

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dibahas tentang beberapa konsep dasar yang digunakan dalam penelitian, yaitu konsep dasar konseling, konsep dasar diabetes mellitus, konsep dasar perencanaan perubahan perilaku, konsep dasar kadar gula darah, kerangka teori, kerangka konseptual, dan hipotesis.

2.1 Konsep Dasar Konseling

2.1.1 Pengertian

Konseling adalah media yang sesuai untuk menciptakan kolaborasi pasien dengan petugas kesehatan. Konseling sebagai media perantara dapat membantu mengatasi berbagai macam masalah kehidupan. Peran konseling agar individu dapat menjawab sebanyak mungkin pertanyaan yang mengganggu pikiran dan tingkah lakunya, sehingga dapat memecahkan masalahnya sendiri (Lubis, 2011).

Konseling merupakan proses interaksi *dyadic* (dua arah) antara konselor dan konseli. Konseli adalah seorang individu atau kelompok yang sedang menghadapi masalah dan mencari bantuan pihak ketiga yang memiliki sikap dan cara pandang lebih dewasa, netral dan tidak akan membocorkan masalah yang sedang dihadapinya ke orang lain untuk membantu menemukan alternatif penyelesaian masalahnya. Konselor mempunyai latar belakang pendidikan, kepribadian dan cara kerja sistematis terkait dengan profesinya serta hubungan dibangun atas sebuah kontrak kesepakatan tertentu (Hartini and Ariana, 2016).

Konseling dilaksanakan dengan teknik khusus dan khas dalam pertemuan khusus (*existencial affairs*) yang dimaksudkan agar konseli mendapatkan penyelesaian masalah yang efektif. Secara etimologi, konseling berasal dari Bahasa Latin "*consilium*" yang berarti dengan atau bersama, sedangkan menurut bahasa Anglo-Saxon "*sellan*" yang berarti menyerahkan atau menyampaikan (Setiawan, 2018).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka konseling dapat didefinisikan sebagai pemberian bantuan oleh konselor yang bekerja secara sistematis kepada konseli sebagai penerima dan peminta bantuan yang dilaksanakan dengan teknik dan kontrak kesepakatan tertentu untuk menemukan alternatif penyelesaian masalah yang sedang dihadapi konseli secara profesional.

2.1.2 Batasan

Patterson dalam bukunya "*The Counselor in the School*" memberikan batasan konseling (Hartini and Ariana, 2016), sebagai berikut:

1. Konseling bukan sekedar pemberian informasi meskipun informasi dapat diberikan dalam konseling.
2. Konseling bukan sekedar pemberian nasihat, anjuran serta rekomendasi meskipun nasihat, anjuran dan rekomendasi merupakan bagian dari konseling.
3. Konseling bukan metode menanamkan pengaruh terhadap sikap, keyakinan, atau tingkah laku seseorang. Konselor mendorong, mengarahkan atau meyakinkan konseli secara tidak langsung, sangat halus dan tidak terasa.
4. Konseling lebih mengedepankan pada pendekatan positif dan humanis, bukan melalui peringatan, ancaman maupun paksaan moral.

5. Konseling bukan suatu proses seleksi, meskipun dalam tahapan konseling sering digunakan tes psikologis.
6. Konseling bukan wawancara meski wawancara merupakan metode atau cara pendekatan yang bersifat terapeutik.

Hal-hal yang perlu dipahami dari konseling, diantaranya:

1. Konseling sebagai proses. Konseling tidak dapat dilakukan sesaat atau sekali pertemuan. Untuk membantu konseli dengan masalah yang cukup berat dan keterkaitan masalahnya cukup banyak, konseling dapat dilakukan secara berkelanjutan.
2. Konseling sebagai hubungan. Hubungan yang dibangun konselor selama proses konseling dapat meningkatkan keberhasilan atau kegagalan konseling. Hubungan dalam konseling menekankan pada keterbukaan, pemahaman, *unconditioning positive regard* dan sebagainya.
3. Hubungan konseling adalah membantu konseli. Membantu artinya memberi kepercayaan konseli untuk bertanggung jawab dan menyelesaikan masalahnya, bukan mengalihkan tanggung jawab atas masalah terhadap konselor.
4. Konseling mengarah pada tujuan tertentu. Tujuan utama konseling adalah *self exploration, problem solving*, merubah tingkah laku *maladaptive* menjadi *well adaptive* dan belajar *how to* (Hartini and Ariana, 2016).

