Inklusi* dimasukkan sebagai Subyek penelitian. Pengambilan subyek penelitian dilakukan secara sistematis dengan membagi kelompok dalam dua urutan yaitu pasien dengan nomer urutan ganjil dimasukkan dalam kelompok kontrol dan pasien dengan nomer urut genap dimasukkan dalam kelompok perlakuan.

Pengumpulan data yang diperoleh pasien berasal dari pengumpulan data klinik hasil laboratorium dari pasien, melakukan wawancara dan pemberian terapi *brief counseling* yang berfokus solusi, dari data catatan rekam medik pasien dan data karakteristik pasien yang didapatkan dari lembar penilaian kesehatan pasien, waktu untuk pengambilan data konseli setelah dilakukan terapi *brief counseling*.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik selama 2 bulan Nopember 2017.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai bulan Maret sampai dengan bulan April 2018

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti (Arikunto,2010). Populasi merupakan keseluruhan unsur unsur yang memiliki satu atau beberapa ciri atau karakteristik yang sama (Sastroasmoro, 2010). Populasi penelitian yang berjumlah 70 adalah Konseli yang menderita DM dengan hipertensi yang berobat di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik.

3.3.2 Sampel penelitian

Dari hasil perhitungan sampel diperoleh besar sampel minimal 35 pasien dengan pengambilan sampel selama periode Maret-April 2018. Sampel penelitian adalah semua populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi. Perhitungan besar sampel pada penelitian ini dihitung berdasarkan rumus besar sampel minimal Lemeshow.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p(1-p) \cdot N}{d^2(N-1) + Z\alpha^2 \cdot p(1-p)}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,93) \cdot (1-0,93) \cdot 274}{(0,1)^2 (274-1) + (1,96)^2 (0,93) (1-0,93)}$$

$$n = 70$$

Keterangan:

$$\alpha = 5\% \rightarrow Z = 1,96$$

$$p = \text{proporsi penderita hipertensi pada DM dari penelitian sebelumnya } 92,7\% = 0,93 \text{ (Ibrahim } et al, 2010)$$

$$d = \text{tingkat presisi } 10\%$$

$$N = \text{populasi DM dengan hipertensi di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik yang berjumlah } 274 \text{ pasien}$$

3.3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

a. Kriteria Inklusi

Adalah persyaratan yang harus dipenuhi oleh populasi pengambilan sampel sebagai ciri-ciri (Notoadmojo, 2012)

- 1) Pasien dewasa baik laki-laki maupun perempuan berusia antara 18-60 tahun dan pasien geriatri yang dapat dikonseling.
- 2) Pasien DM dengan hipertensi yang berobat di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik selama kurun waktu penelitian bulan Maret-April 2018.
- 3) Pasien dengan diagnosa DM dengan hipertensi tingkat I maupun tingkat II
- 4) Mendapat obat DM dan hipertensi
- 5) Bersedia mengikuti penelitian dengan mengisi *informed consent*.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri yang karena suatu alasan maka harus mengeluarkan subyek diluar kriteria inklusi. (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi yang termasuk dalam penelitian ini adalah:

- 1) Tuli
- 2) Hamil

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Independen dan Variabel Dependen

Variabel Independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah terapi *Brif Counseling* yang berfokus solusi.

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel independen atau disebut juga variabel efek, hasil, outcome, atau event. Dalam hal ini yang menjadi variabel dependen adalah tingkat perilaku, kepatuhan *adherensi*, hasil terapi berupa penurunan tekanan darah dan GDS, dan kualitas hidup.

3.4.2 Defenisi operasional

Tabel 3.1 Defenisi operasional

Variabel	Definisi	Cara Pengukuran	Skala Data
a. Pasien	Penderita DM dengan Hipertensi yang menjalani perawatan di Poli Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik	Melihat catatan Rekam Medik Pasien, Rekam Medik Pengobatan Pasien	Nominal
b. <i>Brief Counseling</i>	Terapi Konseling singkat berfokus solusi pada didasarkan pada asumsi optimis bahwa orang yang sehat dan kompeten memiliki kemampuan untuk membangun solusi yang dapat meningkatkan kehidupan mereka.	Peningkatan skor yang lebih tinggi pada masing tahap <i>Brief Counseling</i> yaitu : <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Establishing rapport.</i> Yaitu pembentukan hubungan baik agar proses konseling berjalan lancar seperti yang diharapkan. Agar tercipta iklim yang kolaboratif antara konselor dengan konseli. 2. <i>Identifying a solvable complaint.</i> Yaitu mengidentifikasi keluhan-keluhan yang akan dipecahkan. 3. <i>Establishing goals</i> atau menetapkan tujuan yang akan dicapai dalam proses konseling. 4. <i>Designing an intervention</i> atau merancang intervensi 5. <i>Strategic task that promote change.</i> Yaitu tugas tertentu yang diberikan oleh konselor untuk mendorong perubahan. 6. <i>Identifying & emphazing new behavior & changes.</i> Yaitu mengidentifikasi dan menguatkan perilaku baru dan 	Ordinal

Variabel	Definisi	Cara Pengukuran	Skala Data
		perubahan 7. <i>Stabilization</i> atau <i>stabilisasi</i> 8. <i>Termination</i> . Pada tahap terminasi, ciri- ciri pertanyaan yang diajukan konselor untuk mengidentifikasi keberhasilan konseling	
c. Perilaku Pasien	Derajat perilaku pasien dalam menjalankan pengobatan sesuai dengan persetujuan yang telah disepakati antara pasien dan tenaga kesehatan, meliputi beberapa tahap yaitu : 1. <i>Prekontemplasi</i> : Individu tidak berpikir atau berniat untuk mengubah perilaku bermasalah (memulai perilaku sehat) dalam waktu dekat (Dalam waktu 6 bulan) 2. <i>Kontemplasi</i> : Individu menjadi sadar dan berkeinginan untuk mengubah perilaku bermasalahnya, Individu mempertimbangkan Pro dan Kontra dari perubahan perilakunya. 3. <i>Persiapan</i> : Merupakan tahap dimana Individu sudah siap untuk mulai mengambil tindakan dalam waktu dekat . Mereka mengambil langkah	Peningkatan skor Kuestioner perilaku yang terdiri tiga domain, yaitu domain kognitif,afektif dan psikomotorik. Masing-masing domain berisi 3 pertanyaan,sehingga total skor kuestioner perilaku 9 pertanyaan. Hasil pengukuran perilaku dikategorikan dalam tingkatan perilaku, meliputi : 1. Prekontemplasi: tidak ada jawaban yang benar untuk ketiga Domain 2. Kontemplasi : Jawaban benar semua untuk Domain Kognitif 3. Persiapan : Jawaban benar semua untuk domain kognitif dan afektif 4. Aksi : Jawaban benar semua untuk domain kognitif, afektif dan psikomotorik Domain Kognitif menekankan aspek Intelektual Domain Afektif	Rasio

Variabel	Definisi	Cara Pengukuran	Skala Data
	<p>langkah kecil yang mereka percaya dapat membantu membuat perilaku sehat merupakan bagian dari hidup mereka.</p> <p>4. Aksi : Tahap ini merupakan tahap dimana orang telah melakukan perubahan perilaku mereka dan bekerja keras untuk terus bergerak maju.</p> <p>5. Pemeliharaan : Individu pada tahap ini telah berhasil mencapai dan mempertahankan perubahan perilaku</p>	<p>menekankan aspek perasaan dan emosi Domain Psikomotorik menekankan aspek keterampilan motorik.</p>	
d. Kepatuhan <i>Adherensi</i> minum obat	<p>Kepatuhan yang timbul karena kesadaran pada diri sendiri Pasien yang di dasari oleh komitmen, prinsip dan kepercayaan</p>	<p>Terdiri dari 8 pertanyaan dan tingkat kepatuhan diukur dari rentang 0 sampai 8. Kategori, item pertanyaan 1 sampai 4 dan 6 sampai 7 nilai 1 bila jawaban tidak dan 0 bila jawaban Ya, sedangkan item pertanyaan nomer 5 dinilai 1 bila jawaban Ya dan 0 bila jawaban tidak. Item pertanyaan noer 8 dinilai 5 skala likert dengan nilai 1= tidak pernah, 0,75 = sesekali, 0,5 = kadang-kadang. 0,25 = biasanya dan 0 = selalu, Tingkat Kepatuhan Terapi dikategorikan menjadi 3 tingkatan yaitu :</p> <p>a. Kepatuhan tinggi : nilai 8</p> <p>b. Kepatuhan sedang : nilai 6- <8</p> <p>c. Kepatuhan rendah: < 6</p>	Ordinal

