

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN  
MOTIVASI MENGIKUTI DSME (*DIABETES SELF  
MANAGEMENT EDUCATION*) PADA PASIEN  
DIABETES MELLITUS (DM) TIPE 2 DI POLI  
ENDOKRIN RSU. Dr. FAUZIAH BIREUEN**

**SKRIPSI**

**Diajukan Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan  
Dalam Memperoleh Gelar Sarjana Psikologi  
Universitas Medan Area**

**Oleh:  
NAZIRA ULFA  
10 860 0028**



**FAKULTAS PSIKOLOGI  
UNIVERSITAS MEDAN AREA  
MEDAN  
2015**

**UNIVERSITAS MEDAN AREA**

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 27/7/23

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
  2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
  3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area
- Access From (repository.uma.ac.id)27/7/23

**JUDUL SKRIPSI**

**:HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK  
DENGAN MOTIVASI MENGIKUTI  
PANDUAN DSME (DIABETES SELF  
MANAGEMENT EDUCATION) PADA PASIEN  
DM TIPE 2 DI POLI ENDOKRIN RSU. Dr.  
FAUZIAH BIREUEN.**

**NAMA MAHASISWA**

**: NAZIRA ULFA**

**NIM**

**: 10.860.0028**

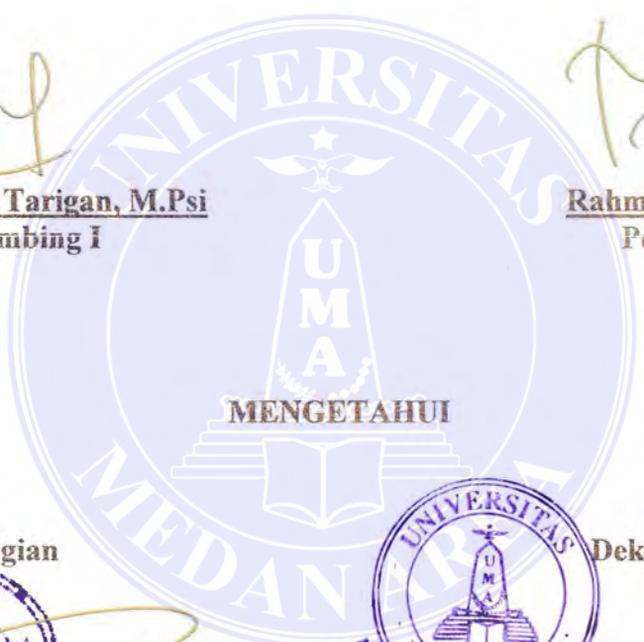
**BAGIAN**

**: PSIKOLOGI PERKEMBANGAN**

**MENGETAHUI**

**Dra. Mustika Tarigan, M.Psi**  
**Pembimbing I**

**Rahma Fauzia, M.Psi**  
**Pembimbing II**



**Kepala bagian**

**Dekan**



**Nazira Ulfa, S.Psi, MM, M.Psi**

**Prof. DR. H. Abdul Munir, M.Pd**

**Tanggal Sidang Skripsi:**

**LEMBAR PENEKSAHAN**

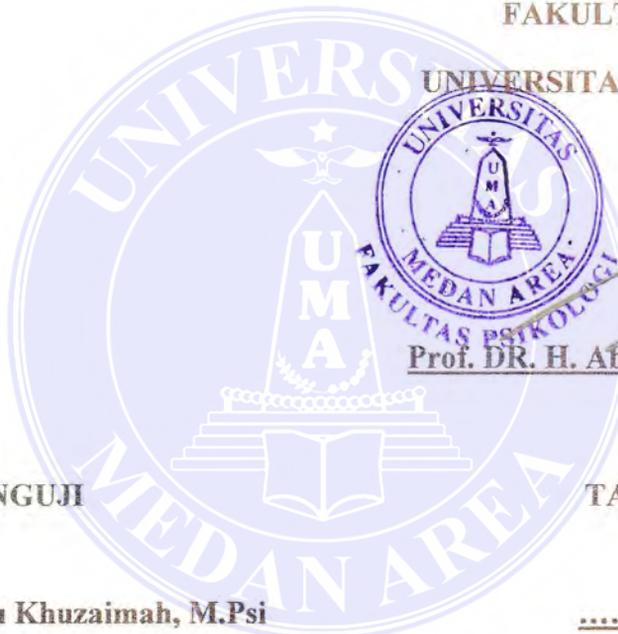
**DIPERTAHANKAN DIDEPAN DEWAN PENGUJI SKRIPSI  
FAKULTAS PSIKOLOGI UNIVERSITAS MEDAN AREA  
DAN DITERIMA UNTUK MEMENUHI SEBAGIAN  
DARI SYARAT- SYARAT GUNA MEMPEROLEH  
GELAR SARJANA (SI) PSIKOLOGI  
PADA TANGGAL**

**MENGESAHKAN**

**FAKULTAS PSIKOLOGI**

**UNIVERSITAS MEDAN AREA**

**DEKAN**



**Prof. DR. H. Abdul Munir, M. Pd**

**DEWAN PENGUJI**

**TANDA TANGAN**

1. Ummu Khuzaimah, M.Psi
2. Dra. Mustika Tarigan, M.Psi
3. Rahma Fauzia, S.Psi, M.Psi
4. Zuhdi Budiman, S.Psi, M.Psi

*(Handwritten signatures of the panel members)*

**UNIVERSITAS MEDAN AREA**

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 27/7/23

## ABSTRAKSI

### **Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Motivasi mengikuti panduan DSME (*Diabetest Self Management Education*) pada pasien DM tipe 2 di poli endokrin RSUD. Dr. FAUZIAH Bireuen Fakultas Psikologi Universitas Medan Area**

Menjaga Kesehatan pada pasien DM Tipe 2 adalah dengan menjaga pola pikir, pola makan dan paling utama adalah pola hidup. Untuk itu dibutuhkan suatu metode pengelolaan diri yang bersifat edukasi. Seorang perawat dengan komunikasi terapeutik yang baik dapat memberikan motivasi dan informasi yang bisa dijadikan jalan keluar bagi pasien untuk menghadapi dan menerima penyakit yang tengah dialami dan mampu mengadakan perubahan pola hidup sehingga pasien dapat mengontrol kadar gula darahnya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan motivasi mengikuti DSME (*Diabetest Self Management Education*) pada pasien DM tipe 2 di poli Endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif. Data penelitian ini dikumpulkan dengan menggunakan skala. Adapun subjek dari penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 di poli Endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen sebanyak 40 responden. Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan teknik accidental sampling yaitu pengambilan sampel dengan mengambil responden yang kebetulan ada atau tersedia. Skala motivasi DSME terdiri dari 32 item dengan 18 item valid dengan rentang koefisien validitas dari 0,328 sampai 0,614. Dan skala komunikasi terapeutik terdiri dari 39 item dengan 30 item yang valid dan rentang koefisien validitas dari 0,293 sampai 0,817. Uji korelasi menggunakan analisis korelasi product moment.

Hasil penelitian menunjukkan korelasi antara komunikasi terapeutik dengan motivasi mengikuti panduan DSME pada pasien DM tipe 2 diperoleh koefisien  $R_{xy} = 0,584$  dengan signifikansi atau  $P = 0,000$  artinya bahwa semakin baik komunikasi terapeutik maka semakin tinggi juga motivasi mengikuti panduan DSME, dimana  $R^2 = 0,340$ . Ini menunjukkan bahwa motivasi DSME dibentuk oleh komunikasi terapeutik sebesar 34,0%

Simpulan dari penelitian ini membuktikan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara komunikasi terapeutik dengan motivasi mengikuti panduan DSME pada pasien DM tipe 2.

Kata kunci : DSME (*Diabetes self management education*), Komunikasi terapeutik, Motivasi

## MOTTO

**Cinta ibu adalah cinta yang melembutkan dan cinta ayah adalah cinta yang menguatkan**

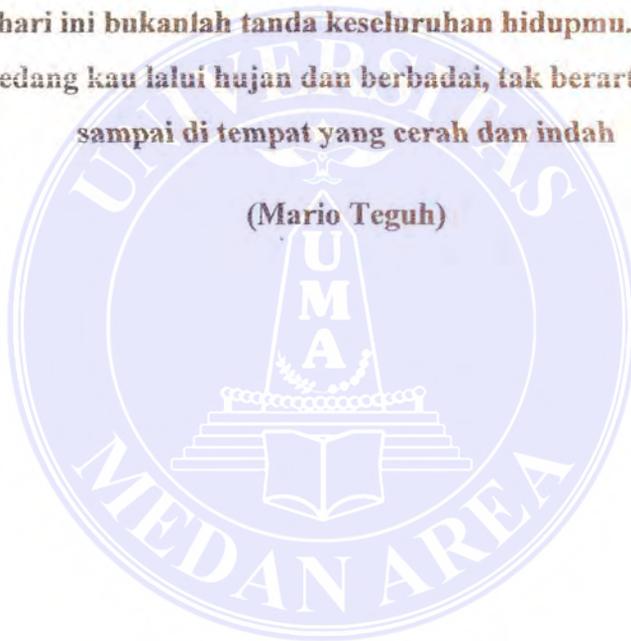
*If you want to live a happy life, tie it to a goal not to people or object (Albert Einstein)*

**Barang siapa yang menginginkan mutiara berharga maka ia harus berani terjun ke dalam lautan yang dalam**

**(Ir. Soekarno)**

**Kesulitan hari ini bukanlah tanda keseluruhan hidupmu. Hanya karena jalan yang sedang kau lalui hujan dan berbadai, tak berarti engkau takkan sampai di tempat yang cerah dan indah**

**(Mario Teguh)**



## PERSEMBAHAN

**Teristimewa untuk 2 malaikat tak bersayap yang telah ditakdirkan oleh sang pencipta untuk menjadi ummi dan abahku.**

**SYARIFAH FAIZAH dan M. DAHLAN yang tak pernah henti mengalirkan kasih sayang dan cintanya dalam ketulusan do'a serta harapan yang tak pernah ada akhir.**

**Abah , Umi terimakasih atas segala pengorbanan, ketulusan, air mata, petuah ajaib yang tak pernah henti mengiringi langkah ini dan penyemangat sejati yang takkan pernah lekang oleh waktu.**

**Kepada adik adik terbaik dan paling ku banggakan Nabila Humaira, Nadia Shahira dan Najwa Aqina yang telah mengisi kehidupanku dengan tangis, canda dan tawa.**

**Karya kecil ini aku dedikasikan untuk kalian orang orang yang paling ku cintai dan takkan pernah terganti dalam hatiku.**

*Be a part of you is my biggest happiness.....loving you forever*

## UCAPAN TERIMA KASIH

### Bismillahirrahmanirrahim

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan benar, tak lupa pula salawat bernadakan salam peneliti sanjungkan ke pangkuan alam nabi besar Muhammad SAW, yang telah membawa manusia ke alam yang penuh dengan ilmu pengetahuan seperti yang kita rasakan saat ini, selanjutnya peneliti menyadari tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak penyusunan skripsi tidak dapat berjalan baik. Dalam hal ini peneliti telah banyak menerima bantuan-bantuan dan bimbingan moril dan materil. Maka pada kesempatan ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terimah kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Abah dan Umi, Terimakasih telah memberikan banyak dukungan baik secara moril dan terlebih lagi materil, yang telah memberikan banyak motivasi selama ini, yang selalu memberikan doa dan restu'nya, dan menjadi tempat bersandar ketika menghadapi suatu titik jenuh, terimakasih karena selalu mengerti keadaan putrimu dan tak pernah lelah memberikan pujian meskipun dimata orang lain itu adalah hal yang biasa.
2. Adikku tersayang Nabila, Nadia dan Najwa, terimakasih atas sambutan hangatnya, dan selalu mendoakan kakak agar bisa melewati segala rintangan yang menghadang. Terlebih adik bungsu najwa alias awa yang selalu buat kangen dengan celotehan dan repetannya. Selamat naik ke kelas 2 SD sayang.
3. Yayasan Pendidikan Haji Agus Salim.
4. Bapak Prof. DR. H. Ali Yakub Matondang, MA. Selaku rektor Universitas Medan Area
5. Bapak Prof. DR. H. Abdul Munir, Mpd. Selaku dekan Fakultas Psikologi Universitas Medan Area.
6. Bapak Zuhdi Budiman, S.psi, M.psi. Selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Psikologi Universitas Medan Area dan juga sudah berkenan menjadi notulen dalam siding meja hijau ini.
7. Bapak Syafrizaldi, S.psi, M.psi. Selaku dosen pembimbing akademik peneliti yang tak pernah henti memberikan motivasi.
8. Ibu Laili Alfita, S.Psi. MM. Selaku ketua jurusan perkembangan yang selalu membantu dalam menyelesaikan berkas-berkas selama skripsi ini berlangsung.

UNIVERSITAS MEDAN AREA

9. Ibu Mustika Taringan, M.Psi. Selaku dosen pembimbing pertama yang telah memberikan banyak masukan dan motivasi bagi peneliti, yang

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber

2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah

3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Access From (repository.uma.ac.id)27/7/23

bersedia meluangkan waktu dan selalu sabar membimbing selama pengerjaan skripsi ini.