2.1.3 Tujuan

Tujuan konseling secara umum adalah membantu konseli agar bisa mendapatkan perkembangan yang maksimal sesuai potensi dirinya. Secara rinci adalah sebagai berikut:

1. Merubah perilaku maladaptif. Konseling dimaksudkan untuk membantu konseli memahami dan mengenali perilakunya yang salah. Konseli harus mengetahui, menganalisis dan memahami perilaku yang salah tersebut, agar konselor dapat membantu merubahnya untuk menjadi perilaku lebih efektif dan lebih baik.
2. Belajar mengambil keputusan. Konseling tidak bertujuan jangka pendek agar konseli merasa puas dengan penyelesaian masalahnya saja. Namun diharapkan kepuasan tersebut dalam jangka waktu lama dan konseli tidak lagi tergantung pada konselor.
3. Mencegah munculnya masalah baru. Konseling dimaksudkan agar masalah yang sedang dihadapi konseli secepatnya terselesaikan dan tidak menjadi hambatan serta gangguan pada diri konseli di suatu hari (Setiawan, 2018).

2.1.4 Teknik dasar

1. Perilaku *attending*. Perilaku ini disebut juga perilaku menghampiri, termasuk kontak mata, bahasa tubuh dan bahasa lisan. Perilaku *attending* yang baik dapat meningkatkan harga diri klien, menciptakan suasana yang aman dan mempermudah ekspresi perasaan klien dengan bebas.
2. Empati. Empati merupakan kemampuan konselor untuk merasakan apa yang dirasakan konsuli, merasakan dan berpikir bersama klien.
3. Refleksi. Refleksi adalah teknik untuk memantulkan kembali perasaan, pikiran dan pengalaman sebagai hasil pengamatan terhadap perilaku verbal dan non verbalnya kepada klien.
4. Eksplorasi. Eksplorasi merupakan teknik untuk menggali perasaan, pikiran dan pengalaman konsuli. Karena banyak klien menyimpan rahasia batin, menutup diri atau tidak mampu mengemukakan pendapatnya.

5. *Paraphrasing*. *Paraphrasing* atau menangkap pesan adalah teknik untuk menyatakan kembali ungkapan klien yang menjadi inti utama pembicaraan.
6. Pertanyaan terbuka. Pertanyaan terbuka yaitu teknik untuk memancing klien agar mau berbicara mengungkapkan perasaan, pengalaman dan pemikirannya. Sebaiknya menggunakan kata tanya bagaimana, adakah, dapatkah?
7. Pertanyaan tertutup. Dalam konseling dapat pula digunakan pertanyaan tertutup, yang harus dijawab dengan "ya" atau "tidak" dengan kata-kata singkat. Tujuannya untuk mengumpulkan informasi, menjernihkan atau memperjelas dan menghentikan pembicaraan klien yang menyimpang jauh.
8. Dorongan minimal. Dorongan minimal merupakan teknik untuk memberikan suatu dorongan langsung yang singkat terhadap apa yang telah dikemukakan klien, misalnya dengan ungkapan: oh ya ..., lalu ..., terus ..., dan
9. Interpretasi. Interpretasi merupakan teknik untuk mengulas pemikiran, perasaan dan pengalaman klien dengan merujuk pada teori, bukan pandangan subjektif konselor, dengan tujuan untuk memberikan rujukan pandangan agar klien mengerti dan berubah melalui pemahaman dari hasil rujukan baru tersebut.
10. Mengarahkan. *Directing* adalah teknik untuk mengajak dan mengarahkan klien melakukan sesuatu. Misalnya menyuruh klien untuk bermain peran dengan konselor atau mengkhayalkan sesuatu.
11. Menyimpulkan sementara. *Summarizing* adalah teknik menyimpulkan sementara sehingga arah pembicaraan semakin jelas agar klien dapat mengambil kilas balik dari hal yang telah dibicarakan, menyimpulkan kemajuan hasil pembicaraan, meningkatkan kualitas diskusi dan mempertajam fokus.