Variabel	Definisi	Cara Pengukuran	Skala Data
e. Hasil Terapi	Hasil GDS (Gula Darah Sewaktu waktu) dan tekanan darah yang diukur oleh petugas kesehatan di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik,	Kadar Gula darah dilihat dari hasil pengukuran kadar gula darah sewaktu (GDS) yaitu kadar gula darah plasma puasa 90-130 mg / dL dan tekanan darah dilihat dari TD sistolik < 130 mmHg dan diastolic <80 mmHg Pengukuran dilakukan pada pre dan post kunjungan	Nominal
f. <i>Quality of life</i>	Keadaan kesejahteraan yang merupakan gabungan dari dua komponen kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari hari dan kepuasan pasien pada tingkat fungsi dan pengendalian penyakit	Parameter yang digunakan untuk mengukur QOL adalah the Medical Outcome Study Short form(SF-36) <i>health Survey</i> . Terdiri dari 8 konsep yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu : 1. Kelompok Fisik,meliputi :Fungsi dan peran fisik, rasa nyeri, kesehatan umum 2. Kelompok mental, meliputi :vitalitas,fungi sosial,peran emosi dan kesehatan mental.	Rasio
g. Pendidikan Pasien	Jenjang pendidikan formal terakhir yang telah ditempuh Pasien	Pengisian angket, dikategorikan menjadi : a. Tidak Pernah Sekolah b. Tidak Tamat SD/ sederajat c. Tamat SD/Sederajat d. Tamat SMP/ sederajat e. Tamat SMA/ Sederajat f. Perguruan Tinggi/akademi	Ordinal

Sumber : (Morisky, et al, 2008)

3.5 Jenis dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer pada penelitian ini diperoleh dengan cara wawancara menggunakan kuisioner terstruktur pada Catatan Rekam Medik Pasien dan Catatan Rekam POMR Di Apotek RS Perkebunan Jember Klinik.

3.5.2 Data Sekunder

sedangkan data sekunder diambil dari catatan rekam medis Di Poliklinik Rawat Jalan RS Perkebunan Jember Klinik.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan jawaban *pre test* dan *post test* kuestioner *Brief counseling*, perubahan perilaku, kepatuhan *Adherensi* minum obat, melalui instrumen test dan hasil terapi yang diperoleh dari catatan rekam medik dan catatan rekam medik POMR, serta kuestioner tentang kualitas hidup Pasien DM dengan Hipertensi. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti memberikan informed consent kepada konseli sebagai tanda persetujuan bahwa bersedia menjadi responden penelitian. Instrumen test diisi oleh responden sebagai konseli (Pasien DM disertai Hipertensi).

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen dipergunakan sebagai alat yang membantu dalam pengumpulan data yang diperlukan. Bentuk instrumen yang digunakan tergantung dari metode pengumpulan data yang digunakan, jika metode yang digunakan kuesioner maka instrumennya juga berupa kuesioner. Jenis kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner dalam bentuk tertutup (disediakan alternatif jawaban). Kuesioner dalam penelitian ini untuk menilai tingkat perilaku, kepatuhan adherensi dan kualitas hidup pasien. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

- a. Kuisioner untuk mendapatkan persetujuan dari pasien sebagai peserta penelitian (*informed consent*). Kuisioner dapat dilihat pada lampiran 1

- b. Kuisisioner untuk mendapatkan data primer dari pasien berupa data demografi pasien dari lembar penilaian kesehatan. Kuisisioner dapat dilihat pada lampiran 2.
- c. Form untuk mendapatkan data sekunder dari pasien yang diambil dari buku *medical record* atau status pasien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, dan data diagnosis rumah sakit dan medikasi terdahulu, data-data laboratorium, serta manifestasi klinik penderita. Kuisisioner dapat dilihat pada lampiran 2.

3.7 Teknik pengolahan data dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga memperoleh informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007). Ada beberapa kegiatan yang dilakukan dalam pengolahan data oleh peneliti, yaitu :

- a. *Editing*, merupakan proses pemeriksaan kelengkapan isi instrumen penelitian data yang masuk dengan cara melakukan pengecekan kembali semua pernyataan yang diisi oleh Konseli.
- b. *Coding*, merupakan suatu proses pengklasifikasian jawaban-jawaban dari konseli dalam suatu kategori tertentu. Pemberian kode memudahkan peneliti dalam pengolahan data dan analisis data.
- c. *Entry*, merupakan suatu proses memasukkan data yang merupakan jawaban-jawaban, konseli yang sudah diberi kode pengkategorian melalui cara manual atau melalui pengolahan komputer.
- d. *Cleaning*, merupakan sebuah proses pengecekan kembali data untuk meyakinkan peneliti bahwa semua data sudah dientry dengan tujuan meminimalisir terjadinya kesalahan sebelum dilakukan analisa data.

3.7.2 Analisa Data

Analisis stastistik dan pengolahan data dilakukan menggunakan program SPSS versi 17. Analisis statistik dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Uji validitas kuesioner menggunakan metode *Pearson's correlation Coefficient* dan uji reliabilitas kuesioner menggunakan metode *Cronbach's Alpha*.
- b. Uji Wilcoxon digunakan untuk menganalisis perbedaan tingkat perilaku, kepatuhan *adherensi*, GDS, dan kualitas hidup pasien sebelum dan sesudah *brief counseling*.
- c. Uji MC *Nemar*
Merupakan salah satu alat statistik nonparametrik yang digunakan untuk menguji perbedaan dua sampel yang berpasangan. Pada umumnya uji *MC Nemar* ini digunakan untuk mengukur sebelum dan sesudah perlakuan dalam penelitian. Bentuk isian data hanya ada 2 pilihan yaitu jawaban “ya atau tidak”, untuk memberikan penilaian dengan memberikan kode dari masing-masing pemilihan yaitu 1 atau 2, 1 yang berarti ya dan 2 berarti tidak. Penelitian ini menggunakan uji *MC Nemar* untuk menganalisis pengukuran hasil terapi pada tekanan darah yaitu normal atau tinggi, dikatakan normal jika tekanan darah sistolik < 130 mmHg dan tekanan darah diastoliknya < 80 mmHg, dan termasuk kriteria tinggi jika tekanan darah sistolik > 130 mmHg dan tekanan darah diastoliknya > 80 mmHg.

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

3.8.1 Uji Validitas

- a. Uji validitas Tingkat perilaku

Uji validitas menggunakan parameter *Pearson's correlation coefficient* (r hitung), semakin tinggi nilai r hitung maka korelasi variabel satu dengan variabel lain semakin kuat. Sedangkan, semakin rendah nilai r hitung yang diperoleh maka variabel pada alat ukur tersebut menjadi tidak valid karena mempunyai korelasi yang lemah dengan variabel lainnya. Nilai validitas minimum yang dianggap memenuhi syarat yaitu apabila nilai *Pearson's correlation coefficient* (r hitung) tidak kurang dari 0,361 (Budiman dan Riyanto, 2013). Hasil uji validitas kuesioner tingkat perilaku *adherensi* dapat dilihat pada.

Hasil uji validasi variabel penelitian pada Tabel 3.2 menunjukkan nilai r hitung tiap pertanyaan pada kuesioner lebih dari 0,361. Hal ini menunjukkan bahwa semua pertanyaan kuesioner tingkat perilaku dianggap valid. Hasil uji reliabilitas akan semakin baik jika nilai *Cronbach's alpha* semakin tinggi.

Tabel 3.2. Uji Validitas tingkat perilaku

No	Item pertanyaan	r-hitung	Kriteria
1	Pertanyaan 1	0,698	Valid
2	Pertanyaan 2	0,744	Valid
3	Pertanyaan 3	0,850	Valid
4	Pertanyaan 4	0,850	Valid
5	Pertanyaan 5	0,872	Valid
6	Pertanyaan 6	0,883	Valid
7	Pertanyaan 7	0,854	Valid
8	Pertanyaan 8	0,748	Valid
9	Pertanyaan 9	0,699	Valid

b. Uji validitas kepatuhan *Adherensi* minum obat

Uji validitas dan realibilitas terhadap kuisioner ini sudah dilakukan oleh Alfian (2013). Hasil uji validitas kuesioner kepatuhan dapat dilihat pada tabel 3.3.