10. Ibu Rahma Fauzia, M.Psi. Selaku dosen pembimbing kedua yang selalu meluangkan waktunya untuk memberikan saran dan masukan, dan dengan sabar bersedia menjadi tempat penulis mencurahkan isi hati dan berkeluh kesah.
11. Ibu Ummu Khuzaimah, M.Psi selaku ketua yang telah berkenan hadir dalam sidang meja hijau ini.
12. Ibu Babby Hasmayni, S.Psi, M.si yang telah membimbing peneliti diawal pengerjaan skripsi ini dan bersedia meluangkan waktu serta membagi ilmu.
13. Para dosen yang telah berkenan membagi ilmu dan pengalaman selama penulis menjadi mahasiswa di Universitas Medan Area.
14. Seluruh staff tata usaha Universitas dan Fakultas Psikologi yang telah membantu menyelesaikan pengaturan berkas selama ini. Terkhusus dan paling spesial untuk kak pida yang telah sangat membantu peneliti sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
15. Direktur RSUD. Dr. Fauziah Bireuen dan para perawat poli Endokrin yang sudah memberikan izin dan memberikan banyak bantuan dalam pengambilan data dan pelaksanaan penelitian.
16. Pasien DM yang sudah berkenan menjadi sampel penelitian.
17. Bang Dian yang telah dengan ikhlas hati membantu peneliti demi kelancaran dalam proses bimbingan.
18. Sahabat-sahabat terbaikku yuki yang selalu menenangkan hati dengan kata kata lembutnya, rere, reisyah, sayed, ginting, joki, dan lutfi yang telah berkenan meminjamkan laptop kesayangannya untuk penyelesaian skripsi ini, dan adik kosku opi, teman-teman Reg.B 2010, terkhusus buat Sabrina yang selalu mendukung dan memberikan motivasi juga perkenalan singkat yang berlanjut menjadi persahabatan ini. kalian semua yang dengan setulus hati membantu peneliti kapanpun di minta. Terimakasih sebanyak banyaknya, hanya Allah yang mampu membalas kebaikan kalian semua.
19. Teman-teman kelas A dan B stambuk 2010 terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan perkuliahan yang penuh kisah ini.
20. Semua pihak yang tidak disebutkan namun selalu terkenang dihati.

Peneliti menyadari bahwa masih banyak terdapat kelemahan dan kekurangan dalam penulisan skripsi ini baik tata tulis maupun isinya. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangatlah diharapkan untuk menyempurnakan skripsi ini, semoga amal budi baik semuanya yang diberikan kepada peneliti mendapat pahala ganda dari Allah SWT. Akhir kata peneliti berharap semoga skripsi ini dapat berguna bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu psikologi.

Hormat Peneliti

Nazira Ulfa



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>UCAPAN TERIMA KASIH .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>

**BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang Masalah..... 1

B. Identifikasi Masalah..... 8

C. Batasan Masalah..... 10

D. Rumusan Masalah..... 11

E. Tujuan Penelitian ..... 11

F. Manfaat Penelitian ..... 11

    1. Manfaat teoritis ..... 11

    2. Manfaat praktis ..... 12

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Diabetes Mellitus (DM)..... 13

    1. Definisi..... 13

    2. Klasifikasi Diabetes Mellitus..... 14

    3. Faktor Penyebab Diabetes Mellitus..... 15

    4. Gambaran klinik ..... 18

B. Motivasi ..... 19

    1. Definisi ..... 19

    2. Faktor-faktor Motivasi ..... 20

    3. Aspek-aspek Motivasi..... 23

C. Diabetest Self- Management Education (DSME)..... 24

    1. Definisi..... 24

    2. Tujuan DSME..... 24

    3. Prinsip DSME..... 25

    4. Standar DSME ..... 25

5. Komponen DSME.....	28
6. Tingkat Pembelajaran DSME .....	29
D. Komunikasi Terapeutik.....	30
1. Definisi.....	30
2. Tujuan Komunikasi terapeutik.....	31
3. Karateristik Komunikasi Terapeutik.....	32
4. Faktor yang mempengaruhi Komunikasi Terapeutik.....	33
5. Prinsip- Prinsi komunikasi terapeutik .....	35
6. Sikap perawat dalam komunikasi Terapeutik .....	36
7. Hubungan antara komunikasi terapeutik dengan motivasi mengikuti panduan DSME.....	37
E. Kerangka Konseptual.....	39
F. Hipotesis .....	40
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Identifikasi Variabel Penelitian .....	41
B. Defenisi Operasional.....	41
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	43
D. Metode Pengumpulan data.....	45
E. Validitas dan Reliabilitas .....	46
F. Metode Analisis Data.....	49
<b>BAB IV PELAKSANAAN, ANALISIS DATA, HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Orientasi kancah Penelitian .....	50
B. Persiapan Penelitian.....	51
1. Persiapan Administrasi.....	51
2. Persiapan alat ukur penelitian .....	51

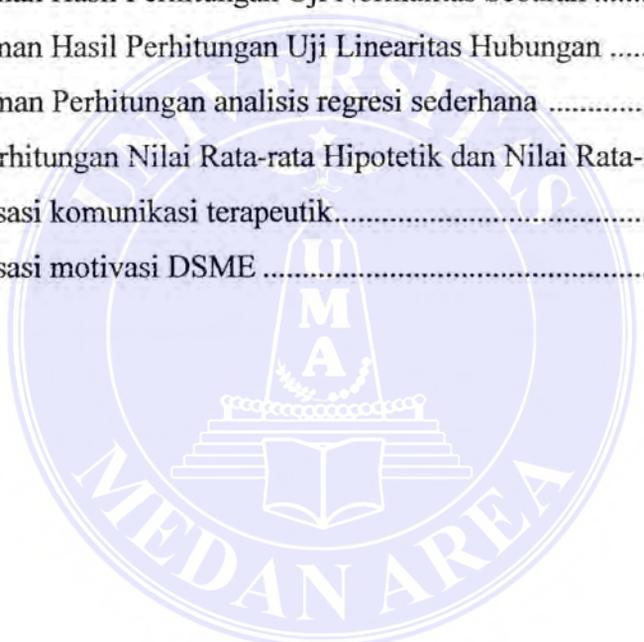
C. Pelaksanaan penelitian .....	53
D. Analisis data dan hasil penelitian.....	55
E. Pembahasan .....	60
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	65
B. Saran.....	66
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>68</b>



## DAFTAR TABEL

### Tabel

1. Distribusi Penyebaran Butir-butir Pernyataan Skala Komunikasi Terapeutik sebelum uji coba .....	52
2. Distribusi Penyebaran Butir-butir Pernyataan Skala Komunikasi Terapeutik sesudah uji coba .....	52
3. Distribusi Penyebaran Butir-butir Pernyataan Skala Motivasi DSME sebelum uji coba.....	53
4. Distribusi Penyebaran Butir-butir Pernyataan Skala Motivasi DSME sesudah uji coba.....	53
5. Rangkuman Hasil Perhitungan Uji Normalitas Sebaran .....	56
6. Rangkuman Hasil Perhitungan Uji Linearitas Hubungan .....	57
7. Rangkuman Perhitungan analisis regresi sederhana .....	57
8. Hasil Perhitungan Nilai Rata-rata Hipotetik dan Nilai Rata-rata Empirik...	59
9. kategorisasi komunikasi terapeutik.....	60
10. kategorisasi motivasi DSME .....	60



## DAFTAR LAMPIRAN

### LAMPIRAN

**A** : Skala Komunikasi Terapeutik

**B** : Skala Motivasi

**C** : Hasil Dstribusi Jawaban Komunikasi Terapeutik

**D** : Hasil Dstribusi Jawaban Motivasi

**E**: Uji Validitas & Reliabilitas Skala Komunikasi Terapeutik

**F** : Uji Validitas & Reliabilitas Skala Motivasi

**G** : Uji Normalitas sebaran Komunikasi terapeutik

**H**: Uji Normalitas sebaran Motivasi

**I**: Uji Linearitas Komunikasi terapeutik

**J**: Uji Linearitas Motivasi

**K**: Analisis Regresi Komunikasi terapeutik

**L**: Analisis Regresi Motivasi

**M**: Surat Penelitian

**N**: Surat selesai penelitian

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Salah satu keinginan terbesar manusia yang hidup di muka bumi adalah untuk hidup sehat. Kesehatan itu sendiri hanya dapat tercapai dengan menjaga pola pikir yaitu dengan menghindari segala macam situasi yang dapat menyebabkan stress, mengubah pola hidup dengan olahraga teratur, tidur yang cukup dan yang terakhir adalah menjaga pola makan dengan mengkonsumsi makanan yang bernutrisi, rendah lemak dan dan bergizi seimbang. Namun ketika pola hidup sehat tersebut tidak dijalankan, maka akan muncul berbagai macam penyakit. Salah satu penyakit yang semakin bertambah jumlah penderitanya di Indonesia adalah penyakit diabetes mellitus (DM) (Prawitasari, 2012).

Di Indonesia DM dikenal dengan istilah penyakit kencing manis yang merupakan salah satu penyakit dengan prevalensi kian meningkat. Jumlah penderita DM dari tahun ke tahun cenderung meroket. Berdasarkan data dari *International Diabetes Federation (IDF)*, pada tahun 2030 mendatang sebanyak 552 juta orang di dunia akan terkena DM. Terjadi peningkatan sekitar 200 juta orang dari jumlah penderita tahun 2011 yang mencapai 346 juta orang. Data tahun 2009 jumlah penyandang DM di dunia mencapai 285 juta orang (Depkes RI, 2007).

Berdasarkan survey yang dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), jumlah penderita DM di Indonesia pada tahun 2000 mencapai 8,4 juta orang, jumlah tersebut membawa Indonesia menempati urutan ke- 4 jumlah penyandang DM terbesar di dunia setelah India (31,7 juta), Cina (20,8 juta)

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

dan Amerika Serikat (17,7 juta) (Prawitasari, 2012). Berdasarkan hasil Riset

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber

2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah

3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area  
Access From (repository.uma.ac.id)27/7/23

Document Accepted 27/7/23

Kesehatan Dasar (*RISKESDAS*) diperoleh bahwa proporsi penyebab kematian akibat DM pada kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan menduduki ranking ke-2 yaitu 14,7% dan daerah pedesaan menduduki ranking ke-6 yaitu, 5,8% setelah stroke, tubercolosis, hipertensi, cedera dan perinatal (Pudiastuti, 2013). Kenyataan ini semakin memperkuat DM sebagai masalah kesehatan masyarakat yang serius yang umumnya terjadi pada golongan usia di atas 30 tahun (Hasdianah, 2012).

Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insiden dan prevalensi DM tipe 2 diberbagai penjuru dunia. WHO memprediksi peningkatan jumlah pasien diabetes akan cukup besar untuk tahun mendatang (Perkeni, 2006). Penyakit ini menjadi kekhawatiran tersendiri bagi masyarakat karena penyakit DM saat ini telah menjadi penyebab kematian terbesar nomor 5 di dunia. WHO melaporkan jumlah kematian akibat penyakit tersebut di dunia adalah 3,2 juta orang per tahun. Itu artinya setiap menit orang meninggal dunia akibat DM (Pudiastuti, 2013).

Secara garis besar, DM dikelompokkan dalam 2 tipe yaitu DM tergantung pada insulin (DM tipe 1) atau disebut juga dengan Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM), yang disebabkan oleh kekurangan sekresi insulin, dan non DM tergantung pada insulin (DM tipe 2) atau disebut sebagai Non Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) yang disebabkan oleh resistensi insulin (Widyanto & Triwibowo, 2013).

Perbedaan lain yang paling mencolok dari penderita DM tipe 1 dan DM tipe 2 adalah umur saat pertama kali terjadinya penyakit diabetes mellitus. Pada umumnya DM tipe 1 terjadi pada seseorang dengan usia di bawah 30 tahun, bahkan separuhnya didiagnosis kurang dari 20 tahun. Sebaliknya DM

separuhnya terjadi pada kelompok umur 55 tahun atau lebih (Soewondo, 2006).

DM (Diabetes Mellitus) merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai dengan kadar glukosa darah melebihi normal dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan karena kakurangan hormon insulin secara relatif maupun absolut (Hasdianah, 2012). Jika hal ini dibiarkan tidak terkendali dapat terjadi komplikasi metabolik akut maupun komplikasi vaskuler jangka panjang (Darmono dalam Hasdianah, 2012).

Banyak faktor yang dapat menyebabkan DM, di antaranya adalah faktor keturunan, pola hidup, pola makan, obesitas dan obat-obatan (Hasdianah, 2012). Namun tidak dapat dipungkiri usia juga memiliki kontribusi yang besar bagi seseorang untuk terserang penyakit ini, misalnya setelah usia 50 tahun terutama yang tidak aktif bergerak kadar gula darah akan cenderung meningkat setelah mengonsumsi makanan dan minuman (Pudiasuti, 2013).