12. Memimpin. Memimpin merupakan teknik mengarahkan pembicaraan dalam wawancara konseling, sehingga terlihat dengan jelas tujuan konseling.
13. Fokus. Fokus merupakan teknik untuk membantu klien memusatkan perhatian pada pokok pembicaraan. Konselor seyogyanya dapat membantu klien agar dia dapat menentukan apa yang menjadi fokus masalah.
14. Konfrontasi. Konfrontasi merupakan teknik yang menantang klien untuk melihat adanya inkonsistensi antara perkataan dengan perbuatan atau bahasa badan, ide awal dengan ide berikutnya, dan sebagainya.
15. Menjernihkan. Menjernihkan yaitu teknik untuk menjernihkan ucapan-ucapan klien yang samar-samar, kurang jelas dan agak meragukan.
16. Memudahkan. Memudahkan yaitu teknik untuk membuka komunikasi agar klien dengan mudah berbicara dengan konselor dan menyatakan perasaan, pikiran dan pengalamannya secara bebas.
17. Diam. Teknik diam dilakukan dengan cara *attending*, paling lama 5-10 detik, komunikasi yang terjadi dalam bentuk perilaku non verbal. Tujuannya adalah menunggu klien yang sedang berpikir dan menunjang perilaku *attending* dan empati sehingga klien bebas berbicara.
18. Mengambil inisiatif. Teknik ini dilakukan manakala klien kurang bersemangat untuk berbicara, sering diam dan kurang partisipatif.
19. Pemberian informasi. Sama halnya dengan nasihat, jika konselor tidak memiliki informasi sebaiknya dengan jujur katakan. Kalaupun konselor mengetahuinya, sebaiknya tetap diupayakan agar klien yang mencari informasi tersebut.

20. Merencanakan. Teknik ini digunakan menjelang akhir sesi konseling untuk membantu agar klien dapat membuat rencana tindakan, perbuatan yang produktif untuk kemajuan klien.
21. Ventilasi. Ventilasi adalah membiarkan klien mengeluarkan isi hati sesukanya. Sesudahnya biasanya ia lega dan kecemasannya (tentang penyakitnya) berkurang karena ia dapat melihat masalahnya dalam proporsi yang sebenarnya.
22. Persuasi. Persuasi ialah penerangan yang masuk akal tentang timbulnya gejala-gejala serta baik buruknya atau fungsi gejala-gejala itu.
23. Sugesti. Sugesti ialah secara halus dan tidak langsung menanamkan pikiran pada pasien atau membangkitkan kepercayaannya bahwa gejala akan hilang.
24. Penjaminan kembali. Dilakukan melalui komentar yang halus atau sambil lalu dan pertanyaan yang hati-hati bahwa klien mampu berfungsi secara adekuat.
25. Bimbingan. Bimbingan adalah memberi nasihat yang praktis dan khusus yang berhubungan dengan masalah klien agar ia lebih sanggup menghadapinya.
26. Penyuluhan. Penyuluhan merupakan suatu bentuk kegiatan untuk membantu pasien mengerti dirinya sendiri lebih baik, agar ia dapat mengatasi suatu masalah lingkungan, atau dapat menyesuaikan diri.
27. Edukasi. Edukasi merupakan penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan aktif memberikan informasi baru.
28. Menyimpulkan. Teknik ini digunakan untuk menyimpulkan hasil pembicaraan yang menyangkut: 1) bagaimana keadaan perasaan klien saat ini, 2) memantapkan rencana klien, 3) pemahaman baru klien, 4) pokok-pokok yang

akan dibicarakan selanjutnya pada sesi berikutnya, jika dipandang masih perlu dilakukan konseling lanjutan (Pamungkasari *et al.*, 2018).

2.1.5 Media

1. Pengertian

Media konseling adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan bimbingan dan konseling yang dapat merangsang pikiran, perasaan, perhatian dan kemauan konseli untuk memahami diri, mengambil keputusan, serta memecahkan masalah yang dihadapi (Nursalim, 2015).