Tabel 3.3. Hasil uji validitas kuesioner MMAS Kepatuhan *adherensi* 30 pasien

No	Item pertanyaan	Koefisien korelasi	Kriteria
1	Pertanyaan 1	0,642	Valid
2	Pertanyaan 2	0,664	Valid
3	Pertanyaan 3	0,585	Valid
4	Pertanyaan 4	0,613	Valid
5	Pertanyaan 5	0,367	Valid
6	Pertanyaan 6	0,523	Valid
7	Pertanyaan 7	0,383	Valid
8	Pertanyaan 8	0,527	Valid

Uji validasi dan penelitian *cross sectional* tentang kepatuhan penggunaan obat menggunakan MMAS sudah dilakukan pada pasien hipertensi di Amerika (Morisky *et al.*, 2008) dan pasien diabetes di Thailand (Sakthong *et al.*, 2009). Sementara penelitian yang dilakukan oleh Alfian (2013) yang bertujuan untuk mengukur kepatuhan pasien hipertensi menggunakan MMAS setelah mendapatkan konseling farmasis secara oral, menunjukkan hasil bahwa 66,7% dari subyek penelitian yang memberikan

kepatuhan tinggi pada terapi antihipertensi setelah mendapat konseling praktisi kesehatan.

d. Uji validitas kualitas hidup

Kuisisioner SF-36 (Ware *et al*, 2004) untuk mengukur kualitas hidup pasien, yang terbagi dalam 8 domain yaitu domain fungsi fisik, fungsi sosial, kesehatan mental, peran fisik, peran emosi, nyeri, vitalitas, dan kesehatan umum. Kuisisioner dapat dilihat pada lampiran 12. Uji validitas dan realibilitas terhadap kuisisioner ini sudah dilakukan oleh Saputri (2013). Hasil yang diperoleh r-hitung semua pertanyaan lebih dari r-tabel (3,61) sehingga dapat disimpulkan bahwa setiap *item* pertanyaan valid. Nilai uji *Cronbach's alpha* dari kuisisioner SF-36 pada penelitian yang dilakukan oleh Saputri (2013) untuk masing-masing domain lebih besar dari 0,6 yang menunjukkan bahwa data tersebut realibel. Uji validasi dan realibilitas menunjukkan bahwa data valid dan realibel sehingga kuisisioner dapat digunakan sebagai instrument untuk mengukur kualitas hidup. Hasil uji validitas dan realibilitas kuisisioner SF-36 dapat dilihat pada tabel 3.4.

Tabel 3.4. Hasil uji validitas dan realibilitas kuisisioner SF-36 pada 30 pasien

Domain	Pertanyaan	r-hitung	Kriteria	Realibilitas
Fungsi Fisik	P1	0,783	Valid	0,982
	P2	0,944	Valid	
	P3	0,968	Valid	
	P4	0,968	Valid	
	P5	0,968	Valid	
	P6	0,976	Valid	
	P7	0,976	Valid	
	P8	0,976	Valid	
	P9	0,841	Valid	
	P17	0,772	Valid	
Kesehatan Mental	P10	0,506	Valid	0,856
	P11	0,928	Valid	
	P12	0,913	Valid	
	P13	0,881	Valid	
	P27	0,396	Valid	
Fungsi Sosial	P14	0,746	Valid	0,854
	P32	0,746	Valid	
Peran Fisik	P18	0,759	Valid	0,932
	P19	0,843	Valid	

Domain	Pertanyaan	r-hitung	Kriteria	Reabilitas
	P20	0,919	Valid	
	P21	0,851	Valid	
Peran Emosi	P22	0,734	Valid	0,914
	P23	0,856	Valid	
	P24	0,903	Valid	
Rasa Nyeri	P25	0,903	Valid	0,943
	P33	0,903	Valid	
Vitalitas	P26	0,551	Valid	0,718
	P28	0,61	Valid	
	P31	0,57	Valid	
	P35	0,626	Valid	
Kesehatan Umum	P15	0,462	Valid	0,707
	P16	0,5	Valid	
	P29	0,47	Valid	
	P30	0,719	Valid	
	P34	0,433	Valid	
	P36	0,43	Valid	

3.8.2 Uji Reliabilitas

a. Uji Reliabilitas tingkat perilaku

Hasil uji reliabilitas akan semakin baik jika nilai *Cronbach's alpha* semakin tinggi. Kuesioner dinyatakan reliabel jika memiliki nilai *Cronbach's alpha* lebih dari 0,6. Nilai uji *Cronbach's alpha* dari kuesioner tingkat perilaku pada penelitian ini sebesar 0,929 yang menunjukkan bahwa data primer yang diperoleh merupakan data yang reliabel. Hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner tingkat perilaku di atas menyatakan bahwa kuesioner tersebut dapat digunakan sebagai instrumen penelitian.

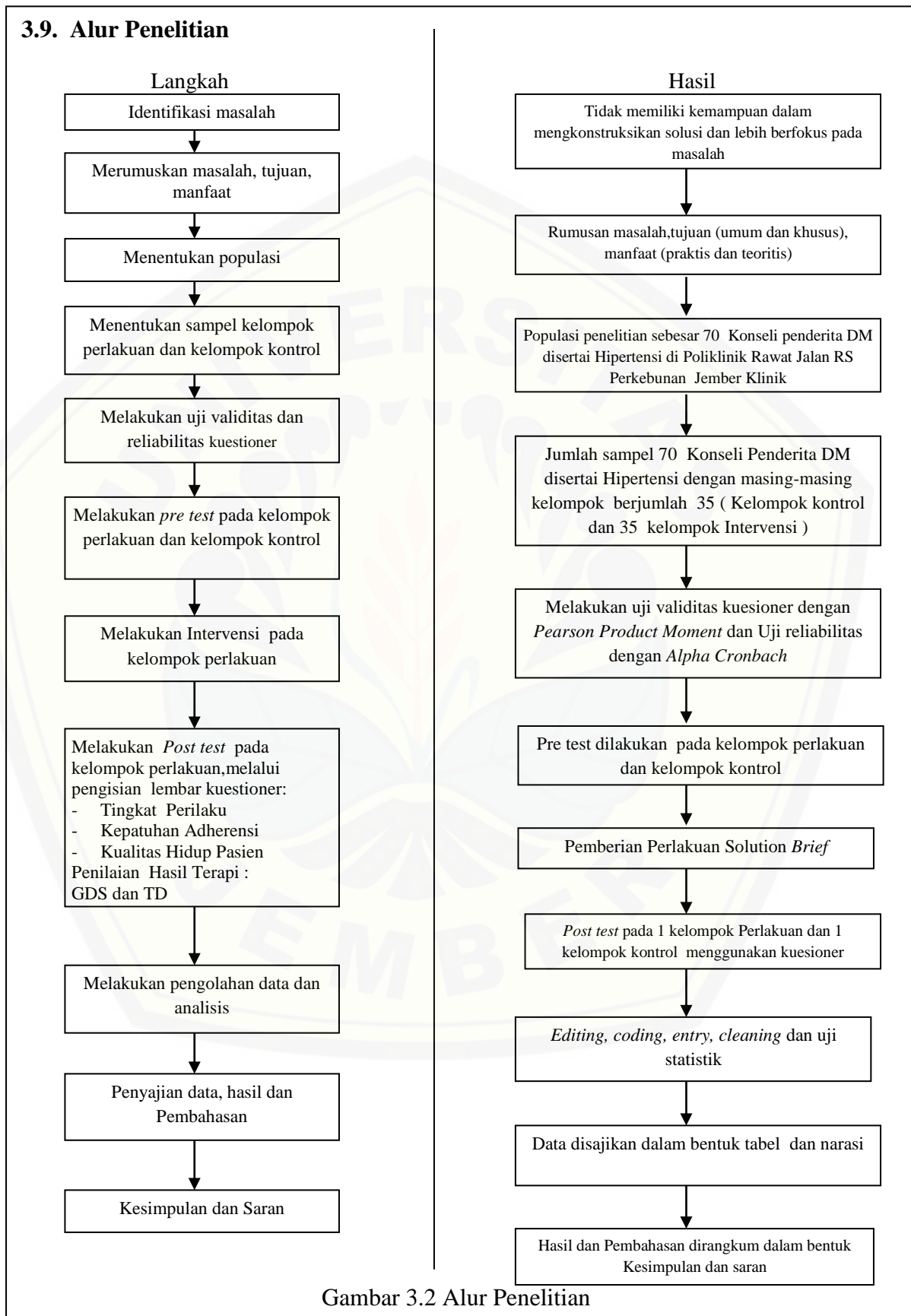
b. Uji Reliabilitas kepatuhan *adherensi* minum obat

Nilai uji *Cronbach's alpha* dari kuisioner MMAS pada penelitian yang dilakukan oleh Alfian (2013) sebesar 0,641 (> 0,6) yang menunjukkan bahwa data tersebut realibel, reliabilitas terhadap kuesioner kepatuhan *adherensi* minu obat di atas menyatakan bahwa kuesioner tersebut dapat digunakan sebagai instrumen penelitian.

c. Uji Reliabilitas Kualitas hidup

Realibilitas terhadap kuisisioner ini sudah dilakukan oleh Saputri (2013). Hasil yang diperoleh r-hitung semua pertanyaan lebih dari r-tabel (3,61) sehingga dapat disimpulkan bahwa setiap *item* pertanyaan valid. Nilai uji *Cronbach's alpha* dari kuisisioner SF-36 pada penelitian yang dilakukan oleh Saputri (2013) untuk masing-masing domain lebih besar dari 0,6 yang menunjukkan bahwa data tersebut realibel





BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Analisis terapi konseling melalui pendekatan *brief counseling* terhadap tingkat perilaku, kepatuhan adherensi minum obat, hasil terapi dan kualitas hidup pasien telah dibahas pada bab 4, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik pasien DM dengan hipertensi dalam penelitian ini yaitu jenis kelamin, usia dan tingkat pendidikan mempengaruhi pemberian terapi *brief counseling*.
2. Terdapat perbedaan tingkat perilaku pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi *brief counseling*
3. Terdapat perbedaan kepatuhan *adherensi* pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi *brief counseling*
4. Tidak terdapat perbedaan hasil terapi tekanan darah sistolik maupun diastolik, karena adanya faktor karakteristik yang tidak dapat diubah pada pasien yaitu umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan yang merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap kenaikan tekanan darah (hipertensi) dan terdapat perbedaan hasil terapi GDS pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi *brief counseling*
5. Terdapat perbedaan kualitas hidup pasien DM dengan hipertensi sebelum dan sesudah pemberian terapi *brief counseling*
6. Terdapat efektivitas *brief counseling* yaitu pada peningkatan perilaku pasien, kepatuhan adherensi pasien, hasil terapi kadar gula darah sewaktu-waktu dan kualitas hidup pada aspek peran fisik, peran emosi dan vitalitas pada pasien DM dengan hipertensi.