Tjokroprawiro (dalam Prawitasari, 2012) mengemukakan DM sebagai suatu penyakit yang disebabkan oleh gangguan kerja insulin, baik secara kuantitas maupun kualitas, sehingga keseimbangan akan terganggu dan kadar glukosa dalam darah akan naik. Kurangnya keseimbangan tersebut akan mengakibatkan individu tersebut terganggu energi, stamina serta kekuatannya untuk beraktivitas dan bekerja. Hal ini sejalan dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan salah satu pasien penderita DM disalah satu rumah sakit umum yang berinisial "A" pada tanggal 18 januari 2014 sebagai berikut:

“*ya kalo gula darahnya lagi tinggi bapak sudah tanda. Badan rasanya seperti di tusuk tusuk jarum, demam, menggigil, tulang rasanya ngilu ngilu. Nah kalo udah gini gak sanggup ngapa ngapain paling Cuma baringan di tempat tidur.*”

Pada pasien DM, kemampuan tubuh untuk bereaksi dengan insulin dapat menurun, keadaan ini dapat menimbulkan komplikasi baik akut (*seperti diabetes ketoasidosis dan sindrome hiperosmolar nonketotik*) maupun kronik (*seperti komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler dan neuropati*) (Prawitasari, 2012). Sebagai suatu penyakit kronik yang tidak dapat disembuhkan, maka satu-satunya jalan adalah dengan melakukan pengelolaan diri (Taylor dalam Prawitasari, 2012). Hal ini senada dengan pernyataan Lorig dan Holman (dalam Prawitasari, 2012) bahwa pengelolaan diri terhadap penyakit merupakan konsep sentral dalam pembicaraan tentang penyakit kronik seperti DM.

Pengelolaan diri tersebut diberikan melalui Edukasi kepada pasien DM dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien sehingga pasien memiliki perilaku preventif dalam gaya hidupnya untuk menghindari komplikasi jangka panjang dari penyakit tersebut (Perkeni, 2006). Salah satu bentuk edukasi yang umum digunakan dan terbukti efektif dalam memperbaiki hasil klinis dan kualitas hidup pasien DM tipe 2 adalah *Diabetes Self Management Education (DSME)* (Depkes RI, 2007).

*Diabetes Self Management Education (DSME)* adalah suatu proses berkelanjutan yang dilakukan untuk memfasilitasi pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan pasien DM dalam melakukan perawatan mandiri (Funnell et.al., 2008).

Menurut Sidani & Fan (2009), DSME merupakan suatu proses  
UNIVERSITAS MEDAN AREA

memberikan pengetahuan kepada pasien mengenai aplikasi strategi perawatan

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

diri secara mandiri untuk mengoptimalkan kontrol metabolik, mencegah komplikasi, dan memperbaiki kualitas hidup pasien DM. Penderita DM yang diberikan pendidikan kesehatan dan pedoman dalam perawatan diri akan mengubah pola hidupnya, sehingga dapat mengontrol kadar glukosa darah dengan baik (Rhondhianto, 2012).

Namun sebagai suatu metode pengelolaan diri tidaklah gampang untuk mengikuti DSME. Pasien harus memiliki motivasi yang kuat agar mampu menjalankannya. Motivasi merupakan dorongan yang muncul baik dari dalam maupun dari luar diri individu sehingga memunculkan suatu perilaku baru, dimana munculnya suatu motivasi dapat dipengaruhi oleh 2 unsur yakni dorongan atau kebutuhan dan unsur tujuan (Sobur, 2003). Dalam hal ini pasien diabetes membutuhkan motivasi sebagai suatu kebutuhan atau dorongan bagi tercapainya harapan hidup seperti yang di harapkan.

Dorongan ini dibutuhkan agar diabetesi dapat mengubah perilaku dan menjalani pola hidup yang sehat serta dapat muncul perilaku- perilaku yang di harapkan seperti mengikuti pola makan sehat, meningkatkan kegiatan jasmani, dan dapat melakukan pemantauan glukosa darah mandiri (Perkeni, 2006)

Sebagai suatu dorongan yang dapat menyebabkan perubahan perilaku diabetesi, motivasi dapat berasal dari dalam diri individu sendiri (intrinsik) ataupun dari luar diri individu (ekstrinsik) yang dapat terdiri dari keluarga, perawat ataupun dokter yang menjadi bagian penting dari rumah sakit (Perkeni, 2006)

Salah satu faktor yang mempengaruhi motivasi pasien DM untuk mengikuti DSME yang berasal dari luar adalah faktor tenaga kesehatan, dimana di dalamnya terdiri dari perawat dan dokter (Sutandi, 2012). Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan memiliki peranan yang sangat esensial

dalam meningkatkan pengetahuan pasien mengenai gambaran DM dan memberikan keterampilan bagi pasien untuk dapat mengelola penyakitnya (Jack dalam Sutandi, 2012).

Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti dengan salah satu pasien DM di RSUD. Dr. Fauziah Bireuen yang berinisial "IN" pada tanggal 20 Januari 2014 sebagai berikut:

*"Terakhir gula darah ibu 340, ini uda yang ke tiga kali ibu check up. Setiap di cek perawatnya selalu ngasih tau Cuma sampek rumah ya gitu nak, namanya kalo uda selera ya di makani aja. Padahal perawatnya uda bilang ibu gak bole makan yang manis manis Cuma ibunya bandel kalo uda di rumah."*

Peningkatan pengetahuan dan keterampilan tersebut dapat terwujud dengan adanya komunikasi dan pemberian informasi dari perawat yang berfungsi menyembuhkan atau secara konkrit dapat membantu pasien keluar dari ketidaktahuannya.

Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar manusia dimana dalam proses ini seseorang menyampaikan dan menerima pesan (Sya'diah, 2013). Pada profesi keperawatan komunikasi ini menjadi lebih bermakna karena merupakan metode utama dalam proses menuju penyembuhan atau pencegahan yang disebut juga dengan komunikasi terapeutik (Purba, 2003).

Komunikasi terapeutik adalah suatu metode dimana seorang perawat mengarahkan komunikasi sedemikian rupa sehingga pasien diharapkan pada situasi dan pertukaran peran yang dapat menimbulkan hubungan sosial yang bermanfaat (Rahmat, 2007). Kemampuan komunikasi terapeutik perawat dapat mengembangkan hubungan dengan pasien yang dapat meningkatkan pemahaman pasien akan penyakit yang dideritanya.

Dalam hal ini upaya dilakukan oleh perawat yang berada disekitar pasien untuk memberikan dukungan dan semangat serta informasi dapat menjadi jalan keluar yang positif bagi pasien untuk menerima dengan tenang dan berani atas beban penderitaan yang dialami. Hal ini sejalan dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan kepala perawat ruang Endokrin RS Dr. Fauziah Bireuen yang berinisial "NO" pada tanggal 20 Januari 2014 sebagai berikut:

*" pasien diabetes di sini rata rata adalah pasien tetap yang rawat jalan, artinya mereka bukan pemula, jadi sebagian besar pasien disini sudah mendapatkan penyuluhan sebelumnya dari tim yang terdiri dari penyuluh gizi, dokter dan perawat yang mendapat pelatihan sebagai edukator sebelumnya. Namun bagi pasien pemula kami memberikan perhatian yang lebih tinggi dengan konsisten memantau perkembangan pasien secara rutin 3 hari sekali"*

Dari hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti selama ini didapatkan bahwa pasien DM yang menjadi pasien rawat jalan di RSU. Dr. Fauziah Bireuen secara rutin 3 hari sekali mendapatkan penyuluhan dari perawat yang telah mendapatkan pelatihan khusus serta tim dokter spesialis dan penyuluh gizi. Mereka secara konsisten memberikan pendidikan untuk perubahan perilaku seperti yang diharapkan pada diabetesi. Edukasi tersebut diberikan dengan tujuan promosi hidup sehat bagi diabetesi serta bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM secara holistik.

Komunikasi terapeutik akan membentuk suatu pengalaman bersama antara perawat dan pasien yang dapat menyelesaikan masalah pasien (Sya'diah, 2013). Secara konkrit komunikasi terapeutik ini direncanakan secara sadar dan bertujuan serta kegiatannya difokuskan untuk kesembuhan pasien atau dengan kata lain merupakan komunikasi professional yang

mengarah pada tujuan untuk penyembuhan pasien (Purwanto dalam Sya'diah, 2013).

Berdasarkan observasi yang peneliti lakukan ditempat penelitian, peneliti mendapatkan bahwa motivasi yang dimiliki oleh pasien DM tipe 2 masih sangat kurang untuk menjaga kadar gula darahnya agar tetap dalam keadaan normal. Hal ini ditunjukkan dengan kadar gula darah diabetesi yang rata rata tidak normal dan tergolong tinggi. Selain itu sebagian besar pasien tidak memiliki pengetahuan mengenai pengecekan gula darah mandiri, dan pengakuan pasien sendiri bahwa mereka tidak dapat menjaga pola makan serta mengontrol asupan gula dalam kehidupan sehari hari meskipun telah mendapatkan penyuluhan dari tim rumah sakit. Dari sudut pandang peneliti melihat bahwa diabetesi di rumah sakit ini masih menganggap sepele penyakit yang sedang di deritanya dan tidak ada kesadaran penuh dari pasien untuk melakukan pengelolaan diri yang tepat dan terkendali.

Bertitik tolak dari permasalahan di atas maka peneliti merasa tertarik untuk mengetahui pentingnya komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien untuk meningkatkan motivasi diabetesi dalam mengelola penyakitnya. Sehingga peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Motivasi mengikuti DSME (*Diabetes Self- Management Education*) pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Poli Endokrin RSU. Dr. Fauziah Bireuen.

## 1.2. IDENTIFIKASI MASALAH

Sistem kesehatan nasional menyatakan bahwa segala upaya dalam pembangunan kesehatan di Indonesia diarahkan untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi yang memungkinkan masyarakat untuk hidup lebih produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Dengan meningkatnya

status sosial ekonomi , pelayanan kesehatan masyarakat, perubahan gaya hidup, bertambahnya umur harapan hidup, maka di Indonesia mengalami pola pergeseran penyakit dari menular menjadi penyakit tidak menular, hal ini dikenal dengan transisi epidemiologi. Kecenderungan meningkatnya prevalensi tidak menular salah satunya adalah diabetes mellitus (DM) (Depkes RI, 2007).

DM merupakan suatu penyakit kronik yang akan diderita seumur hidup. Oleh karena itu edukasi dari perawat dan dokter serta ahli gizi sangatlah penting guna pengelolaan penyakit tersebut. Pemahaman yang lebih jauh tentang perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit DM dan penatalaksanaannya akan sangat membantu meningkatkan keikutsertaan mereka dalam usaha memperbaiki hasil pengelolaan. Dalam konteks ini komunikasi antara edukator dengan pasien sangatlah dibutuhkan demi meningkatkan pengetahuan pasien tentang DM dan memikirkan kepentingan mereka sendiri semaksimal mungkin.

Pemberian pendidikan kesehatan khususnya yang berkaitan dengan pola hidup sehat diabetes seperti pengaturan diet, olahraga, dan penggunaan insulin, dikenal dengan istilah DSME (*Diabetes Self Management Education*). Pasien sangat diharapkan untuk mengikuti treatment pengelolaan diri ini untuk pengendalian kadar glukosa darah yang baik sehingga akan mencegah timbulnya komplikasi (Depkes, 2007). Demi tercapainya taraf kesehatan yang baik dari diabetesi dibutuhkan motivasi yang kuat baik dari dalam maupun luar diri nya untuk mengubah perilaku dan pola hidup menjadi lebih sehat. Hal ini dilakukan untuk menjaga kadar gula darah agar tidak muncul berbagai macam komplikasi yang lebih besar.

Salah satu motivasi yang berasal dari luar diri pasien (ekstrinsik)

adalah tenaga kesehatan yang terdiri dari perawat, dokter dan penyuluh gizi.

Motivasi tersebut dapat diperoleh oleh pasien lewat dukungan dan nasehat yang positif, kompromi dan negosiasi, keterlibatan keluarga serta informasi dan pengetahuan bertahap yang diberikan oleh tim tenaga kesehatan dalam proses edukasi (Perkeni, 2006). Hal tersebut di atas akan terlaksana jika adanya komunikasi yang baik dan memiliki tujuan antara perawat dan pasien yang dikenal dengan komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi antara perawat dengan pasien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah pasien dan mengurangi beban perasaan serta pikiran, selain itu membantu pasien untuk mengambil suatu tindakan pencegahan ataupun pengelolaan terhadap penyakitnya (Syah'diah, 2013)

### 1.3. BATASAN MASALAH

Permasalahan yang akan dibahas menyanggung motivasi yang merupakan suatu dorongan baik dari dalam maupun luar diri individu yang dapat mempengaruhi perilaku individu terhadap suatu treatment. Dalam kasus ini adalah motivasi untuk mengikuti panduan DSME yang merupakan suatu metode pengelolaan diri bagi pasien diabetes mellitus agar tetap dapat menjaga kadar glukosa darah dalam keadaan normal sehingga mencegah timbulnya komplikasi: Komunikasi Terapeutik yang merupakan komunikasi antara perawat dengan pasien yang bertujuan untuk membuat pasien mampu mengerti dan mengelola penyakitnya dengan baik sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien di poli Endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen yang berjumlah 424 orang dengan rentang usia 30- 50 tahun dan menjadi pasien DM Tipe 2 (

tidak tergantung insulin) selama 3 -10 tahun yang terdiri dari laki laki dan perempuan.