2. Macam media (Nursalim, 2015; Arsyad, 2016)

a. Kelompok media grafis dan bahan cetak

- 1) Media grafis, merupakan media visual yang menyajikan fakta, ide atau gagasan melalui penyajian kata, kalimat, angka, dan gambar, diantaranya grafik, bagan, poster, papan flanel, dan *buletin board*.
- 2) Media bahan cetak, merupakan media visual yang pembuatannya melalui proses pencetakan/ *printing* atau *offset*. Penyajian pesannya melalui huruf dan gambar yang diilustrasikan untuk lebih memperjelas informasi, diantaranya leaflet, brosur, buku teks, dan modul.

b. Kelompok media proyeksi diam

Merupakan media visual yang memproyeksikan pesan, dimana hasil proyeksinya tidak bergerak atau memiliki sedikit unsur gerakan.

- 1) Media OHP dan OHT. *Overhead transparency* (OHT) adalah media visual yang diproyeksikan melalui *overhead projector* (OHP), diantaranya *white on film*, *PPC transparency film*.

- 2) Media *opaque projector*, merupakan media yang digunakan untuk memproyeksikan bahan-bahan yang tak tembus pandang, seperti buku, foto, gambar 2/ 3 dimensi, film bingkai yang tidak dilengkapi suara.
- 3) Media *slide*, merupakan media visual yang dapat diproyeksikan dengan alat yang dikenal sebagai proyektor slide.
- 4) Media filmstrip

c. Kelompok media audio

Media audio adalah media yang penyampaian pesannya hanya dapat diterima oleh indera pendengaran. Informasi dituangkan ke dalam lambang auditif yang berupa kata-kata, musik, dan *sound effect*.

- 1) Media radio, merupakan media audio yang dipancarkan melalui pancaran gelombang elektromagnetik dari suatu pemancar.
- 2) Media alat perekam pita magnetik (*tape recorder*) adalah media yang menyajikan pesannya melalui proses perekaman kaset audio.

d. Kelompok media film (*motion pictures*). Merupakan serangkaian gambar diam (*still picture*) yang meluncur secara tepat dan diproyeksikan, sehingga menimbulkan kesan hidup dan bergerak.

e. Kelompok multi media. Multimedia merupakan suatu sistem penyampaian menggunakan berbagai jenis bahan belajar yang membentuk suatu unit.

f. Kelompok media objek. Merupakan media tiga dimensi yang menyampaikan informasi melalui ciri fisiknya sendiri.

g. Kelompok media interaktif. Merupakan media yang mengharuskan konseli untuk berinteraksi dengan media secara langsung dan aktif.

3. Leaflet sebagai media konseling

- a. Pengertian. Leaflet sebagai media konseling adalah media layanan konseling berupa selembar kertas dengan desain tampilan yang menarik. Media konseling tersebut berisi informasi bidang layanan, waktu dan tempat dari informasi yang disampaikan. Media leaflet dapat dicetak dalam satu halaman atau beberapa halaman dan biasa dikemas dalam lipatan.
- b. Tujuan. Leaflet bertujuan sebagai media untuk menyampaikan berbagai informasi terkait dengan kebutuhan konseli.
- c. Prosedur

Menentukan tema kegiatan, rumuskan secara singkat namun komunikatif (mudah dipahami audiens); membuat kategori materi yang digunakan sebagai bahan informasi; desain leaflet hendaknya memperhatikan *lay out*, warna dan pilihan huruf; perhatikan dalam mencetak supaya warna dipastikan bagus; pembagian leaflet perhatikan sasaran informasi, sehingga pesan bisa tersampaikan dengan baik; dan melakukan evaluasi terkait pengaruh pemanfaatan leaflet dengan minat konseli memanfaatkan informasi yang ada (Ristekdikti, 2019)

Penelitian Shareef *et al.* (2016) menunjukkan pemberian edukasi dan konseling menggunakan media leaflet mengenai penyakit diabetes mellitus, kontrol diet, modifikasi gaya hidup dan penggunaan obat-obatan dapat memperbaiki dan meningkatkan pengetahuan pasien dan mempunyai dampak positif terhadap kepatuhan pengobatan serta kontrol gula darah pada pasien diabetes mellitus.