5.2 Saran

Saran yang dapat dipertimbangkan berdasarkan hasil penelitian sebagai berikut :

- a. Bagi Rumah sakit Perkebunan Jember Klinik
 - 1) Perlu menerapkan terapi konseling dengan pendekatan *brief counseling* secara periodik bagi pasien DM dengan hipertensi
 - 2) Perlu menerapkan terapi konseling dengan pendekatan *brief counseling* bagi penyakit kronis lainnya
 - 3) Perlu adanya pelatihan (training) dan workshop khususnya mengenai terapi *brief counseling* sehingga dapat meningkatkan kinerja praktisi kesehatan dalam memaksimalkan hasil terapi sesuai dengan yang diharapkan.
- b. Bagi Praktisi dan tenaga kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan dapat mengembangkan terapi *brief counseling*
- c. Bagi Peneliti
 - 1) Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi bagi peneliti selanjutnya untuk dilakukan penelitian sejenis dengan periode waktu penelitian yang diperpanjang dengan pemberian konseling secara periodik dan membedakan pemberian terapi *brief counseling* berdasarkan karakteristik pasien umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan
 - 2) Dilakukan penelitian sejenis yang menjalin kolaboratif yang baik dan konsisten selain terhadap konseli juga dengan keluarga, dan lingkungan konseli untuk pencapaian target terapi

DAFTAR PUSTAKA

- Alfian, R., 2013, Pengaruh konseling farmasis secara oral terhadap perilaku, kepatuhan minum obat, dan hasil terapi pasien hipertensi rawat jalan di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, *Tesis*, Fakultas Farmasi Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta.
- Bart, S., 1994, *Psikologi Kesehatan*, PT. Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta, pp: 32-6
- Biradar, S.S., Rajasekhar, K., Srinivas, R., Raju, S.A., 2012, Assessment of pharmacist mediated patient counseling on medication adherence in hypertension patients of south indian city, *IRJP*,3(5) : 255-251
- Boulton M.L, Ed. 2009, *Coaching and Counseling Patients*, American College of Preventive Medicine, chapter 11: 27
- Budiman, dan Riyanto, A., 2013, *Kapita selekta kuesioner pengetahuan dan sikap dalam penelitian kesehatan*, Salemba Medika Press, Jakarta
- Burns, K. 2005. *Focus On Solusions A Health Proffesional'S Guide*. London: Whurr Publisher
- Busari, O.A., Olanrewaju, T.O., Desalu, O.O., Opadijo, O.G., Jimoh, A.K., Agboola, S.M., Olalekan, O., 2010, Impact of patients' knowledge, attitude and practices on hypertension on compliance with antihypertensive drugs in a resource-poor setting, *Med Bull*; 9(2):87-92
- Cantrill J.A., Wood J., 1999, Diabetes mellitus. *In*: Walker R. Edwards CRW, eds. *Clinical pharmacy and therapeutic*, 3rd ed. Edinburgh 657-677, Churchill Livingstone.
- Capuzzi, D, & Gross, D.R. 2007, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy: Theories and Intervention*,
- Corey G.,2013, *Theory and Practice Of Counseling and Psychotherapy*. Belmont, California: Brooks/Cole Publishing Company p. 90
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.L., Green I.A., izzo, J.I., Jones, D.W., Materson, B.J., Oparil, S, dan Wright, J.T., 2003. *JNC VII Express : The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evalution and treatment of high blood presure*, U.S. Deparment of Health and Human Services, 12-33.
- CSMA, 2006, *Case management adherence guidelines*, version 2.0, Case Management Society of America, 7: 39-41.

- Davis, T.E., dan Osborn, C.J., 2000, *The solution-focused school counselor: Shaping professional practice*, Philadelphia: Accelerated Development.
- Depkes RI, 2000, *Informatorium Obat Nasional Indonesia (IONI) 2000*, Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI, 2005, *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Diabetes Mellitus*, Direktorat Bina Farmasi dan Komunitas dan Klinik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI, 2006, *Pedoman Konseling Pelayanan Kefarmasian Di Sarana Kesehatan*, Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI, 2007, *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Hipertensi*, Direktorat Bina Farmasi dan Komunitas dan Klinik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dipiro RI, J.T., 2008, *Pharmacotherapy a pathophysiologic approach*, American Pharmacist Association, Washington DC.
- DiClemente, C., Delahanty, J., Jean, F., Earley, M., Garay, M., Preston, G., Meredith, H., Angela, P., Kristina, S., Onna, V., Katherine, W., 1994, Health and addictive behaviours investigating transtheoretical solution, (Online) *Transtheoretical Model of Behaviour Change Measure* (http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measure_index.html, diakses 18 Mei 2014).
- Dulmen, S., Sluijs, Emmy., Van Dijk, Liset., de Ridder, D., Heerdink, R., Bensing, Jozien., 2007, Patient adherence to medical treatment: a review of reviews, *BMC Health Services Research*, 7:55.
- Eka, D.A., 2014, *Konseling Singkat Berfokus solusi untuk meningkatkan orientasi masa depan bidang pendidikan pada remaja SMP 4 Pandak, Bantul, Yogyakarta*
- Ellis, S., Speroff, T., Dittus, R., Brown, A., Pichert, J., and Elasy, T., 2004, Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression, *Patient Education and Counselling*, 52(1):97-105.
- Epstein, M., Sowers, JR., 1992, Diabetes Mellitus and hypertension, *American Heart Association*, 19: 403-418.
- Falvo, D. (ed), *Effective patient education: a guide to increased compliance*. Jones and Barlett Publishers: Sudbury, Massachusetts USA, p.31.

- Fox, C., & Kilvert, A. 2010. *Bersahabat dengan diabetes tipe 2*. Depok: Penebar Plus
- Glanz, K., Rimer, B.K., dan Viswanath, K., 2008, *Health behaviour and health education: theory, research, and practice (4th ed.)*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gotay C.C., Korn, E.L., McCabe, M.S., 1992, Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: Research issues in protocol development. *J Natl Cancer Inst*, 84:575–579
- Hartono, Soedarmadji, B., 2008, Psikologi Konseling, *Kencana Media Grup Press*, Jakarta, pp: 26-30
- Haynes, R.B., Mc. Donald, H.P., Garg, A.X., 2002, Helping Patients Follow Prescribed Treatment : Clinical Applications, *JAMA*, 288:2880-83.
- Ibrahim, S.S., Bougalambou, A.S.I., Rahmawati, F., Hassali, M.A., Sulaiman, S.A.S., 2010, Prevalence and control of hypertension among diabetes patient in hospital universiti sains malaysia, Malaysia, *Majalah Farmasi Indonesia*, 21 (2), 121-128.
- Jackevicius, C.A., Mamdani M, Tu, J.V., 2002, Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndrome, *JAMA*, 288:462-67.
- Jackson, J.L., Chamberlin, J., Kroenke, K., 2001, Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*, 52: 609–20
- Jozwiak, B.P., Bogousslavsky, J., 2005, Antihypertensive and lipid lowering treatment in stroke prevention: current state and future, *Acta neurol. Belg.*, 105: 57-61.
- Katzung., G., Bertram., 2010., *Farmakologi dasar dan klinik*, Edisi 10, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, 161-162.
- Kementrian Kesehatan RI, 2007, *Riset Kesehatan Dasar 2007*, Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kholid, A., 2012, *Promosi kesehatan dengan pendekatan teori perilaku, media, dan aplikasinya*, Rajawali Press, Jakarta, pp 50-53
- Koda Kimble, M.A., Young, L.Y., Kradjan, W.A., Guglielmo, B.J., Alldredge, B.K., dan Corelli, R.L., 2005 , (eds) : *Applied therapeutics : the clinical use of drugs*, Eight Edition, New York : Lippincot Williams & Wilkin, Chapter : 14.1-43.