#### 1.4. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang dan pembatasan masalah seperti yang telah dipaparkan di atas maka rumusan masalah penelitian ini adalah : Apakah ada hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Motivasi mengikuti panduan DSME (*Diabetes Self –Management Education*) pada pasien Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 di Poli Endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen ?.

#### 1.5. TUJUAN PENELITIAN

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji secara empiris Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Motivasi Mengikuti panduan DSME (*Diabetes Self – Management Education*) Pada Pasien Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 di Poli Endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen.

#### 1.6. MANFAAT PENELITIAN

##### 1. Manfaat secara teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmiah bagi wahana perkembangan ilmu psikologi pada umumnya, khususnya psikologi kesehatan dan psikologi komunikasi serta dapat menjadi bahan rujukan bagi peneliti berikutnya, khususnya mengenai Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Motivasi Mengikuti panduan DSME (*Diabetes Self – Management Education*) Pada Pasien Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2.

## 2. Manfaat secara praktis

- a. Sebagai bahan masukan bagi instansi rumah sakit agar dapat memberikan himbauan kepada para perawat untuk menerapkan sistem komunikasi yang bersifat terapeutik dalam menumbuhkan motivasi pasien diabetes mellitus tipe 2 untuk mengikuti panduan DSME.
- b. Penelitian ini di harapkan dapat memberikan kontribusi sebagai dasar dalam pengembangan asuhan keperawatan khususnya bagi pasien DM dan dapat diaplikasikan pada tatanan pelayanan keperawatan baik di rumah sakit maupun dikomunitas dengan menitikberatkan pada peningkatan motivasi pasien dalam pengelolaan penyakitnya.



## TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1. Diabetes Mellitus (DM)

## 2.1.1. Definisi

Diabetes Mellitus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah (*hyperglukemia*) akibat dari kelainan sekresi insulin, aksi insulin atau keduanya yang memerlukan pengawasan medis dan edukasi perawatan diri pasien secara kontinyu (ADA dalam Smeltzer & Bare, 2008). DM adalah suatu keadaan yang ditandai dengan adanya kenaikan kadar glukosa darah (hiperglikemia), disertai dengan kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah (Mansjoer dkk, 2005).

Menurut Prasetyono (2013) DM yang juga di kenal dengan penyakit kencing manis atau penyakit gula darah adalah golongan penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan gula dalam darah , sebagai akibat adanya gangguan sistem metabolisme dalam tubuh dimana pankreas tidak mampu lagi memproduksi hormon insulin sesuai kebutuhan tubuh.

Berdasarkan beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) dan disebabkan oleh adanya resistensi insulin, gangguan sekresi insulin, atau kedua-duanya yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi dengan organ penting lainnya.

### 2.1.2. Klasifikasi Diabetes Mellitus (DM)

Berdasarkan etiologinya, DM dapat diklasifikasikan dalam 4 tipe (Hasdianah, 2012), yaitu:

1. DM tipe 1 disebabkan oleh kerusakan sel beta pankreas sehingga mengakibatkan defisiensi insulin absolut, bersifat autoimun;
2. DM tipe 2 disebabkan oleh resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin
3. DM gestasional disebabkan oleh pengaruh hormon kehamilan yang dapat meningkatkan kadar glukosa darah saat kehamilan; dan
4. DM tipe lain disebabkan oleh berbagai faktor yang dapat menyebabkan kerusakan pada pankreas yaitu defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit *eksokrin pankreas* (*pankreatitis, tumor/pankreatektomi, pankreatopati fibrokalkulus*), *endokrinopati*, obat/zat kimia, infeksi, penyebab imunologi yang jarang (antibodi antiinsulin), dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM

Menurut ADA (dalam Smeltzer & Bare, 2008). Terdapat empat jenis utama DM, terdiri dari:

1. DM tipe I; Terjadi sebanyak 5-10% dari semua DM. Sel beta pankreas yang menghasilkan insulin dirusak oleh proses *autoimmune*. Sehingga pasien memproduksi insulin dalam jumlah yang sedikit atau tidak ada, dan memerlukan terapi insulin untuk mengontrol kadar glukosa darah pasien. DM tipe 1 dicirikan dengan onset yang akut dan biasanya terjadi pada usia < 30 tahun.

2. **DM tipe 2; mengenai 90-95% pasien dengan DM.** Pada DM tipe ini, individu mengalami penurunan sensitivitas terhadap insulin (*resistensi insulin*) dan kegagalan fungsi sel beta yang mengakibatkan penurunan produksi insulin. Insidensi terjadi lebih umum pada usia >30 tahun, obesitas, *herediter* dan faktor lingkungan serta pola hidup.
3. **DM tipe lain;** Diabetes dapat berkembang dari gangguan dan pengobatan lain. Kelainan genetik dalam sel beta dapat memicu berkembangnya DM. Beberapa hormon seperti hormon pertumbuhan, *kortisol, glukagon dan epinephrine* bersifat antagonis atau melawan kerja insulin. Kelebihan jumlah hormon-hormon tersebut, dapat menyebabkan terjadinya DM. Tipe ini Terjadi sebanyak 1-2% dari semua DM (*Black & Hawks, 2005*).
4. *Gestasional diabetes;* DM yang timbul selama kehamilan akibat sekresi hormon-hormon plasenta yang mempunyai efek metabolik terhadap toleransi glukosa. Terjadi pada 2-5 % semua wanita hamil tetapi hilang saat melahirkan. Resiko terjadi pada wanita dengan anggota keluarga riwayat DM dan obesitas.

Dari beberapa paparan diatas dapat di simpulkan bahwa secara khusus DM di bagi dalam 4 tipe yang masing masing memiliki ciri penderita yang berbeda beda.

### 2.1.3 Faktor Penyebab Diabetes Mellitus (DM)

Menurut Hasdianah (2012) Umumnya DM di sebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel sel betha pada pankreas yang berfungsi untuk menghasilkan insulin, akibatnya terjadi

**kekurangan insulin. Namun selain itu ada beberapa faktor penyebab**

**yang umum ditemukan pada penderita diabetes (diabetes) antara lain:**

**a. Pola makan**

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memicu timbulnya DM. Konsumsi makan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat sehingga menyebabkan DM

**b. Obesitas (kegemukan)**

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena DM.

**c. Faktor genetik**

Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab DM akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita diabetes mellitus. Pewarisan ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.

**d. Bahan kimia dan obat-obatan**

Bahan-bahan kimia dapat menyebabkan iritasi pankreas dan menimbulkan radang pankreas, radang pada pankreas akan mengakibatkan fungsi pankreas menurun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin.

**e. Penyakit dan infeksi pada pankreas**

Infeksi mikroorganisme dan virus pada pankreas juga dapat menyebabkan radang pada pankreas yang otomatis akan menyebabkan fungsi pankreas menurun sehingga ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin.

f. Pola hidup

Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab DM. Jika orang malas berolahraga memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena DM karena olahraga sendiri berfungsi untuk membakar kalori yang berlebih di dalam tubuh. Kalori yang berlebih merupakan faktor utama penyebab DM selain disfungsi pankreas.

g. Kadar kortikosteroïd yang tinggi

h. Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin.

Lain halnya dengan Smeltzer & Bare (2008) menyebutkan bahwa ada beberapa Faktor-faktor risiko yang dapat menimbulkan DM tipe 2 antara lain adalah :

- a. Riwayat keluarga dengan DM (khususnya orang tua atau saudara kandung) Anak dari penderita DM tipe 2 mempunyai peluang menderita DM tipe 2 sebanyak 15% dan 30% resiko berkembang intoleransi glukosa (ketidakmampuan memetabolisme karbohidrat secara normal)
- b. Obesitas (berat badan  $\geq 20$  % berat ideal, atau BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>) Obesitas khususnya pada tubuh bagian atas, menyebabkan berkurangnya jumlah sisi *reseptor insulin* yang dapat bekerja di dalam sel pada otot *skeletal* dan jaringan lemak. Prosesnya disebut sebagai *resistensi insulin perifer*. Obesitas juga merusak kemampuan sel beta untuk melepaskan insulin saat terjadi peningkatan glukosa darah
- c. Usia; Proses menua yang berlangsung setelah usia 30 tahun mengakibatkan perubahan *anatomis, fisiologis dan biokimia*. Perubahan dimulai dari tingkat sel, berlanjut pada tingkat jaringan

dan akhirnya pada tingkat organ yang dapat mempengaruhi fungsi homeostasis. Pernah teridentifikasi gula darah dan test toleransi glukosa meningkat.

- d. Hipertensi ( $\geq 140/90$  mmHg)
- e. Aktivitas-Aktivitas fisik berdampak terhadap aksi insulin pada orang yang beresiko DM. menjelaskan bahwa kurangnya aktifitas merupakan salah satu faktor yang ikut berperan menyebabkan resistensi insulin pada DM tipe 2.
- f. Kadar HDL kolesterol  $\leq 35$  mg/dL(0,09mmol/L) dan atau kadar *trigiserida*  $\geq 259$  mg/dl(2,8 mmol/l.)
- g. Riwayat diabetes gestasional atau melahirkan bayi  $> 4$  kg

Dari beberapa paparan di atas dapatlah ditarik suatu kesimpulan bahwasanya ada banyak faktor yang dapat memicu timbulnya DM. namun semua itu dapat dicegah atau dikontrol dengan menerapkan pola hidup yang lebih sehat.

#### 2.1.4. Gambaran Klinik

Gejala klasik DM adalah rasa haus yang berlebihan, sering kencing terutama dimalam hari banyak makan serta berat badan yang turun dengan cepat. Di samping itu kadang – kadang ada keluhan lemah, kesemutan pada jari tangan dan kaki, cepat lapar, gatal- gatal, penglihatan jadi kabur, gairah seks menurun, luka sukar sembuh dan pada ibu- ibu sering melahirkan bayi di atas 4 kg ( Hasdianah, 2012).

Namun adapula pasien yang tidak merasakan adanya keluhan, DM terdeteksi ketika dilakukan tes kesehatan yang menunjukkan kadar glukosa darah tinggi namun bukan berarti hal itu tidak berbahaya. Glukosa darah yang selalu tinggi dalam waktu yang lama meskipun

tidak menimbulkan keluhan tapi akan menyebabkan komplikasi jangka panjang akibat keracunan glukosa. Pasien bisa mendapat komplikasi pada mata hingga buta atau komplikasi lain seperti kaki busuk (gangren) hingga harus diamputasi. Dan masih banyak lagi komplikasi lain seperti pada ginjal dan penyebab utama jantung koroner (Depkes RI, 2007)

Dari beberapa keterangan di atas dapat disimpulkan bahwasanya gejala yang ditimbulkan oleh DM berbeda beda pada setiap orangnya, namun hal itu tidak menjadi suatu alasan untuk menganggap penyakit ini tidak berbahaya karena berbagai komplikasi akut dapat ditimbulkan jika tidak mendapatkan pengelolaan dan perawatan yang khusus.

## 2.2 Motivasi

### 2.2.1 Definisi

Pengertian motivasi yang berkembang di tengah masyarakat sangatlah berbeda dengan yang diungkapkan oleh para ahli. Masyarakat sering menyamakan motivasi dengan semangat, namun berdasarkan teori kebutuhan Abraham Maslow motivasi di artikan sebagai alasan yang mendasari suatu perbuatan yang dilakukan oleh seorang individu (Sumanto, 2014)

Guralnik dan Webster (dalam Sobur, 2003) menyatakan motivasi sebagai suatu perangsang dari dalam atau suatu gerak hati yang menyebabkan seseorang melakukan sesuatu. Beberapa pendapat lain mengatakan motivasi sebagai suatu istilah generik yang meliputi semua faktor internal yang mengarah pada berbagai jenis perilaku yang bertujuan

seperti kebutuhan, dorongan, keinginan, aspirasi dan selera sosial (Sheriff & Sheriff dalam Sobur, 2003)

Secara lebih konkrit motivasi adalah suatu dorongan dari dalam diri seseorang yang menyebabkan orang tersebut melakukan kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan (Notoatmodjo, 2003). Menurut Mc. Donald (dalam Notoatmodjo, 2003) motivasi merupakan suatu perubahan energi di dalam pribadi seseorang yang ditandai dengan timbulnya afektif dan reaksi untuk mencapai tujuan.

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah keadaan dalam diri seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan tugas tertentu guna mencapai suatu tujuan. Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai keputusan.