Farmanbar, Zeidi and Afkar (2018) bahwa pemberian konseling dengan leaflet memiliki hubungan bermakna untuk merubah perilaku konseli daripada

sekedar memberikan modul tanpa adanya sesi konseling pada pasien diabetes tipe

2. Pemberian konseling tersebut bermakna bagi perbaikan kontrol glikemik.

2.1.6 Metode

1. Konseling individu

a. Pengertian

Konseling individu merupakan layanan konseling yang memungkinkan konseli mendapatkan pelayanan langsung tatap muka (secara perorangan) dengan konselor dalam rangka pembahasan dan pengentasan permasalahan pribadi yang dideritanya (Sukardi and Kusmawati, 2008). Pengertian konseling individual mempunyai makna spesifik dalam arti pertemuan konselor dengan klien secara individual, dimana terjadi hubungan konseling yang bernuansa *rapport* dan konselor berupaya memberikan bantuan untuk pengembangan pribadi klien serta klien dapat mengantisipasi masalah-masalah yang dihadapinya (Willis, 2014). Konseling individual biasanya didahului dengan kedatangan konseli kepada konselor untuk mendapatkan bantuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Akan tetapi, dalam proses konseling yang berbeda, dapat juga konselor mendatangi konselinya (Hartini and Ariana, 2016).

b. Teknik konseling individu (Prayitno, 2009)

1) Konseling direktif (*directive counseling*)

Pendekatan ini berasumsi dasar bahwa klien tidak mampu mengatasi sendiri masalah yang dihadapinya. Karena itu klien membutuhkan orang lain, yaitu konselor. Klien bersifat menerima perlakuan dan keputusan yang dibuat konselor.

2) Konseling non direktif (*non directive counseling*)

Konseling non direktif merupakan upaya bantuan pemecahan masalah yang berpusat pada klien. Klien diberi kesempatan untuk mengemukakan persoalan, perasaan dan pikirannya secara bebas. Asumsi pendekatan ini bahwa seseorang yang mempunyai masalah pada dasarnya memiliki potensi mampu mengatasi masalahnya sendiri.

3) Konseling elektif (*elective counseling*)

Konseling elektif merupakan penggabungan konseling direktif dan non direktif. Karena tidak semua masalah dapat diatasi secara baik hanya dengan satu pendekatan saja, karena tergantung pada sifat masalah, kemampuan klien dan konselor dalam menggunakan masing-masing pendekatan. Teknik elektif tidak harus berurutan, melainkan dipilih dan terpadu mengacu pada kebutuhan proses konseling.

c. Pelaksanaan layanan konseling individu

- 1) Perencanaan, meliputi: identifikasi klien, mengatur waktu pertemuan, mempersiapkan tempat dan perangkat teknis penyelenggaraan layanan, menetapkan fasilitas layanan, menyiapkan kelengkapan administrasi
- 2) Pelaksanaan, meliputi: menerima klien, menyelenggarakan penstrukturan, membahas masalah klien dengan menggunakan teknik, mendorong masalah pengentasan klien, memantapkan komitmen klien dalam pengentasan masalahnya, melakukan penilaian segera.

- 3) Evaluasi jangka pendek
- 4) Menganalisis hasil evaluasi
- 5) Tindak lanjut, meliputi: menetapkan jenis arah tindak lanjut, mengkomunikasikan rencana tindak lanjut kepada pihak terkait, melaksanakan rencana tindak lanjut.
- 6) Laporan, meliputi: menyusun laporan layanan konseling, menyampaikan pada pihak terkait, mendokumentasikan laporan.

2. Konseling kelompok

a. Pengertian

Pada proses konseling berkelompok, seorang konselor dapat mendatangi konselinya atau konseli mendatangi konselornya, meskipun sebagian besar konselor mendatangi konseli pada konseling kelompok dengan alasan efektifitas dan efisiensi (Hartini and Ariana, 2016). Konseling kelompok merupakan suatu bantuan pada individu dalam situasi kelompok yang bersifat pencegahan dan penyembuhan. Memberikan bantuan mencakup kesediaan konselor untuk mendengarkan perjalanan hidup klien baik masa lalunya, harapan, keinginan yang tidak terpenuhi, kegagalan, trauma, dan konflik yang dialami (Lubis and Hasnida, 2016).