- Krisnatuti dan Yehrina, 2008, *Diet sehat untuk penderita diabetes melitus*, Jakarta, Penebar Swadaya.
- Knippenberg, F.C., de Haes J. C., 1998, Measuring the quality of life of cancer patient psychometric properties of instruments, *J Clin Epidemiol*, 41: 1043-1053.
- Laurence, L.B., Lazo J.R., and Parker K.L., 2008, *Goodman & Gilma's ; Manual Pharmacology and Therapeutics*, Seventh Edition, Mc Graw Hill, 546-60.
- Mappiare, A., 2011, Pengantar Konseling Dan Psikoterapi, *Rajawali Press*, Jakarta, pp 23
- McCracken, L.M., Evon, D., Karapas, E.T., 2002, Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service: preliminary prospective results, *Eur J Pain*, 6: 387-93.
- Myers M.G, Ed. 2004, American Diabetes Association, Diagnosis and classification of diabetes mellitus, *Diabetes Care*, 27(Suppl 1):S5-S10.
- Milner, J., dan O'Byrne, P., 2002, Brief counselling: Narratives and solutions, New York: Palgrave.
- Morisky, D.E., Ang A, Krousel-Wood, M.A., Ward H, 2008, Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting, *J. Health-Syst. Pharm*, 10:348-54.
- Murata, G.H., Shaha, J.H., Adam K.D., Wendel, C.S., Bokhari, S.U., Solvas, P.A., 2003, Factors affecting diabetes knowledge in type 2 diabetic veterans, *Diabetologia*, 46:1170-8.
- Neto, O., Guidoni., Baldoni, DO., d., Pilger., Souza, Cruciol., Franco, Gaeti., RK, Cuman., 2011, Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patient, *Int J Clin Pharm*, 33 (4): 642-9.
- Notoatmodjo, S., 2010, *Promosi kesehatan teori dan aplikasinya*, Rineka Cipta, Jakarta, pp 26
- Notoatmodjo, S., 2012, *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta, hal 137-147.
- Ostberg, L., Blaschke, T., 2005, Adherence to medication, *The New Journal of Medicine*, 353: 487-495

- Palaian, S., Acharya, LD., Rao, PGM., Shanker, PR., Nair, NM., Nair, PN., 2006, Knowledge, attitude, and practice outcome: evaluating the impact of counseling in hospitalized diabetic patient in india, *P&T*, 31 (7).
- Palaian, S., Mukhyaprana, P., Ravi, S., 2006, Patient counseling by pharmacist focus on chronic illness, *Pak. J. Pharm. Sci.*, 19(1) : 62-65.
- Palanisamy, S., Sumathy, A., 2009, Intervention to improve pastient adherence with Antihypertensive Medications at a tertiary care teaching hospital. *Int.J. PharmTech* Vol.1, No.2, pp: 369-374
- Powell S.K, Ed. 2006, *Case management adherence guidelines*, version 2.0, Case Management Society of America, 7: 39-41.
- Rachmawati, A.M., Bahrn, U., Rusli, B., Hardjoeno., 2007, Tes Diabetes Melitus dalam Hardjono dkk. *Interpretasi hasil diagnostik tes laboratorium diagnostik*, Cetakan 3,167-182, Makassar, Lembaga Pendidikan Universitas Hasanudin, Makasar.
- Rantucci, M.J., 1997, *Pharmacist talking with patients a guide to patient counseling*, USA, William & Wilkins, pp : 11-22.
- Sabate, E. 2003. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Saputri, G.Z., 2013, Pengaruh *mobile phone messaging* (SMS) dan *brief counseling* terhadap kepatuhan terapi antihipertensi pada pasien rawat jalan poliklinik penyakit dalam Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul, Yogyakarta, *Tesis*, Fakultas Farmasi Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta
- Sabouhi, F., Babae, S., Naji, H., Zadeh, A.H., 2010, Knowledge, awareness, attitudes and practice about hypertension in hypertensive patients referring to public health care centers in Khor & Biabanak, *IJNMR*; 16(1): 34-40
- Satpute, D. A., Patil, P. H., Kuchake, V.G., Ingle, P.V., Surana, S.J., Dighore, P.N., 2009, Assessment of impact of patient counselling, nutrition and exercise in patient with type 2 diabetes mellitus, *International Journal of Pharm Tech Research*, 1 (1): 1-21.
- Saseen, J. J., and Maclaughlin, E.J., 2008, *Hypertension dalam pharmacotherapy a pathophysiological aproach*, 7th Edition, 139-168, McGraw Hill, New York.
- Schipper, H., Clinch, 1988. *Assessment of treatment of cancer*, in: smith gt, ed measuring health: A Practical Approach, New York: John Wiley & Sons:109-139.

- Sekhar, S. M., Samiya, N., Tintu S.J., Saraswathi., 2011, Legal aspects of patient counseling : Need Of The Hour, *ISSN* : 2231-2781.
- Shah, V.N., Kamdar P.K., Shah N., 2009, Assessing the knowledge, attitudes and practice of type 2 diabetes among patients of Saurashtra region, Gujarat, *Int J Diabetes Dev Ctries*, 29:118–22
- Shakthong, P., Chabunthom, R., Charoenvisuthiwongs, R., 2009, Psycometric Properrties of the Thai version of the 8-item MMAS in Patient with type 2 diabetes, *Ann Pharmacotherapy*, 43 (5): 950-7.80
- Shankie, S., 2001, *Hypertension in fucos*, UK: Pharmaceutical Press
- Snoek, F., dan Visser, A., 2003, Improving quality of life in diabetes: how effective is education?, *Patient Education and Counselling*, 51(1):1-3.
- Soegondo S., 2004, *Diagnosis dan klasifikasi diabetes mellitus terkini. dalam soegondo s, soewondo p dan subekti i (eds). penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu*, Jakarta, Pusat Diabetes dan Lipid RSUP Nasional Cipto Mangunkusumo-FKUI.
- Soegondo, S., Rudianto, A., Manaf, A., Subekti, I., Pranoto, A., Arsana, P. M., Permana, H., 2006, *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes mellitus tipe 2 di indonesia*, Jakarta, PB PERKENI.
- Sumarwiyah, Zamroni, E, Hidayati, R, 2015, Solution focused brief counseling (SFBC): Alternatif pendekatan dalam konseling keluarga, *Jurnal konseling GUSJIGANG* Vol. 1 No.2. Tahun 2015 ISSN 2460-1187
- Spahn, J.M., Reeves, R.S., Keim, K.S., Kellogg, M., Jortberg, B., Clark, N.A., 2010, State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change, *J Am Diet Assoc*; 110: 879-891.
- Spilker, B., 1996, *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trial*, 2nd ed, Lippincot Raven, Philadelphia, pp 58.
- Steiner, J.F., Ernest M.A., 2000, The language of medication taking, *Ann. Intern. Med*, 132: 926-30.
- Stewart, David.L., Sharon E.F., Colgan, R., 2006, Hypertensive urgencies and emergencies, *Prim Care Clin Office Pract*, 33: 613–623.
- Sushmita, S., Aarati, K., Bharat, P., Roshani, S., Sunil, S., Kalpana, P., Kumar, U.D., 2010, Knowledge, attitude and practice outcomes: an effect of pharmacist provided counseling in hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital in western nepal, *Int.J.Ph.Sci*; 2(2):583-587

- Suryana,D., 2015, Effektivitas Konseling Singkat Berfokus Solusi Dalam Setting Kelompok untuk mengembangkan determinasi diri mahasiswa, Departemen Psikologi Pendidikn dan Bimbingan sekolah Pascasarjana Universitas Pendidikan Indonesia, p 56
- Vallis, M., Helena, P.V., Sharma, A.M., Freedhoff, Y., 2013, Modified 5 As: Minimal intervention for obesity counseling in primary care, *Can Fam Physician*, 59: 27-31
- Walsh, J.C., Mandalia, S., Gazzard, B.G., 2002, Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome, *AIDS*, 16: 269-77.
- Ware JE Jr. 2000. SF-36 health survey update. *Spine*: 25: 3130-3139.
- Watson W.M, Ed. 2000, American Medical Association ,A Clinical Practice Guideline For Treating Tobacco Use and Dependence, *JAMA*, 283(24):3244-3254
- Wiyono, BD., 2015, Keefektifan Solution-Focused Brief Group Counseling Guidebook to Improve Students Achievements Motivation at Vocational School, *Jurnal Konseling Indonesia (JKI)*,1(1), 29-37
- World Health Organisation, 2006, *Diabetes mellitus: report of a who study group. world health organisation*, Geneva-Switzerland, S5-36.
- Yang, CW., Park, JT., Kim, YL., Lee, YS., Oh, YS., Kang, SW., 2011, Prevalence of diabetic nephropaty in primary care type 2 diabetic patien with hypertension: data from the korean epidemiology study on hypertension III (KEY III Study), *Nephrol Dial Transplant*, 26: 3249-3255.
- Yogiantoro, M., 2006, Hipertensi Esensial, dalam : Sodoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., dkk, (eds) : *Buku ajar ilmu penyakit dalam*, Jilid II, Edisi IV, Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1079-1085.