### 2.2.2 Faktor Motivasi

Beberapa faktor yang mempengaruhi motivasi menurut Walgito (2003) adalah sebagai berikut:

#### 1. Faktor internal

##### a. Jenis kelamin

Tingkah laku antara pria dan wanita memiliki perbedaan, hal ini terjadi baik secara hormonal, fisik, maupun norma dalam masyarakat. Oleh karena itu pria cenderung lebih termotivasi melakukan sesuatu yang membutuhkan tenaga atau kekuatan fisik (Walgito, 2003). Wanita dan pria mempunyai perbedaan secara psikologis dimana wanita lebih emosional, mudah tersinggung, mudah terpengaruh, mudah meluapkan perasaan dan sangat peka. Sementara pria tidak emosional dan sangat objektif serta mampu

memisahkan antara pikiran dan perasaan sehingga terkadang kurang peka dan mampu memendam perasaannya (Dagun dalam Sobur, 2003).

b. Sifat Kepribadian

Kepribadian adalah corak kebiasaan manusia yang terhimpun dalam dirinya yang digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap rangsang dari dalam diri maupun lingkungannya. Corak dan kebiasaan tersebut kemudian menjadi suatu kesatuan fungsional yang khas pada manusia itu. Sehingga orang yang berkepribadian pemalu akan mempunyai motivasi berbeda dengan orang yang berkepribadian keras (Walgito, 2003). Perkembangan kepribadian tersebut bersifat dinamis artinya selama individu masih tetap belajar dan bertambah pengetahuan, pengalaman serta keterampilannya maka ia akan semakin matang dan mantap.

c. Intelegensia

Intelegensia merupakan seluruh kemampuan individu untuk berfikir dan bertindak secara terarah dan efektif, sehingga orang yang mempunyai intelegensia tinggi akan lebih mudah menyerap informasi, saran, dan nasehat dari orang lain untuk meningkatkan taraf hidupnya (Walgito, 2003).

2. Faktor Eksternal

a. Lingkungan

Adalah sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis maupun lingkungan sosial. Hal ini sangat

mempengaruhi tingkah laku dan dorongan yang ada dalam diri manusia.

b. Pendidikan

Mencakup seluruh proses kehidupan dan segala bentuk interaksi individu dengan lingkungannya, baik secara formal maupun informal. Hasil dari proses belajar adalah seperangkat perubahan tingkah laku. Seseorang dengan pendidikan tinggi memiliki motivasi yang berbeda dan tingkah laku yang ditampilkan juga berbeda.

c. Pengetahuan

Besar kecilnya pengetahuan yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi tinggi rendahnya motivasi yang dimiliki orang tersebut.

d. Kebudayaan

Dari dulu hingga sekarang kebudayaan yang mencakup norma dan nilai sangatlah mempengaruhi tingkah laku seseorang dan sudut pandang serta tujuan yang ingin dicapai.

e. Sosial ekonomi

Taraf sosial ekonomi memiliki pengaruh yang cukup besar dalam tingkah laku seseorang. Keadaan ekonomi keluarga yang relatif mencukupi akan mampu menyediakan fasilitas dan kebutuhan untuk keluarganya. Sehingga pasien yang mempunyai tingkat sosial ekonomi tinggi akan memiliki motivasi yang berbeda dengan pasien yang sosial ekonominya rendah

Dari beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa faktor

faktor yang mempengaruhi motivasi seseorang terdiri dari internal dan eksternal dimana internal berasal dari dalam diri individu sedangkan eksternal berasal dari luar diri individu.

### 2.2.3 Aspek- Aspek Motivasi

Aspek aspek motivasi menurut Sobur (2003) adalah sebagai berikut:

a. Memiliki sikap positif

Hal ini dengan menunjukkan kepercayaan diri yang kuat, perencanaan diri yang tinggi, serta selalu optimis dalam menghadapi suatu hal

b. Berorientasi pada pencapaian suatu tujuan

Aspek ini menunjukkan bahwa motivasi menyediakan suatu orientasi tujuan tingkah laku yang diarahkan pada suatu hal.

c. Kekuatan yang mendorong individu

Hal ini menunjukkan bahwa timbulnya kekuatan akan mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Kekuatan ini berasal dari dalam diri individu, lingkungan sekitar, serta keyakinan individu akan kekuatan kodrati.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa motivasi mengikuti suatu treatment pengelolaan diri adalah daya atau kekuatan yang berasal dari dalam diri pasien yang menjadi pendorong , pembangkit, dan penggerak yang melatar belakangi pasien untuk mengarahkan perilakunya menuju pengelolaan penyakit kronik yang di deritanya untuk membentuk keadaan sejahtera secara fisik dan memungkinkan seseorang untuk hidup dengan produktif

## 2.3 Diabetes Self- Management Education (DSME)

### 2.3.1 Definisi DSME (*Diabetes Self-Management Education*)

Diabetes Self Management Education (DSME) adalah suatu proses berkelanjutan yang dilakukan untuk memfasilitasi pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan pasien DM untuk melakukan perawatan mandiri (Funnell et.al., 2008). Menurut Sidani & Fan (2009), DSME merupakan suatu proses pemberian edukasi kepada diabetes mengenai aplikasi strategi perawatan diri secara mandiri untuk mengoptimalkan kontrol metabolik, mencegah komplikasi, dan memperbaiki kualitas hidup pasien DM.

Berdasarkan beberapa paparan di atas dapatlah diambil kesimpulan bahwasanya DSME merupakan suatu proses pembelajaran yang diberikan oleh perawat kepada diabetesi untuk tetap dapat mempertahankan kadar gula darahnya dalam batas normal sehingga tidak menyebabkan komplikasi.

### 2.3.2 Tujuan DSME (*Diabetes Self-Management Education*)

Tujuan DSME adalah mengoptimalkan kontrol metabolik dan kualitas hidup diabetesi dalam upaya mencegah komplikasi akut dan kronis, sekaligus mengurangi penggunaan biaya perawatan klinis (Norris et.al, 2002). Menurut Funnell et.al. (2008) tujuan umum DSME adalah mendukung pengambilan keputusan, perawatan diri, pemecahan masalah, dan kolaborasi aktif dengan tim kesehatan untuk meningkatkan hasil klinis, status kesehatan, dan kualitas hidup.

Jadi kesimpulannya, tujuan DSME secara umum adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada diabetesi agar dapat terus

produktif dan menjalani aktivitas dengan baik dengan tetap mempertahankan gula darah dalam batas normal.

### 2.3.3 Prinsip DSME (*Diabetes Self-Management Education*)

Prinsip utama DSME menurut Funnell et.al. (2008) adalah pendidikan DM efektif dalam memperbaiki hasil klinis dan kualitas hidup pasien meskipun dalam jangka pendek, DSME telah berkembang dari model pengajaran primer menjadi lebih teoritis yang berdasarkan pada model pemberdayaan pasien, tidak ada program edukasi yang terbaik namun program edukasi yang menggabungkan strategi perilaku dan psikososial terbukti dapat memperbaiki hasil klinis, dukungan yang berkelanjutan merupakan aspek yang sangat penting untuk mempertahankan kemajuan yang diperoleh pasien selama program DSME, dan penetapan tujuan-perilaku adalah strategi efektif untuk mendukung *self care behaviour*

Dapat disimpulkan bahwa prinsip utama dari DSME adalah memberikan pendidikan kesehatan dan membuat pasien diabetes mellitus memahami secara menyeluruh tentang penyakitnya sehingga dapat dilakukan pengelolaan diri yang baik untuk meningkatkan kualitas kesehatannya.

### 2.3.4 Standar DSME (*Diabetes Self-Management Education*)

DSME memiliki 10 standar yang terbagi menjadi 3 domain (Funnell et.al., 2008) yaitu:

#### 1. Struktur

- Standar 1 (*internal structure*): DSME merupakan struktur organisasi, misi, dan tujuan yang menjadikan DSME sebagai bagian dari perawatan untuk pasien DM;

- **Standar 2 (*external input*):** kesatuan DSME harus menunjuk suatu tim untuk mempromosikan kualitas DSME. Tim tersebut harus terdiri dari tenaga kesehatan, pasien DM, komunitas, dan pembuat kebijakan;
- **Standar 3 (*access*):** kesatuan DSME akan mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk mendukung peningkatan kualitas hidup bagi pasien DM. DSME mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan dari populasi target dan mengidentifikasi sumber-sumber yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan tersebut, dan
- **Standar 4 (*program coordination*):** koordinator DSME akan ditunjuk untuk mengawasi perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi DSME. Koordinator yang ditunjuk harus memiliki kemampuan akademik dan pengalaman dalam perawatan penyakit kronis dan manajemen program edukasi.

## 2. Proses

- **Standar 5 (*instructional staff*):** DSME dapat dilakukan oleh satu atau lebih tenaga kesehatan. Edukator DSME harus memiliki kemampuan akademik dan pengalaman dalam memberikan edukasi dan manajemen DM atau harus memiliki sertifikat sebagai edukator. Edukator DSME mempersiapkan materi yang akan disampaikan secara berkelanjutan.;
- **Standar 6 (*curriculum*):** penyusunan kurikulum harus menggambarkan fakta DM, petunjuk praktek, dengan kriteria untuk hasil evaluasi dan akan digunakan sebagai kerangka

kerja DSME. Pengkajian kebutuhan pasien DM dan pre-DM akan mengidentifikasi informasi-informasi yang harus diberikan kepada pasien;

- Standar 7 (*individualization*): pengkajian individual dan perencanaan edukasi akan dilakukan oleh kolaborasi antara pasien dan edukator untuk menentukan pendekatan pelaksanaan DSME dan strategi dalam mendukung manajemen pasien. Strategi yang digunakan adalah mempertimbangkan aspek budaya dan etnis pasien, usia, pengetahuan, keyakinan dan sikap, kemampuan belajar, keterbatasan fisik, dukungan keluarga, dan status finansial pasien. Pengkajian, perencanaan edukasi, dan intervensi akan didokumentasikan pada dokumen DSME; dan
- Standar 8 (*ongoing support*): perencanaan follow-up pasien untuk mendukung DSME akan dilakukan dengan kolaborasi antara pasien dan edukator. Hasil follow-up tersebut akan diinformasikan kepada seluruh pihak yang terlibat dalam DSME.

### 3. hasil

- Standar 9 (*patient progress*): kesatuan DSME akan mengukur keberhasilan pasien dalam mencapai tujuan dan hasil klinis pasien dengan menggunakan teknik pengukuran yang tepat untuk mengevaluasi efektivitas dari DSME; dan
- Standar 10 (*quality improvement*): Kesatuan DSME akan mengukur efektivitas proses edukasi dan mengidentifikasi peluang untuk perbaikan DSME dengan menggunakan

**perencanaan perbaikan kualitas DSME secara berkelanjutan yang menggambarkan peningkatan kualitas berdasarkan kriteria hasil yang dicapai.**

Dari beberapa tahapan dan paparan di atas dapat disimpulkan bahwa metode DSME dijalankan berdasarkan tahapan – tahapan yang sudah sistematis dan teratur sehingga pelaksanaannya menjadi lebih efektif dan terarah.

### **2.3.5 Komponen DSME (*Diabetes Self –Management Education*)**

Menurut Schumacher dan Jancksonville (dalam Rondhianto, 2011)

komponen dalam DSME yaitu:

- a. Pengetahuan dasar tentang DM, meliputi definisi, patofisiologi dasar, alasan pengobatan, dan komplikasi DM;
- b. Pengobatan, meliputi definisi, tipe, dosis, dan cara menyimpan. Penggunaan insulin meliputi dosis, jenis insulin, cara penyuntikan, dan lainnya. Penggunaan obat *hipoglikemik oral* (oho) meliputi dosis, waktu minum, dan lainnya;
- c. Monitoring, meliputi penjelasan monitoring yang perlu dilakukan, pengertian, tujuan, dan hasil dari monitoring, dampak hasil dan strategi lanjutan, peralatan yang digunakan dalam monitoring, frekuensi, dan waktu pemeriksaan;
- d. Nutrisi, meliputi fungsi nutrisi bagi tubuh, pengaturan diet, kebutuhan kalori, jadwal makan, manajemen nutrisi saat sakit, kontrol berat badan, gangguan makan dan lainnya;
- e. Olahraga dan aktivitas, meliputi kebutuhan evaluasi kondisi medis sebelum melakukan olahraga, penggunaan alas kaki dan alat pelindung dalam berolahraga, pemeriksaan kaki dan alas kaki yang

digunakan, dan pengaturan kegiatan saat kondisi metabolisme

tubuh sedang buruk;

- f. Stres dan psikososial, meliputi identifikasi faktor yang menyebabkan terjadinya distress, dukungan keluarga dan lingkungan dalam kepatuhan pengobatan;
- g. Perawatan kaki, meliputi insidensi gangguan pada kaki, penyebab, tanda dan gejala, cara mencegah, komplikasi, pengobatan, rekomendasi pada pasien jadwal pemeriksaan berkala; dan
- h. Sistem pelayanan kesehatan dan sumber daya, meliputi pemberian informasi tentang tenaga kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan yang ada di lingkungan pasien yang dapat membantu pasien.

Dari beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa seorang edukator yang melaksanakan DSME memiliki beberapa komponen tugas yang menjadi tanggung jawabnya dalam menangani pasien diabetes mellitus dari yang paling dasar hingga yang lebih konkrit.