- b. Tujuan konseling kelompok dalam pendekatan behavioral, diantaranya menghapus pola tingkah laku maladaptif, mempelajari pola tingkah laku konstruktif dan mengubah tingkah laku.
- c. Jumlah anggota kelompok

Dalam menentukan jumlah anggota kelompok, konselor dapat menetapkan berdasarkan kemampuan dan pertimbangan keefektifan proses konseling. Penetapan jumlah anggota kelompok ini bersifat sangat fleksibel dan dapat disesuaikan dengan kondisi yang ingin diciptakan konseli dan konselor (Lubis and Hasnida, 2016).

d. Waktu pelaksanaan

Penentuan pertemuan waktu ditentukan oleh kebijaksanaan konselor. Durasi konseling yang terlalu lama yaitu lebih dari dua jam akan menjadi tidak kondusif karena anggota mengalami kelelahan. Frekuensi pertemuan dibatasi 1-2 kali dalam seminggu dengan durasi antara 60-90 menit/ sesi. Hal ini dikarenakan apabila terlalu jarang (misalnya 1 kali dalam 2 minggu) akan menyebabkan banyaknya informasi dan umpan balik yang terlupakan (Lubis and Hasnida, 2016).

e. Pelaksanaan konseling kelompok

- 1) Pra konseling. Merupakan tahap persiapan pembentukan kelompok.
Pada tahap ini, klien yang telah diseleksi akan dimasukkan dalam keanggotaan yang sama menurut pertimbangan masalah yang sama.
- 2) Tahap permulaan. Merupakan tahap perkenalan, pengungkapan tujuan yang ingin dicapai, penjelasan aturan, dan penggalian ide dan perasaan.
- 3) Tahap transisi. Pada tahap ini, konselor diharapkan dapat membuka permasalahan masing-masing anggota, sehingga masalah tersebut dapat bersama-sama dirumuskan dan diketahui penyebabnya.

- 4) Tahap kerja. Tahap ini dilakukan setelah permasalahan anggota kelompok diketahui penyebabnya, sehingga konselor dapat melakukan langkah selanjutnya, yaitu menyusun rencana tindakan.
- 5) Tahap akhir. Tahap ini adalah tahap dimana anggota kelompok mulai mencoba perilaku baru yang telah mereka pelajari dan dapatkan dari kelompok.
- 6) Pasca konseling. Konselor menetapkan evaluasi sebagai bentuk tindak lanjut konseling kelompok. Evaluasi sangat diperlukan apabila terdapat hambatan dan kendala yang terjadi dalam pelaksanaan dan perubahan perilaku anggota kelompok setelah proses konseling berakhir (Lubis and Hasnida, 2016).

Chomutare, Arsand and Hartvigsen (2015) menemukan bahwa tidak ada perbedaan signifikan dalam pemanfaatan dan hasil yang dicapai antara konseling kelompok maupun individu. Pemakaian kedua teknik ini menghasilkan *output* yang lebih baik bagi tujuan konseling. Imazu *et al.* (2015) menemukan bukti bahwa pelaksanaan intervensi edukasi individu dan kelompok sama-sama efektif dalam memonitor individu dengan diabetes tipe 2. Penelitian Farmanbar, Zeidi and Afkar (2018) menunjukkan responden yang mendapatkan konseling secara berkelompok dan ditambah sesi konseling individu selama empat minggu dapat meningkatkan kontrol kadar gula darah mereka dan meningkatkan aktifitas fisik.