LAMPIRAN BRIEF COUNSELING



Lampiran 1 : Lembar Kesediaan Mengikuti Program

Lembar Pernyataan Kesediaan untuk mengikuti Program

(*Consent Form*)

Dengan hormat,

Saya Ernita Trivana Prasthiwi, Mahasiswa Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Jember, saat ini sedang menyusun tugas akhir dan membutuhkan bantuan dari Saudara untuk menjadi salah satu subyek penelitian dalam tugas akhir yang saya lakukan. Tugas akhir ini berjudul “Pengaruh *Brief Counseling* terhadap tingkat perilaku, kepatuhan adherensi, hasil terapi dan kualitas hidup pasien DM dengan Hipertensi di Poliklinik Rawat jalan RS Perkebunan Jember Klinik”. Adapun penjelasan lebih lanjut mengenai prosedur dan hal-hal terkait tugas akhir ini adalah sebagai berikut :

Tujuan dan Prosedur

Tugas akhir ini bertujuan untuk melihat pengaruh pelaksanaan konseling dengan pendekatan *Brief Counseling* pada Konseli yang menderita DM dengan hipertensi yang mengalami krisis tingkat perilaku kesehatan dan upaya untuk meningkatkan kepatuhan secara *Adherensi* untuk minum obat. Prosedur pelaksanaan dilakukan dalam bentuk konseling selama 4 (empat) sesi, dimana tiap sesi akan berlangsung selama selama kurang lebih 60 menit. Sesi konseling akan berlangsung setiap 1 (satu) minggu sekali dengan jadwal yang sudah terlebih dahulu disepakati. Selama konseling berlangsung, saya akan memberikan beberapa pertanyaan terkait dengan masalah tingkat perilaku kesehatan dan kepatuhan secara sadar dari dirinya sendiri untuk minum obat tepat dosis dan tepat waktu. Selain itu ada beberapa tugas tertulis yang harus Anda kerjakan saat konseling ataupun sebagai tugas rumah.

Kesukarelaan

Bentuk Subyek penelitian atau Konseli Anda bersifat kesukarelaan dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Kesemuanya terkait dengan bantuan untuk

menyelesaikan permasalahan tingkat perilaku kesehatan dan kepatuhan yang timbul dari diri sendiri untuk minum obat

Kerahasiaan

Segala bentuk Informasi yang Anda berikan dalam program ini akan terjaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan dalam rangka penelitian ini. Kerahasiaan Anda akan terjaga, nama Anda akan disamarkan dalam publikasi penelitian.

Contact Person

Jika Anda memiliki pertanyaan terkait program ini, maka Anda dapat menanyakan kepada saya Ernita Trivana.P.Ssi.Apt selaku peneliti. Saya bisa dihubungi di 081217022086 atau email shendayasmin24@gmail.com

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca lembar persetujuan ini dengan seksama dan bersedia mengikuti program dengan sukarela.

Subyek Penelitian

Peneliti

(.....)

(.....)

Lampiran 2. Lembar penilaian kesehatan

LEMBAR PENILAIAN KESEHATAN

Instruksi untuk pasien

Pernyataan di bawah ini semuanya berkaitan dengan glukosa darah dan tekanan darah atau pengobatan. Jawaban yang diberikan akan sangat menentukan agar kami dapat membantu meningkatkan penanganan dan pengobatan yang diperoleh sehingga target terapi yang diinginkan dapat tercapai.

Data Pasien

Tgl pengisian :

Nama Pasien : No RM :

Tanggal Lahir : Umur :

Alamat : Telepon :

Jenis kelamin :

Laki-laki

Perempuan

Status :

Menikah

Belum menikah

Berat badan :kg

Tinggi badan :cm

Pendidikan :

SD

DIII

SLTP

S1

SLTA

S2

D1

Lainnya :

Pekerjaan :

PNS

Swasta

Wiraswasta

Buruh

Petani

Nelayan

Tidak Bekerja

Lainnya :

Pembayaran :

- Swadaya
- Gakin
- Askes
- Asuransi lain

Riwayat Hipertensi dan Diabetes :

- Ada riwayat keluarga (Sebutkan, siapa :)
- Tidak ada riwayat keluarga

Jadwal kontrol Hipertensi dan Diabetes:

- Tiap 1 minggu
- Tiap 4 minggu
- Tiap 2 minggu
- Lainnya :.....

Kebiasaan :

- Merokok
- Minum alkohol
- Tidak Merokok
- Tidak minum alkohol

Melakukan diet/mengatur pola makan/minum yang mengandung :

- Kolesterol
- Kopi
- Garam
- Glukosa

Lampiran 3. Lembar pengamatan data rekam medis pasien

DATA REKAM MEDIS PASIEN

Nama Pasien :
 Riwayat penyakit :
 Umur : tahun
 Jenis Kelamin : L/P
 Riwayat Pengobatan :
 BB/TB : Kg/ cm
 Alergi :

Pemantauan	Tanggal Kunjungan	
Diagnosa oleh		
Pemberian obat DM		
Pemberian obat Hipertensi		
Pemberian obat Dislipidemia		
Pemberian obat lain		
TANDA VITAL		
TD (mmHg)		
Nadi (kali/menit)		
Suhu Tubuh (°C)		
HASIL LABORATORIUM		
GDP (mg/dl)		
GD2JPP (mg/dl)		
Kolesterol total (mg/dl)		
Trigliserida (mg/dl)		
LDL (mg/dl)		
HDL (mg/dl)		

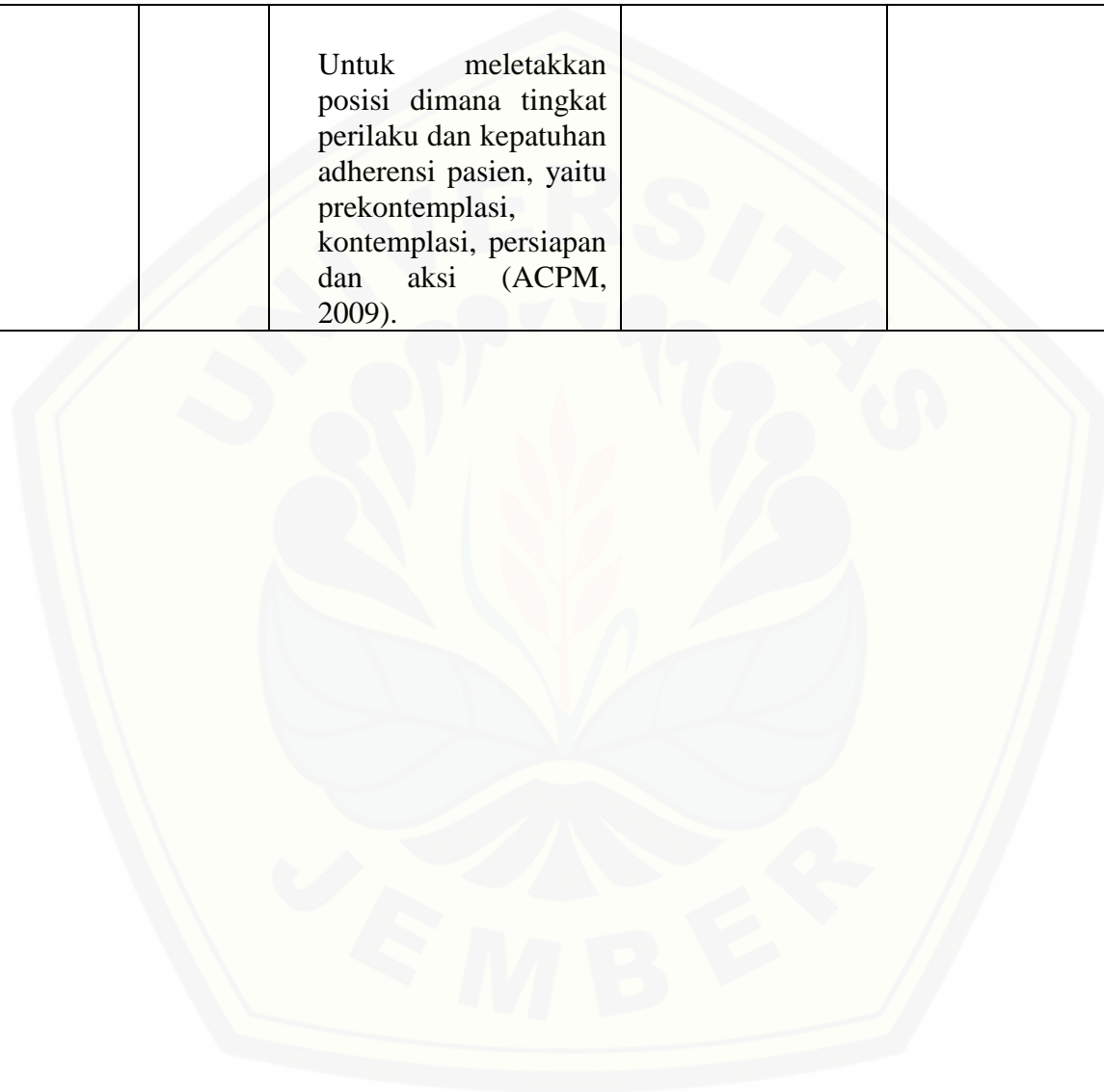
Lampiran 4 : Rancangan Modul Intervensi dengan pendekatan *Brief Counseling* (Kaharja, 2016)