### 2.3.6 Tingkat Pembelajaran DSME (*Diabetes Self -Management Education*)

Menurut Jones et.al. (2008) tingkat pembelajaran DSME terbagi menjadi tiga tingkatan, yaitu:

#### a. *survival/ basic level*

Edukasi yang diberikan kepada pasien pada tingkat ini meliputi pengetahuan, keterampilan dan motivasi untuk melakukan perawatan diri dalam upaya mencegah, mengidentifikasi dan mengobati komplikasi jangka pendek.

#### b. *intermediate level*

Edukasi yang diberikan kepada pasien pada tingkat ini meliputi pengetahuan, keterampilan dan motivasi untuk melakukan perawatan diri dalam upaya mencapai kontrol metabolik yang direkomendasikan, mengurangi resiko komplikasi jangka panjang dan memfasilitasi penyesuaian hidup pasien.

*c. advanced level*

Edukasi yang diberikan kepada pasien pada tingkat ini meliputi pengetahuan, keterampilan dan motivasi untuk melakukan perawatan diri dalam upaya mendukung manajemen DM secara intensif untuk kontrol metabolik yang optimal, dan integrasi penuh ke dalam kegiatan perawatan kehidupan pasien.

## **2.4 Komunikasi Terapeutik**

### **2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (sya'diah, 2013). Menurut Purwanto (dalam Setiawan & Tanjung, 2001) Komunikasi terapeutik ialah pengalaman interaktif bersama antara perawat dan pasien dalam komunikasi yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh pasien.

Menurut Hornby (dalam Nurjannah, 2005), Komunikasi Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dan penyembuhan. Disini dapat diartikan bahwa teraupetik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Lain halnya dengan Ruesch (dalam Rahmat, 2007), menyatakan bahwa Komunikasi Terapeutik adalah suatu metode dimana seorang perawat mengarahkan

**komunikasi begitu rupa sehingga pasien diharapkan pada situasi dan pertukaran peran yang dapat menimbulkan hubungan sosial yang bermanfaat.**

Dari beberapa penjelasan di atas dapatlah ditarik suatu kesimpulan dimana komunikasi terapeutik merupakan suatu komunikasi yang dilakukan dengan maksud dan tujuan yang jelas yakni untuk membantu pasien keluar dari masalahnya serta adanya saling membutuhkan dan mengutamakan saling pengertian yang direncanakan secara sadar dengan menggunakan ungkapan-ungkapan atau isyarat tertentu dan bertujuan untuk kesembuhan pasien.

#### **2.4.2 Tujuan Komuniksai Terapeutik**

Menurut Sya'diah (2013) pelaksanaan komunikasi teraupetik bertujuan membantu pasien memperjelas dan mengurangi beban pikiran dan perasaan untuk dasar tindakan guna mengubah situasi yang ada apabila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan. Komunikasi dengan pasien pada umumnya diawali dengan interaksi sosial secara singkat. Pesan yang disampaikanpun bersifat umum, belum membahas sesuatu secara rinci. Interaksi pada tahap ini membuat kedua belah pihak merasa aman karena dalam perbincangan yang dilakukan tidak terdapat niat yang bertujuan menyingkap tabir rahasia seseorang.

Mampu Terapeutik berarti seseorang mampu melakukan atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang memfasilitasi proses kesembuhan. Menurut Stuart dan Sundeen (dalam Nurjannah, 2005), tujuan dari hubungan terapeutik adalah :

- a. Kesadaran diri, penerimaan diri, dan meningkatnya kehormatan diri
- b. Identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya integritas pribadi

- c. Kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas memberi dan menerima cinta
- d. Mendorong fungsi dan meningkatkan kemampuan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan pribadi yang realistik.

Dari beberapa paparan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa komunikasi terapeutik tidak dapat terjadi jika dalam pembicaraan tersebut tidak memiliki tujuan untuk menyembuhkan atau mengeluarkan seseorang dari kesulitannya.

### 2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut Nurjannah (2005), karakteristik yang harus dimiliki perawat untuk melakukan komunikasi terapeutik adalah :

a. Kesejatian

kesejatian adalah pengiriman pesan pada orang lain tentang gambaran diri kita yang sebenarnya. Perawat menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran mengenai sikap yang dipunyai pasien. Perawat tidak menolak segala bentuk perasaan negatif yang dimiliki pasien.

b. Empati

Empati adalah kemampuan menempatkan diri kita pada diri orang lain dan bahwa kita telah memahami bagaimana perasaan orang lain tersebut dan apa yang menyebabkan reaksi mereka tanpa emosi kita larut dalam emosi orang lain.

**c. Respek atau Hormat**

Respek mempunyai pengertian perilaku yang menunjukkan kepedulian atau perhatian, rasa suka dan menghargai pasien. Perawat menghargai pasien sebagai orang yang bernilai dan menerima pasien tanpa syarat.

**d. Konkret**

Perawat menggunakan terminologi yang spesifik dan bukan abstrak pada saat mendiskusikan dengan pasien mengenai perasaan, pengalaman dan tingkah lakunya. Fungsi dari dimensi ini adalah dapat mempertahankan respon perawat terhadap perasaan pasien, penjelasan dengan akurat tentang masalah dan mendorong pasien memikirkan masalah yang spesifik.

Dari beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa sebagai seorang komunikator yang bersifat terapeutik dalam hal ini perawat memiliki beberapa karakteristik yang harus dipenuhi sehingga komunikasi terapeutik dapat berjalan dengan efektif dan tujuan yang diinginkan dapat tercapai.

**2.4.4 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik**

Menurut Potter dan Perry (dalam Nurjannah, 2005), proses komunikasi terapeutik dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

**a. Perkembangan**

Agar dapat berkomunikasi dengan efektif dengan pasien, perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia baik dari sisi bahasa, maupun proses berfikir dari orang tersebut. Cara komunikasi pasien anak-anak, remaja, dewasa sangat berbeda, untuk itu perawat diharapkan bisa berkomunikasi dengan lancar.

**b. Emosi**

Emosi merupakan perasaan subjek terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih, senang, akan dapat mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan pasien. Perawat perlu mengkaji emosi pasien dan keluarganya sehingga perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat.

**c. Jenis kelamin**

Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda. mulai usia 3 tahun seorang wanita bisa bermain dengan teman baiknya dan menggunakan bahasa untuk mencari kejelasan, meminimalkan perbedaan, serta membangun dan mendukung keintiman. Laki-laki dilain pihak, menggunakan bahasa untuk mendapatkan kemandirian bahasa verbal dengan tingkat pengetahuan yang tinggi.

**d. Peran dan hubungan**

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antar orang yang berkomunikasi. Cara komunikasi seorang perawat dengan perawat lain, dengan cara komunikasi seorang perawat dengan pasien akan berbeda

**e. Lingkungan**

Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang bising, tidak ada privasi yang tepat akan menimbulkan keracuan, ketengangan serta ketidaknyamanan.

**f. Jarak**

Jarak dapat mempengaruhi komunikasi. Jarak tertentu menyediakan rasa aman dan kontrol.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwasanya ada beberapa faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik, sebagai seorang perawat harus memperhatikan hal tersebut agar tujuan komunikasi bias didapat dengan efektif.

#### 2.4.5 Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut Boy dan Nihart (dalam Nurjannah, 2005), prinsip-prinsip komunikasi terapeutik terdiri dari :

- a. Pasien harus merupakan faktor fokus utama dari interaksi
- b. Tingkah laku professional mengatur hubungan terapeutik
- c. Membuka diri dapat digunakan hanya pada saat membuka diri menjadi tujuan terapeutik
- d. Hubungan sosial dengan pasien harus dihindari
- e. Kerahasiaan pasien harus dijaga
- f. Kompetensi intelektual harus dikaji untuk menentukan pemahaman
- g. Implementasi intervensi berdasarkan teori
- h. Memelihara interaksi yang tidak menilai dan hindari membuat penilaian tentang tingkah laku pasien dan member nasehat
- i. Beri petunjuk pasien untuk menginterpretasikan kembali pengalaman secara rasional
- j. Telusuri interaksi verbal pasien melalui *statement* klarifikasi dan hindari perubahan subjek atau topik jika perubahan isi topik merupakan sesuatu yang sangat menarik pasien.

Dari penjelasan di atas dapat digambarkan bahwasanya komunikasi terapeutik tidak dapat dilakukan oleh sembarangan orang. Karena di dalam komunikasi terapeutik memerlukan tingkah laku professional,

sehingga hanya seorang yang sudah memiliki keterampilan yang dapat melakukannya.

#### 2.4.6 Sikap Perawat Dalam Komunikasi Terepeutik

Sikap atau *kinesics* merupakan komunikasi non verbal yang dilakukan melalui pergerakan tubuh (Nurjannah, 2005), *kinesics* ini terdiri dari :

a. Ekspresi muka

posisi mulut, alis, mata, senyum dan lainnya Perawat sangat perlu melakukan validasi persepsi dari ekspresi muka yang ada pada pasien sehingga perawat tidak salah mempersepsikan apa yang diobservasi dari klien.

b. Gesture (gerak, isyarat, sikap)

sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik sehingga dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik.

c. Gerakan tubuh dan postur

Membungkuk kearah pasien merupakan posisi yang menunjukkan keinginan untuk tetap berkomunikasi.

d. Gerak mata

gerak atau kontak mata diartikan sebagai melihat langsung ke mata orang lain. Kontak mata merupakan kegiatan yang menghargai pasien dan mengatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.

Dari beberapa penjelasan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwasanya perawat merupakan seseorang yang diberi kewenangan untuk melaksanakan komunikasi terapeutik yang bertujuan untuk membuat pasien mampu menyelesaikan kesulitannya sehingga perawat harus mampu mencairkan suasana sehingga pasien bisa terbuka dan masalah yang sebenarnya dapat terselesaikan dengan cepat dan efektif

## 2.5 Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik dengan Motivasi mengikuti

### panduan DSME (Diabetes Self-Management Education)

Motivasi adalah dorongan yang muncul baik dari dalam maupun luar diri individu untuk mencapai suatu tujuan yang disertai dengan perubahan perilaku agar tujuan tersebut dapat tercapai (Sobur, 2003). Motivasi pasien DM untuk mengikuti panduan DSME dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain faktor lingkungan : Rumah sakit/dokter, perawat dan tim kesehatan lainnya. Diantara tim kesehatan yang lain, perawat adalah profesi yang sangat dekat dengan pasien yang memungkinkannya untuk selalu berhubungan dengan pasien (Nurjannah, 2005). Oleh karena itu perawat memiliki peran yang besar dalam membangun motivasi pasien, namun dalam prosesnya hal tersebut hanya dapat terjadi dengan adanya komunikasi yang baik dan menyembuhkan antara perawat dengan pasien.

Komunikasi merupakan komponen yang penting dalam kehidupan manusia, termasuk dalam dunia keperawatan, perawat perlu menjaga hubungan kerjasama yang baik dengan pasien, peran komunikasi sangat dibutuhkan untuk menciptakan hubungan yang baik antara perawat dengan pasien. Komunikasi seperti itu disebut juga dengan komunikasi terapeutik yang merupakan komunikasi antara perawat dengan pasien yang dilakukan secara sadar, selain itu bertujuan untuk kesembuhan pasien, memberikan nasehat dan masukan untuk pengelolaan diri dan kesehatan pasien dan bersifat terapi ( Stuart dalam Sya'diah, 2013)

Kemampuan komunikasi terapeutik perawat dapat mengembangkan hubungan dengan pasien yang dapat meningkatkan pemahaman pasien sebagai manusia seutuhnya (sya'diah, 2013). Perawat yang mampu berkomunikasi efektif akan mampu mengadakan perubahan yang bisa meningkatkan