2.1.7 Pendekatan konseling *cognitive behavioral therapy*

Pendekatan konseling *cognitive behavioral therapy* menekankan bahwa interpretasi negatif seseorang dan prediksi negatif atas kejadian-kejadian dalam hidup yang dikenal sebagai distorsi kognitif menyebabkan timbulnya gangguan

emosional. Pendekatan konseling ini menekankan pada penanganan distorsi kognitif. Konselor memahami masalah konseli melalui diri konseli, meluruskan pikiran negatif dengan memberikan alternatif penyelesaian masalah. Pikiran negatif konseli acapkali dilatarbelakangi oleh riwayat masa lalu yang traumatik dan mekanisme koping yang maladaptif. Konselor harus mampu memberikan alternatif solusi bagi penyelesaian masalah yang bersifat jangka panjang. Masalah yang menimpa konseli cenderung bersifat siklus resiprokal yang akan terus berulang jika tidak diarahkan alternatif penyelesaian secara rasional (Chen and Giblin, 2018).

Cognitive behavioral therapy merupakan pendekatan konseling yang didasarkan atas pemahaman pada setiap konseli, yaitu pada keyakinan khusus dan pola perilaku konseli. Proses konseling didasarkan pada restrukturisasi kognitif yang menyimpang, keyakinan konseli untuk membawa perubahan emosi dan strategi perilaku yang lebih baik. CBT merupakan pendekatan yang lebih integratif dalam konseling. Karakteristik CBT tidak hanya menekankan perubahan pemahaman konseli dari sisi kognitif namun memberikan konseling pada perilaku yang lebih baik dianggap sebagai pendekatan konseling yang tepat untuk diterapkan di Indonesia (Muqodas, 2011).

Proses konseling dengan pendekatan *cognitive behavioral therapy* sesungguhnya menurut Beck (2001) memerlukan 12 sesi pertemuan, lebih sedikit sesi pertemuannya dibandingkan dengan pendekatan psikoanalisis yang menuntut setahun pertemuan. Namun bagi kultur Indonesia tetap dianggap terlalu lama, terlalu rumit, membosankan, dan menurunkan keyakinan konseli akan kemampuan konselor. Maka dari itu, jumlah pertemuan konseling dapat diefisienkan sesuai kultur Indonesia, yaitu kurang dari 12 sesi, tergantung dari kebutuhan konseli dan

kreatifitas konselor dalam menyusun strategi (Muqodas, 2011). Berikut ini contoh proses konseling 6 sesi sesuai kultur Indonesia.

Tabel 2.1
Proses Konseling *Cognitive Behavioral Therapy* yang telah Disesuaikan dengan Kultur di Indonesia

No	Proses	Sesi
1	<i>Assessment</i> dan diagnosis	1
2	Mencari akar permasalahan yang bersumber dari emosi negatif, penyimpangan proses berpikir, dan keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan	2
3	Konselor bersama konseli menyusun rencana intervensi dengan memberikan konsekuensi positif negatif kepada konseli	3
4	Menata kembali keyakinan yang menyimpang	4
5	Intervensi tingkah laku	5
6	Pencegahan dan training <i>self help</i>	6

Sumber: Muqodas (2011)

Cognitive behavioral therapy menggunakan teknik "bertanya" untuk menstimulasi pengumpulan informasi. Fungsi teknik tersebut agar konseli menyadari kondisi pikiran mereka, mencari alternatif pemikiran dan perilaku yang lebih baik dan kemudian merubahnya. Analisis yang dilakukan terhadap masalah konseli merupakan tahapan *assessment* yang dilanjutkan dengan menyusun rencana terapi. *Cognitive behavioral therapy* direkomendasikan sebagai salah satu teknik konseling untuk mencari alternatif solusi bagi "perilaku negatif" dan "pemikiran yang negatif atau disfungsional" bagi mereka yang mengalami masalah jangka panjang, seperti penyakit kronis layaknya diabetes. Konseli dengan diabetes butuh dipahami sehubungan dengan masalah psikologis dan perilaku negatif yang membatasi penggunaan *self management* diabetes (Turner, 2010).

Edukasi *self management* telah menjadi bagian integral dari pengelolaan diabetes. *Self management* guna mendapatkan kadar gula darah yang normal tidak

hanya membutuhkan kemampuan perawatan diri sendiri (*self care*), namun juga membutuhkan pengetahuan dan kemampuan untuk memahami pengobatan, diet yang sehat serta aktifitas fisik. Pasien diabetes dianggap sebagai pihak yang berperan aktif dalam perawatan diabetes dan mencegah komplikasinya, maka dari itu pasien harus diberikan edukasi mengenai penyakit dan penanganannya (Guthrie, 2009). *Assessment* diawali dengan apakah pasien memahami penyakit yang diidapnya, masalah yang dihadapi sehubungan dengan penyakit dan perawatannya, selanjutnya mengidentifikasi kebutuhan fisik, sosial dan emosional (Guthrie, 2009).