Sesi I : Menilai untuk mengetahui permasalahan dan menetapkan tujuan

Aktifitas	Waktu (Menit)	Tujuan	Metode/Teknik	Pertanyaan
Pembukaan a. Penjelasan mengenai prosedur konseling dan tujuan pelaksanaan masing-masing sesi b. Pembahasan harapan-harapan yang diinginkan subyek penelitian berkaitan dengan penyakit DM dengan Hipertensi yang dideritanya c. Melakukan penilaian dengan menggunakan instrumen tingkat perilaku untuk mengetahui dimana tingkat perilaku pasien, yaitu : prekontemplasi, kontemplasi, persiapan dan aksi	10	1. Konseli memahami tujuan sesi intervensi yang akan dijalani 1. Konselor membuat kesepakatan bersama konseli mengenai aktifitas dalam tahapan yang akan dilalui dalam tiap sesi 2. Konselor mengetahui harapan-harapan yang akan dicapai konseli dalam konseling	1. Wawancara 2. Observasi 1. Wawancara 2. Penjelasan Konselor	Apakah yang Anda inginkan terkait dengan wawancara konseling ini? Apa harapan-harapan Anda yang ingin dicapai dalam sesi konseling hari ini maupun sesi-sesi selanjutnya ?
Identifikasi Masalah oleh Konselor a. Pengisian lembar kerja	20	1. Konseli memahami permasalahan yang dialami	1. Wawancara 2. Observasi 3. <i>Scaling Question</i>	1. Apa alasan Anda berkenan dan memutuskan untuk mengikuti konseling ini ?

Aktifitas	Waktu (Menit)	Tujuan	Metode/Teknik	Pertanyaan
<p>b. Pembahasan mengenai masalah yang dialami Konseli dan kemungkinan teratasinya masalah tersebut di kemudian hari</p>		<p>2. Konselor dapat memperoleh Gambaran mengenai tujuan Konseli</p>		<p>2. Sejak kapan Anda menderita penyakit DM yang disertai hipertensi 3. Apakah Anda yakin permasalahan ini dapat teratasi ? 4. Perubahan apa yang Anda kehendaki ? 5. Jika dibuat rentang skala penilaian 1 sampai 10 seberapa besar permasalahan Anda bisa teratasi ?</p>
<p>Mengakhiri Sesi</p> <p>a. Membuat rangkuman seluruh kegiatan sesi konseling yang dilakukan hari ini</p> <p>b. Konselor memberikan penjelasan secara singkat yang akan dibahas pada sesi selanjutnya</p> <p>c. Melakukan penilaian dengan menggunakan Instrumen tingkat perilaku</p>	<p>10</p>	<p>a. Konselor memperoleh umpan balik dari Konseli mengenai sesi hari ini, serta dapat menyusun materi konseling pada sesi selanjutnya</p> <p>b. Konseli merasa memperoleh apresiasi atas kesediaan hadir di sesi 1 dan tetap semangat untuk melanjutkan pada sesi berikutnya</p>		

		Untuk meletakkan posisi dimana tingkat perilaku dan kepatuhan adherensi pasien, yaitu prekontemplasi, kontemplasi, persiapan dan aksi (ACPM, 2009).	
--	--	---	--



Lampiran 11. Kuisisioner MMAS, Kuisisioner untuk menilai kepatuhan *adherensi* Pasien

Kuisisioner New 8 Item Self Report Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) yang sudah diterjemahkan.

KUESIONER KEPATUHAN

Tanggal pengisian :

Nama Pasien :

Nama dokter :

No	Pernyataan	Jawaban	
		Setuju	Tidak setuju
1	Kurangnya kepatuhan minum obat DM dan Hipertensi berpengaruh terhadap tingginya tekanan darah dan angka gula darah		
2	Jika obat DM dan Hipertensi diminum secara rutin dan teratur dapat mengurangi penyakit DM dan tekanan darah tinggi		
3	Minum obat DM dan Hipertensi merupakan kewajiban yang harus dilakukan setiap hari		
4	Obat DM dan Hipertensi harus tetap diminum secara teratur meskipun kondisi penyakit tersebut sudah membaik		
5	Perilaku sering lupa minum obat DM dan Hipertensi dapat berpengaruh terhadap tingginya tekanan darah dan gula darah		
6	Ketika bepergian dan meninggalkan rumah obat hipertensi dan DM sebaiknya selalu dibawa		
7	Perasaan nyaman dalam minum obat DM dan Hipertensi dapat membantu untuk selalu mengkonsumsi obat secara teratur		
8	Sengaja tidak minum obat DM dan hipertensi tersebut dapat memperburuk kondisi penyakit tersebut		
9	Mengurangi atau berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter karena merasa kondisi menjadi lebih buruk setelah meminumnya		
10	Menggunakan alarm atau bel tanda dapat membantu untuk mengingatkan minum obat DM dan hipertensi		

Lampiran 10. Kuisisioner untuk menilai tingkat Perilaku Pasien

No	Pernyataan	Jawaban
		Ya / Tidak

KOGNITIF

1. Apakah anda tahu bahwa diabetes dan hipertensi adalah penyakit yang membahayakan?
2. Apakah anda tahu bahwa obat anti-hiperglikemi dan anti-hipertensi harus digunakan terus menerus untuk mengontrol kondisi anda?
3. Apakah anda tahu bahwa diabetes dan hipertensi yang tidak diobati akan menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan memicu terjadinya gangguan jantung dan stroke?

AFEKTIF

4. Apakah anda percaya bahwa dengan menggunakan obat anti hiperglikemi dan anti hipertensi dapat mengontrol kondisi anda?
5. Apakah anda memiliki kemauan untuk menggunakan obat anti hiperglikemi dan anti hipertensi secara reguler untuk mengontrol kondisi anda?
6. Apakah anda berprasangka bahwa menggunakan obat anti hiperglikemi dan anti hipertensi terus menerus dapat merusak ginjal anda?

PSIKOMOTORIK

7. Apakah anda selalu membawa obat antihiperglikemi dan anti hipertensi ketika bepergian atau bekerja?
 8. Apakah anda sudah berolahraga rutin 2-3 kali dalam seminggu?
 9. Apakah anda akan menghentikan penggunaan obat anti hiperglikemi dan anti hipertensi bila gejala klinis dari diabetes dan hipertensi tidak terjadi?
-

Lampiran 12. Kuisisioner SF-36 Versi Indonesia untuk menilai *Quality Of Life*
(QOL)

KUISIONER SF-36 VERSI INDONESIA

1. Secara umum bagaimana pendapat anda mengenai kondisi anda?

- Sempurna
- Sangat baik
- Baik
- Cukup
- Buruk

2. Dibandingkan dengan satu tahun yang lalu, bagaimana keadaan kesehatan Anda saat ini?

- Saat ini jauh lebih baik daripada satu tahun lalu
- Saat ini agak lebih baik daripada satu tahun lalu
- Sama saja daripada satu tahun lalu
- Saat ini agak lebih lebih buruk daripada satu tahun lalu
- Saat ini jauh lebih buruk daripada satu tahun lalu

Pertanyaan berikut berhubungan dengan kegiatan-kegiatan yang mungkin Anda lakukan sehari-hari. Apakah kondisi kesehatan Anda sekarang membatasi diri Anda untuk melakukan kegiatan-kegiatan tersebut? Jika ya, sejauh mana?

NO		Ya, sangat membatasi (1)	Ya, sedikit membatasi (2)	Tidak, tidak membatasi sama sekali (3)
3.	Kegiatan yang menguras energy, seperti berlari, mengangkat beban berat, ikut serta dalam olah raga yang membutuhkan energi ekstra			
4.	Kegiatan yang tidak terlalu menguras energy, seperti memindahkan meja, bersepeda, dan bekerja di kebun /halaman			
5.	Membawa barang keperluan sehari-hari, seperti belanjaan			
6.	Naik tangga lebih dari satu tingkat			
7.	Naik tangga satu tingkat			
8.	Membungkuk atau berlutut			
9.	Berjalan lebih dari 1,6 km			
10.	Berjalan beberapa blok atau gang			
11.	Berjalan satu blok atau satu gang			
12.	Mandi dan berpakaian sendiri			

Selama 4 tahun terakhir, Apakah Anda mengalami masalah berikut ini yang disebabkan oleh kondisi kesehatan fisik Anda?