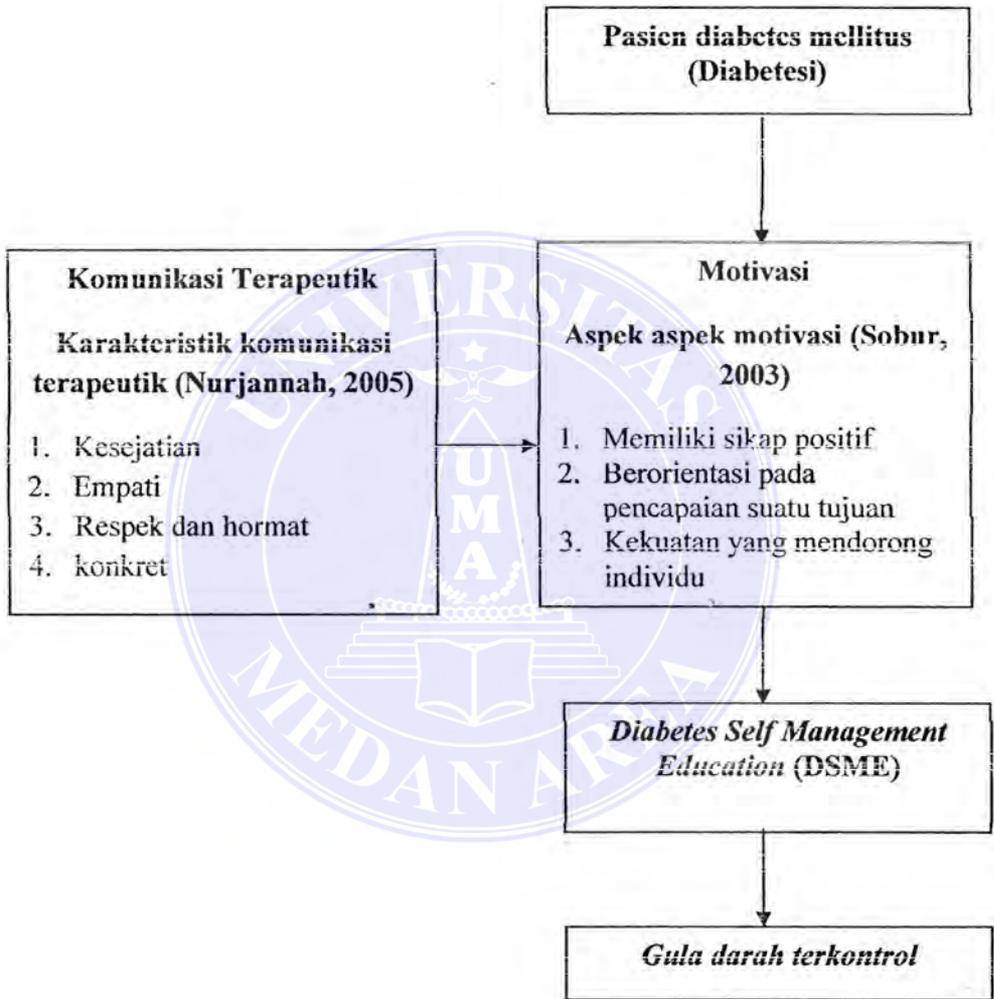
kesehatan pasiennya, dengan adanya komunikasi terapeutik dari perawat maka pasien DM tipe 2 akan mengerti dan memahami secara mendalam tentang penyakit yang dideritanya sehingga dapat dilakukan pencegahan-pencegahan untuk mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang (sya'diah, 2003).

Pernyataan tersebut di atas didukung juga dengan hasil penelitian Risky Hardhiani (2013) yang mendapatkan hasil bahwa komunikasi terapeutik mempengaruhi motivasi untuk sembuh pasien. Dari hasil penelitian tersebut juga ditemukan bahwa aspek terbesar yang mempengaruhi motivasi untuk sembuh pasien adalah berfikir positif dimana pasien yang memiliki motivasi sembuh yang tinggi akan selalu berfikir bahwa dia akan segera sembuh dari penyakitnya dan lingkungan sekitar memberikannya kekuatan untuk dapat segera sembuh. Hasil penelitian lain adalah Sulianto (2008) yang juga mengatakan bahwa komunikasi terapeutik memiliki hubungan yang signifikan dengan motivasi pasien DM untuk mengikuti *treatment*. Hasil penelitian Istiyanto dan Syafei (2003) juga didapatkan bahwa unsur percaya terhadap staf medis dan daya tarik yang diperlihatkan lewat komunikasi akan menimbulkan ketaatan atau kepatuhan pasien terhadap staf medis hal ini merupakan kekuatan yang memotivasi pasien untuk sembuh .

Maka dari pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa semakin Positif atau baik komunikasi terapeutik maka semakin tinggi motivasi pasien mengikuti panduan DSME atau pengelolaan diri, begitu juga sebaliknya, semakin negatif atau kurangnya komunikasi terapeutik maka semakin rendah motivasi mengikuti panduan DSME pada pasien DM tipe 2.

## 2.6 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual adalah bagian teori dari penelitian yang menjelaskan tentang alasan atau argumentasi bagi rumusan hipotesis, akan menggambarkan alur pikir peneliti dan memberikan penjelasan kepada orang lain tentang hipotesis yang di ajukan (Arikunto, 2010)



## 2.7 HIPOTESIS

Berdasarkan uraian yang dijelaskan di atas , maka hipotesis dari penelitian ini adalah ada hubungan positif komunikasi terapeutik dengan motivasi mengikuti panduan DSME (Diabetes Self- Management Education) pada pasien DM tipe 2 di poli endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen. Dengan asumsi bahwa semakin Positif komunikasi terapeutik yaitu semakin baiknya persepsi pasien terhadap komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat pada pasien DM tipe 2 maka semakin tinggi motivasi pasien untuk mengikuti panduan DSME (*Diabetes self management education*) sebagai wujud pengelolaan terhadap penyakit kronik yang diderita. Begitupun sebaliknya semakin negatif yaitu semakin buruk persepsi pasien terhadap komunikasi terapeutik yang dilakukan maka semakin rendah motivasi pasien untuk mengikuti panduan DSME.



**METODE PENELITIAN**

Metodologi penelitian adalah serangkaian hukum, aturan dan tata cara tertentu yang diatur dan ditentukan berdasarkan kaidah ilmiah dalam menyelenggarakan suatu penelitian dalam koridor keilmuan tertentu yang hasilnya dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Pada bab ini, pembahasan mengenai metode penelitian meliputi : identifikasi variabel penelitian, definisi operasional, subjek penelitian, metode pengumpulan data dan teknik analisis data.

**3.1. Identifikasi Variabel Penelitian**

Menurut Sugiyono (2009), variabel penelitian adalah suatu atribut, sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya Untuk menguji hipotesis penelitian. variable-variabel yang diidentifikasi menjadi pusat perhatian dalam penelitian ini yaitu :

1. Variable bebas : Komunikasi terapeutik
2. Variable terikat : Motivasi mengikuti panduan DSME

**3.2. Definisi Operasional Variabel Penelitian**

Dalam penelitian ini definisi operasional digunakan untuk menghindari terjadinya perbedaan dalam memahami dan menginterpretasikan pengertian dari masing masing variable. Adapun definisi operasional variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Komunikasi terapeutik adalah persepsi pasien terhadap suatu hubungan timbal balik yang terjadi antara perawat dengan dirinya dimana tujuannya adalah agar perawat dapat memberikan informasi kepada pasien DM tipe 2 akan pentingnya menjaga kadar gula darah dan mengubah gaya hidup pasien DM tipe 2 menjadi lebih baik.

**Komunikasi terapeutik diukur berdasarkan karakteristiknya yaitu, kesejatian, empati, respek dan hormat serta konkret.**

Tinggi rendahnya komunikasi terapeutik dapat dilihat dari tinggi rendahnya skor yang diperoleh pada skala komunikasi terapeutik. Semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan semakin positif yakni semakin baik persepsi pasien terhadap komunikasi terapeutik yang terjadi antara perawat dengan pasien dan sebaliknya semakin rendah skor yang didapat maka menunjukkan semakin negative yakni semakin buruk persepsi pasien terhadap komunikasi terapeutik yang terjadi antara perawat dengan pasien.

2. Motivasi mengikuti panduan DSME adalah dorongan yang didapatkan oleh individu baik secara internal yang berasal dari dalam diri individu ataupun eksternal yang berasal dari luar diri individu antara lain melalui komunikasi yang baik dengan perawat untuk mengikuti program pengelolaan diri bagi pasien DM agar dapat menjaga kadar gula darahnya dalam keadaan normal untuk mencegah timbulnya komplikasi.

Tinggi rendahnya motivasi pasien mengikuti panduan DSME dilihat dari tinggi rendahnya skor yang diperoleh pada skala motivasi. Semakin tinggi skor yang diperoleh akan menunjukkan bahwa subjek memiliki motivasi untuk mengikuti panduan DSME yang tinggi begitupun sebaliknya semakin rendah skor yang diperoleh menunjukkan motivasi mengikuti panduan DSME pasien yang rendah.

### 3.3. Populasi & Teknik Pengambilan Sampel

#### 3.3.1 Populasi

Menurut Sugiyono (2009) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Jadi, populasi bukan hanya orang, tetapi juga objek dan benda-benda alam yang lain. Populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada objek/subjek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik/sifat yang dimiliki oleh subjek/objek itu. Populasi adalah seluruh penduduk yang dimaksudkan untuk diselidiki (Hadi, 2004). Dalam penelitian ini populasi terdiri dari seluruh pasien DM tipe 2 yang dirujuk di poli Endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen.

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Hadi (2004) sampel adalah sebagian dari populasi, sampel juga harus memiliki ciri dan sifat yang sama agar rasa penelitian terhadap sampel dapat digeneralisasikan kepada seluruh populasi. Menurut Arikunto (2010), sampel adalah wakil populasi yang diteliti (representatif). Dalam menentukan jumlah sampel Arikunto menjelaskan apabila subjek kurang dari 100 lebih baik diambil semua, sehingga penelitian merupakan penelitian populasi. Besarnya anggota sampel harus dihitung berdasarkan teknik-teknik tertentu agar kesimpulan yang berlaku untuk populasi dapat dipertanggungjawabkan.

**Teknik pengambilan sampel** dalam penelitian ini adalah dengan accidental sampling yaitu pengambilan sampel dengan mengambil responden yang kebetulan ada atau tersedia di poli Endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen yang menderita Diabetes Mellitus tipe 2 selama tanggal 16 Mei hingga 3 Juni 2014 ( tanggal dan waktu penelitian berlangsung terkumpul 40 orang responden).

Pengambilan sampel secara accidental sampling dikarenakan peneliti tidak memberikan peluang yang sama pada setiap populasi atau hanya memilih sampel yang sesuai dengan kriteria penelitian yang tidak di generalisasi, jadi peneliti bebas memilih sampel yang berada disuatu tempat tapi harus sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan.

Supaya hasil penelitian sesuai dengan tujuan maka penentuan sampel harus sesuai kriteria tertentu yang telah di tetapkan. kriteria ini berupa kriteria inklusi yaitu batasan karakter pada subjek penelitian, sebagian subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi harus dikeluarkan atau dibuang karena berbagai sebab yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Hal ini disebut kriteria eksklusi (Saryono, 2008). Berikut kriteria sampel penelitian ini:

a. Kriteria inklusi

- Pasien adalah penderita diabetes mellitus tipe 2 berdasarkan medical record di Rumah sakit.
- Pasien bersedia menjadi subjek penelitian
- Pasien dapat berkomunikasi

## b. Kriteria Eksklusi

- Pasien dengan gangguan kesadaran
- Pasien dengan gangguan jiwa
- Pasien dengan DM tipe selain tipe 2
- Pasien dengan gangguan pendengaran dan penglihatan.

### 3.4. Metode Pengumpulan Data

Data adalah sesuatu yang diperoleh melalui suatu metode pengumpulan data yang akan diolah dan dianalisis dengan suatu metode tertentu yang selanjutnya akan menghasilkan suatu hal yang dapat menggambarkan atau mengindikasikan sesuatu. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan skala.

Skala merupakan serangkaian daftar pertanyaan yang disusun secara sistematis, kemudian dikirim untuk diisi oleh responden. Setelah diisi, skala akan dikembalikan kepada peneliti. Bentuk umum sebuah skala atau angket terdiri dari bagian pendahuluan berisikan petunjuk pengisian skala, bagian identitas berisikan identitas responden seperti nama, alamat, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status pribadi dan sebagainya, kemudian baru memasuki bagian isi skala (Azwar, 2012).

Dalam hal ini skala digunakan karena data yang ingin diukur berupa konstruk atau konsep psikologis yang dapat diungkap secara tidak langsung mulai dari indikator- indikator perilaku yang diterjemahkan dalam bentuk aitem- aitem pertanyaan (Azwar, 2012)

Sebelum menyusun skala, terlebih dahulu dibuat konsep alat ukur yang sesuai dengan penelitian yang dilakukan. Konsep alat ukur ini berupa kisi-kisi angket. Kisi-kisi angket dijabarkan kedalam variabel dan indikator,

selanjutnya dijadikan landasan dan pedoman dalam menyusun aitem-aitem pertanyaan atau pernyataan sebagai instrument penelitian. Pernyataan yang diajukan harus sesuai dengan kisi-kisi yang telah disusun.

Skala yang akan digunakan dalam penelitian ini untuk komunikasi terapeutik dan motivasi mengikuti panduan DSME adalah skala likert yang baik digunakan untuk mengungkap sikap pro dan kontra, positif dan negatif (Azwar, 2005). Peneliti akan membuat pernyataan yang terdiri dari *favorable* dan *unfavorable* dimana setiap pernyataan akan disediakan 4 alternatif pilihan jawaban. Untuk aitem *Favorable* nilai 4 diberikan untuk jawaban sangat setuju (SS), nilai 3 untuk jawaban setuju (S), nilai 2 untuk jawaban tidak setuju (TS), dan nilai 1 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS). Sedangkan untuk aitem *unfavorable* nilai 4 akan diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju (STS), nilai 3 untuk jawaban tidak setuju (TS), nilai 2 untuk jawaban setuju (S), dan nilai 1 untuk jawaban sangat setuju (SS).

Selain itu peneliti juga memperoleh informasi dari data dokumentasi yang sudah tersedia di poli Endokrin RSUD. Fauziah Bireuen sebagai screening awal untuk memilih pasien dengan DM tipe 2. Data dokumentasi ini berupa riwayat kesehatan pasien dari awal perawatan di poli Endokrin sampai saat peneliti melakukan penelitian.

### 3.5. Validitas Dan Reliabilitas

#### 1. Validitas

Validitas dan reliabilitas alat ukur merupakan dua hal yang sangat penting dalam suatu penelitian ilmiah karena dua hal ini merupakan karakter utama yang menunjukkan suatu alat ukur perlu diketahui sebelum digunakan agar kesimpulan penelitian nantinya tidak keliru dan

tidak memberikan gambaran jauh berbeda dari keadaan sebelumnya (Kerlinger, 1992).

Menurut Azwar (2012), validitas berasal dari kata “*validity*” yang mempunyai sejauh mana ketepatan (mampu mengukur apa yang hendak diukur) dan kecermatan suatu instrumen pengukuran melakukan fungsi ukurnya, yaitu dapat memberikan gambaran mengenai perbedaan yang sekecil-kecilnya antara subjek yang lain. Sebuah alat ukur dapat dinyatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila alat ukur tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud diciptakannya alat ukur tersebut (Arikunto, 2010)

Untuk mengukur validitas suatu instrument (kuisisioner) dilakukan dengan cara korelasi antara skor dan masing masing variable dengan skor totalnya. Suatu variable dinyatakan valid bila skor variable tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *pearson product moment* :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - \{\sum x\}\{\sum y\}}{N} \div \sqrt{\left\{ \frac{\sum X^2 - (\sum X)^2}{N} \right\} \left\{ \frac{\sum Y^2 - (\sum Y)^2}{N} \right\}}$$

Keterangan :

$r_{xy}$  = Koefisien korelasi

$N$  = Banyaknya sampel

$\sum XY$  = Jumlah hasil kali antar tiap butir dengan skor total

$\sum X$  = Jumlah skor keseluruhan subjek tiap butir

$\sum Y$  = Jumlah skor keseluruhan butir pada subjek

$$\sum X^2 = \text{Jumlah kuadrat skor X}$$

$$\sum Y^2 = \text{Jumlah kuadrat skor Y}$$

Sedangkan untuk standart pengukuran yang digunakan dalam menentukan validitas item, mengacu pada pendapatnya Arikunto (2002) bahwa suatu item dikatakan valid apabila r hasil lebih besar dari r tabel. Butir-butir instrumen yang tidak valid tidak diadakan revisi melainkan dihilangkan dengan pertimbangan:

- a. Jumlah dan muatan butir item cukup representatif untuk menjangring data
- b. Item-item yang tidak valid telah terwakili oleh item-item yang valid.

Keputusan uji :

Bila r hitung (r pearson) > r tabel : maka  $H_0$  diterima, artinya pernyataan valid. Bila r hitung (r pearson) < r table; maka  $H_0$  ditolak, artinya pertanyaan atau pernyataan tidak valid (Arikunto, 2010)

## 2. Reliabilitas

Reliabilitas alat ukur menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran dengan alat ukur tersebut dapat dipercaya. Hal ini ditunjukkan oleh taraf keajegan (konsistensi skor yang diperoleh oleh para subjek yang diukur dengan alat yang sama, atau diukur dengan alat yang setara pada kondisi yang berbeda (Azwar, 2012). Jadi, alat yang reliabel secara konsisten memberikan hasil ukuran yang sama. Pengukuran reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rumus *koefisien alpha cronbach* sebagai berikut:

$$r_{11} = \left[ \frac{k}{(k-1)} \right] \left[ 1 - \frac{\sum ab^2}{\sigma t^2} \right]$$

**Keterangan:** $r_{11}$  = Reliabilitas Instrumen

K = Banyaknya butir pertanyaan atau pernyataan

 $\sum ab^2$  = Jumlah varians butir $\sigma t^2$  = Varians total**3.6. Metode Analisis Data**

Setelah data berhasil didapat, maka kemudian dilakukan pengolahan dan analisis data. Teknik pengolahan dan analisis data dipilih berdasarkan jenis data yang digunakan. Dalam penelitian ini akan digunakan teknik analisis dengan menggunakan teknik analisis statistik dengan panduan SPS (Seri Program Statistik). Alasan penggunaan metode ini karena analisis statistik dapat menunjukkan kesimpulan penelitian dan memperhitungkan faktor validitas dimana dapat memberikan pertimbangan lain (Hadi, 2004) yaitu sebagai berikut:

1. Statistik bekerja dengan angka
2. Statistik bersifat universal atau hampir digunakan dalam semua penelitian
3. Statistik bekerja dengan objektif

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil yang di peroleh dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan positif yang signifikan antara komunikasi terapeutik dengan motivasi mengikuti panduan DSME pada pasien DM tipe 2. Hal ini dapat dibuktikan dengan koefisien korelasi  $R_{xy} = 0,584$  ;  $p = 0.000$  berarti  $p < 0,010$ . Artinya semakin baik Komunikasi Terapeutik maka semakin tinggi juga Motivasi DSME dan sebaliknya semakin kurangnya komunikasi terapeutik maka akan semakin rendah motivasi mengikuti panduan DSME pada pasien DM tipe 2. Berdasarkan hasil analisis ini, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini dinyatakan diterima.
2. Kontribusi komunikasi terapeutik dalam mempengaruhi motivasi mengikuti panduan DSME pada pasien DM tipe 2 adalah sebesar 0,340 atau sebesar 34 %. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa motivasi dipengaruhi oleh faktor faktor lain sebesar 66 %. Hal ini menggambarkan faktor – faktor lain memiliki jumlah persen (%) yang lebih besar dalam meningkatkan motivasi DSME pada pasien DM tipe 2. Faktor lain yang dalam penelitian ini terlihat, diantaranya adalah sifat kepribadian, sosial ekonomi dan pendidikan , dukungan sosial, dan lain sebagainya.
3. Pasien- pasien DM tipe 2 di poli endokrin RSUD. Dr. Fauziah Bireuen memiliki motivasi yang tergolong tinggi, ini didasarkan pada nilai rata – rata empirik (56.275) selisihnya dengan nilai rata –rata hipotetik (45.00) dengan tidak melebihi satu bilangan SD atau SB yang sebesar 6.369.

ini didasarkan pada nilai rata-rata empirik (99.100) selisihnya dengan nilai rata-rata hipotetik (75.00) dengan tidak melebihi satu bilangan SD atau SB yang sebesar 10.693

## B. Saran

### 1. Saran kepada pihak rumah sakit

Dengan adanya penelitian ini diharapkan pihak rumah sakit dapat memanfaatkan psikoedukasi kepada pasien dimana memberikan penyuluhan tentang dampak dari penyakit ini, tidak hanya secara fisik namun juga secara psikologis. Selain itu menyediakan ruangan yang terpisah khusus untuk program pengelolaan diri DSME sehingga dapat menggambarkan kesadaran diri pasien DM untuk datang dan berkonsultasi juga sangat dianjurkan. dan juga diharapkan pihak rumah sakit dapat memberikan penyuluhan ke desa-desa terpencil akan pentingnya pengelolaan diri bagi pasien DM, sehingga dengan pengetahuan yang lebih dini akan mencegah timbulnya komplikasi akut.

### 2. Saran kepada pasien DM tipe 2

Dengan mengetahui hasil penelitian ini diharapkan pasien DM tipe 2 dapat lebih memahami pentingnya pengelolaan diri dan perubahan gaya hidup untuk mencegah komplikasi akut akan penyakit yang diderita sehingga pasien dapat meningkatkan pengawasan diri. dan meningkatkan hubungan emosional dengan keluarga maupun orang terdekat, hal itu dapat membuat pasien DM tipe 2 tidak sendiri dan bisa mendapatkan semangat untuk merubah pola hidupnya.

### 3. Saran kepada peneliti selanjutnya

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat meneliti motivasi DSME pada pasien DM tipe 2 dengan variable lain seperti dukungan sosial, membedakan jenis kelamin, ataupun meninjau motivasi pasien DM tipe 2 dari status sosial ekonomi. Peneliti selanjutnya juga diharapkan dapat meneliti dengan jumlah sampel yang lebih banyak.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Bina Aksara.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar, Saifuddin. 2005. *Metode penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Azwar, Saifuddin. 2012. *Penyusunan skala psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar. Ed.2
- B. walgito. 2003. *Psikologi sosial*. Jakarta: Penerbit Andi Offset
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (DEPKES RI). 2007. *Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Funnell, M. M., et.al. 2008. *National Standards for Diabetes Self-Management Education*. *Diabetes Care*. Volume 31 Supplement 1: p. S87-S94. accessed 16 januari 2014 <http://www.google.com>
- Hadi, Sutrisno. 2004. *Metodologi Research*. Yogyakarta: Penerbit Andi offset
- Hardhiyani,Rizky. 2013. *Skripsi: Hubungan Komunikasi Therapeutic Perawat Dengan Motivasi Sembuh Pada Pasien Rawat Inap Di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Kalisari Batang*. Accessed 25 januari 2014, <http://www.Unnes.ac.id>
- H.R.Dr. Hasdianah. 2012. *Medical book: Mengenal Diabetes mellitus pada orang dewasa dan anak anak dengan solusi herbal*. Yogyakarta : Penerbit Nuha Medika
- Istiyanto, S.B. Syafei, M. 2003. *Jurnal : Studi Komparatif Strategi komunikasi rumah sakit umum Daerah Banyumas dan Rumah Sakit Margono Soekarjyano Poerwokerto terhadap penyembuhan pasien*. Accessed 30 januari 2014. <http://www.google.com>
- Kerlinger,F,N. 1992. *Fouundation of Behaviour Research (azas-azas penelitian behavioral)*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Mansjoer,A., dkk, 2005. *Kapita Selekt Kedokteran* .Edisi ketiga Jilid 1 Cetakan Keenam., Jakarta : Media Aesculapius Fakultas kedokteran UI.
- M.A, Soemanto. 2014. *Psikologi Umum*. Yogyakarta: PT. Buku Seru
- Notoatmodjo, S .(2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

UNIVERSITAS MEDAN AREA

Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. 2002. *Self-management Education for Adults with Type 2 Diabetes A meta-analysis of the effect on*

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber

2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah

3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Access From (repository.uma.ac.id)27/7/23

- Nurjannah, Intansari. 2005. *Komunikasi Terapeutik (Dasar-dasar Komunikasi Bagi Perawat)*. Yogyakarta : Mocomedia
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI). 2006. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PB. PERKENI.
- Prasetyono, D.W. 2013. *Daftar Tanda dan gejala ragam penyakit*. Yogyakarta: Penerbit Fashbook
- Prawitasari, Johana E. 2012. *Psikologi Terapan Melintas Batas Disiplin Ilmu*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Prihastuti, Endang. 2010. Hubungan minat terhadap media pornografi dengan perilaku seksual pada remaja di SMU Swasta taman siswa cabang binjai, Medan, Universitas Medan Area (tidak diterbitkan).
- Pudiastuti, Ratna D. 2013. *penyakit penyakit mematikan*. Yogyakarta; Penerbit Nuha Medika
- Purba, J. M. 2003. *Jurnal : Komunikasi Dalam Keperawatan*. Digital Library Universitas Sumatra Utara
- Rahmat, Jalaluddin. 2007. *Psikologi Komunikasi edisi revisi*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya
- Rondhianto. 2012. *Pengaruh Diabetes Self Management Education dalam Discharge Planning terhadap Self Efficacy dan Self Care Behaviour Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. [tesis]*. Surabaya: Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.accessed 16 januari 2014 <http://www.google.com>
- Saryono. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta; Penerbit Mitra Cendekia
- Setiawan, Tanjung M. S. 2001. *Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara : Efek Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Rumah Sakit Haji Adam Malik Medan*. Volume I. Accessed 17 januari 2014 <http://www.unnes.ac.id>
- Smeltzer, S, & Bare. 2008. *Brunner & Suddarth's Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins
- S.S.Soewondo,P, & Subekti,I. 2009. *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Accessed 18 januari 2014 <http://www.ui.ac.id>

- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sulianto, B.G. Kumolohadi, R.R. 2008. *Naskah publikasi: hubungan antara dukungan social keluarga dengan motivasi untuk menjalani tritmen pada penderita diabetes mellitus*. Accessed 30 januari 2014. <http://www.uui.ac.id>
- Sutandi, A. 2012. *Jurnal: Diabetes Self -Management Educataion (DSME) Sebagai Metode Alternative Dalam Perawatan Mandiri Pasien Diabetes Mellitus Dalam Keluarga Volume 29 Nomor 323*. Stikes Binawan. Accesed 17 januari 2014 <http://www.google.com>
- Sya'diah, H. 2013. *Komunikasi keperawatan (communication games application)*. Yogyakarta; penerbit Graha Ilmu
- Widyanto, F.C, Triwibowo, C. 2013. *Trend Disease : Trend Penyakit saat ini*. Jakarta: CV. Trans Info Media