NO		Ya (1)	Tidak (2)
13.	Mengurangi jumlah jam yang Anda pakai untuk bekerja dan melakukan kegiatan lain		
14.	Tidak mencapai yang Anda inginkan		
15.	Terbatas dalam melakukan pekerjaan atau kegiatan lain		
16.	Mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau kegiatan lain, misalnya memerlukan waktu yang lebih lama		

Dalam 4 minggu terakhir, apakah Anda mengalami masalah berikut ini yang disebabkan oleh gangguan emosional Anda, seperti depresi atau cemas?

NO		Ya (1)	Tidak (2)
17.	Mengurangi jumlah jam yang Anda pakai untuk bekerja dan melakukan kegiatan lain?		
18.	Tidak mencapai yang Anda inginkan?		
19.	Tidak dapat melakukan pekerjaan atau kegiatan lain secermat biasanya		

20. Selama 4 minggu terakhir, apakah masalah kesehatan dan gangguan emosional Anda mengganggu kegiatan sosial yang biasa Anda lakukan dengan keluarga, teman tetangga, atau kelompok?

- Tidak sama sekali
- Sedikit
- Biasa saja
- Sering
- Sangat sering

21. Seberapa sering Anda merasa nyeri selama 4 minggu?

- Tidak sama sekali
- Sedikit
- Biasa saja
- Sering
- Sangat sering

22. Selama 4 minggu terakhir bagaimana nyeri mengganggu Anda dalam kegiatan sehari-hari (baik pekerjaan/kegiatan di dalam dan diluar rumah)?

- Tidak sama sekali
- Sedikit
- Biasa saja
- Sering
- Sangat sering

Pertanyaan berikut berkaitan dengan apa yang Anda rasakan dan bagaimana kondisi Anda selama 4 minggu terakhir. Untuk masing-masing pertanyaan pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan apa yang Anda rasakan. Seberapa sering Anda merasakannya dalam kurun waktu 4 minggu terakhir

NO		Selalu (1)	Sering (2)	Biasa (3)	Jarang (4)	Kadang-kadang (5)	Tidak pernah (6)
23.	Apakah Anda merasa penuh semangat?						
24.	Apakah Anda merasa gelisah?						
25.	Apakah Anda merasa putus asa dan kecewa seolah-olah tidak ada orang lain yang dapat membahagiakan Anda?						
26.	Apakah Anda merasa tenang dan damai?						
27.	Apakah Anda memiliki banyak tenaga?						
28.	Apakah Anda merasa murung dan sedih?						
29.	Apakah Anda merasa jenuh?						
30.	Apakah Anda merasa bahagia?						
31.	Apakah Anda merasa lelah?						

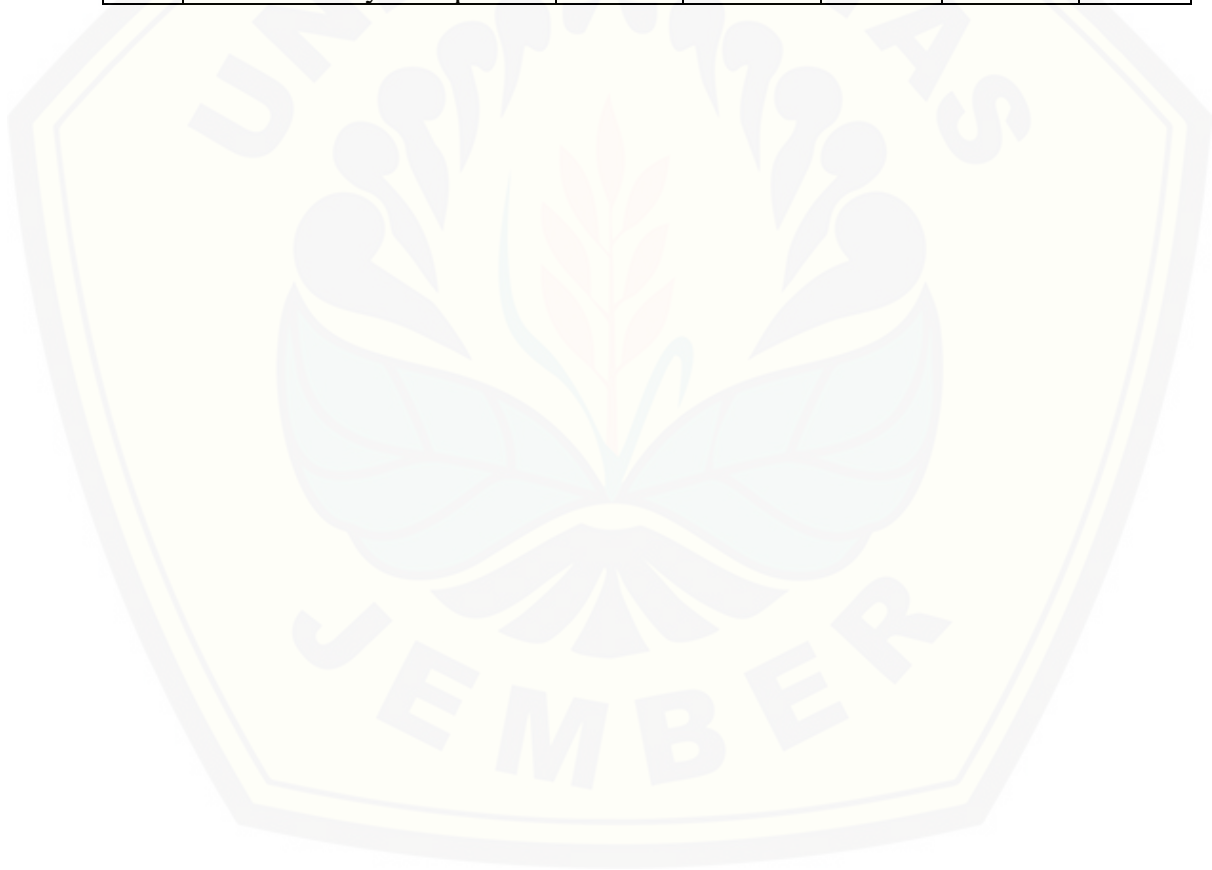
32. Selama 4 minggu terakhir, sejauh mana masalah kesehatan dan gangguan emosional Anda mengganggu kegiatan sosial yang Anda lakukan? (misalnya mengunjungi teman, keluarga, dll)

- Selalu
- Sering
- Biasa
- Jarang
- Kadang-kadang

Tidak pernah

Benarkah atau salahkah pertanyaan berikut ini?

No		Pasti benar (1)	Hampir benar (2)	Tidak tahu (3)	Hampir salah (4)	Pasti salah (5)
33.	Saya cenderung lebih mudah sakit daripada orang lain					
34.	Saya sehat seperti orang lain yang saya kenal					
35.	Saya berharap kesehatan saya akan memburuk					
36.	Kesehatan saya sempurna					



Lampiran

Foto Penelitian



Gambar 1. Konselor memperkenalkan diri



Gambar 2. Penandatanganan Informed



Gambar 3. Konselor membimbing konseli dalam Brief Counseling



Gambar 4. Konseli mengutarakan keluhannya kepada konselor yang berkaitan dengan penyakitnya



Gambar 5. Konselor ,menggali masalah,membimbing dan memberikan motivasi pada Konseli



Gambar 6. Konselor memberikan KIE pada Konseli yang berkaitan dengan pengobatan



Gambar 7 Alat pengukur tekanan darah



Gambar 8. Pasca terapi konseling dilakukan pengukuran tekanan darah

LAMPIRAN FOTO PENELITIAN



Gambar 9. Pasca terapi konseling dilakukan pengukuran GDS oleh Petugas Lab



Gambar 10. Pengukuran Gula darah oleh petugas Lab



Gambar 11. Pengukuran tekanan darah



LAMPIRAN FOTO PENELITIAN



Gambar 1. Penandatanganan Informed Consent

PEMBERIAN *BRIEF COUNSELING* PER INDIVIDU



Gambar 2. Konselor ,menggali masalah,membimbing dan memberikan motivasi pada Konseli

PENGUKURAN HASIL TERAPI TEKANAN DARAH DAN GDS



Gambar 3 Alat pengukur tekanan darah



Gambar 4. Pasca terapi konseling dilakukan pengukuran tekanan darah oleh petugas Laboratorium



Gambar 5. Pengambilan darah oleh petugas Laboratorium



Gambar 6 Pasca terapi konseling dilakukan pengukuran GDS oleh Petugas Laboratorium