2.1.8 Teknik *self management*

Teknik *self management* merupakan teknik dalam *cognitif behavioral therapy* yang dirancang untuk membantu konseli mengontrol dan mengubah perilakunya sendiri ke arah yang lebih efektif melalui proses belajar perilaku yang baru (Dinia, Eddy and Sugiyo, 2015). Keberhasilan penerapan teknik *self management* merupakan tanggung jawab konseli. Konselor berperan sebagai pencetus gagasan, fasilitator yang membantu merancang program serta memotivasi konseli. Pelaksanaan teknik *self management* juga diikuti dengan pengaturan lingkungan yang mempermudah pelaksanaan, menghilangkan faktor penyebab masalah dan dukungan untuk perilaku yang akan dikurangi. Pengaturan lingkungan tersebut meliputi: pengaturan lingkungan fisik sehingga perilaku yang bermasalah tidak terulang kembali, mengubah lingkungan sosial sehingga lingkungan sosial ikut mengontrol perilaku konseli, serta mengubah lingkungan atau kebiasaan menjadi perilaku yang tidak dikehendaki hanya dapat dilakukan pada waktu dan tempat tertentu saja (Komalasari, Wahyuni and Karsih, 2011).

2.1.9 Tahapan teknik konseling *self management*

Tahapan teknik konseling *self management* meliputi pemantauan diri (*self monitoring*), *reinforcement* yang positif (*self reward*), kontrak atau perjanjian dengan diri sendiri (*self contracting*) dan penguasaan terhadap rangsangan (*stimulus control/ evaluasi*).

1. Pemantauan diri (*self monitoring*)

Konseli dengan sengaja mengamati tingkah lakunya sendiri serta mencatatnya dengan teliti, berkaitan dengan frekuensi, intensitas dan durasi tingkah laku. Dalam pemantauan diri ini biasanya konseli mengamati dan mencatat perilaku masalah, mengendalikan penyebab terjadinya masalah dan menghasilkan konsekuensi (Komalasari, Wahyuni and Karsih, 2011).

2. *Reinforcement* yang positif (*self reward*)

Membantu konseli mengatur dan memperkuat perilakunya melalui konsekuensi yang dihasilkannya sendiri. *Reward* dimaksudkan untuk menguatkan atau meningkatkan perilaku yang diinginkan.

3. Kontrak atau perjanjian dengan diri sendiri (*self contracting*)

Merupakan tahap untuk mengubah perilaku dengan melihat konsekuensi atau tujuan yang diinginkan. Beberapa langkahnya adalah: konseli membuat rencana untuk mengubah pikiran, perilaku dan perasaan yang diinginkan, konseli meyakini semua yang ingin diubahnya, konseli bekerjasama dengan teman atau keluarga untuk program *self management*nya, konseli menanggung risiko program tersebut, semua yang konseli harapkan untuk terjadi adalah untuk diri konseli sendiri, konseli menuliskan peraturannya sendiri selama *self management* berlangsung.

4. Penguasaan terhadap rangsangan (*stimulus control*/ evaluasi)

Merupakan tahap untuk mengevaluasi penggunaan *self management* pada perilaku yang ditargetkan pada akhir periode. Teknik ini menekankan untuk mempertahankan perilaku baru yang diinginkan (Komalasari, Wahyuni and Karsih, 2011).

2.2 Konsep Dasar Diabetes Mellitus

2.2.1 Pengertian

Diabetes adalah suatu penyakit gangguan pada endokrin yang merupakan hasil dari proses destruksi sel pankreas sehingga insulin mengalami kekurangan (Suriadi and Yuliani, 2010). Diabetes mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang, yang disebabkan adanya peningkatan kadar gula (glukosa) darah lebih dari normal akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif (Fransisca, 2012).

Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular dan neuropati (Nurarif and Kusuma, 2015).

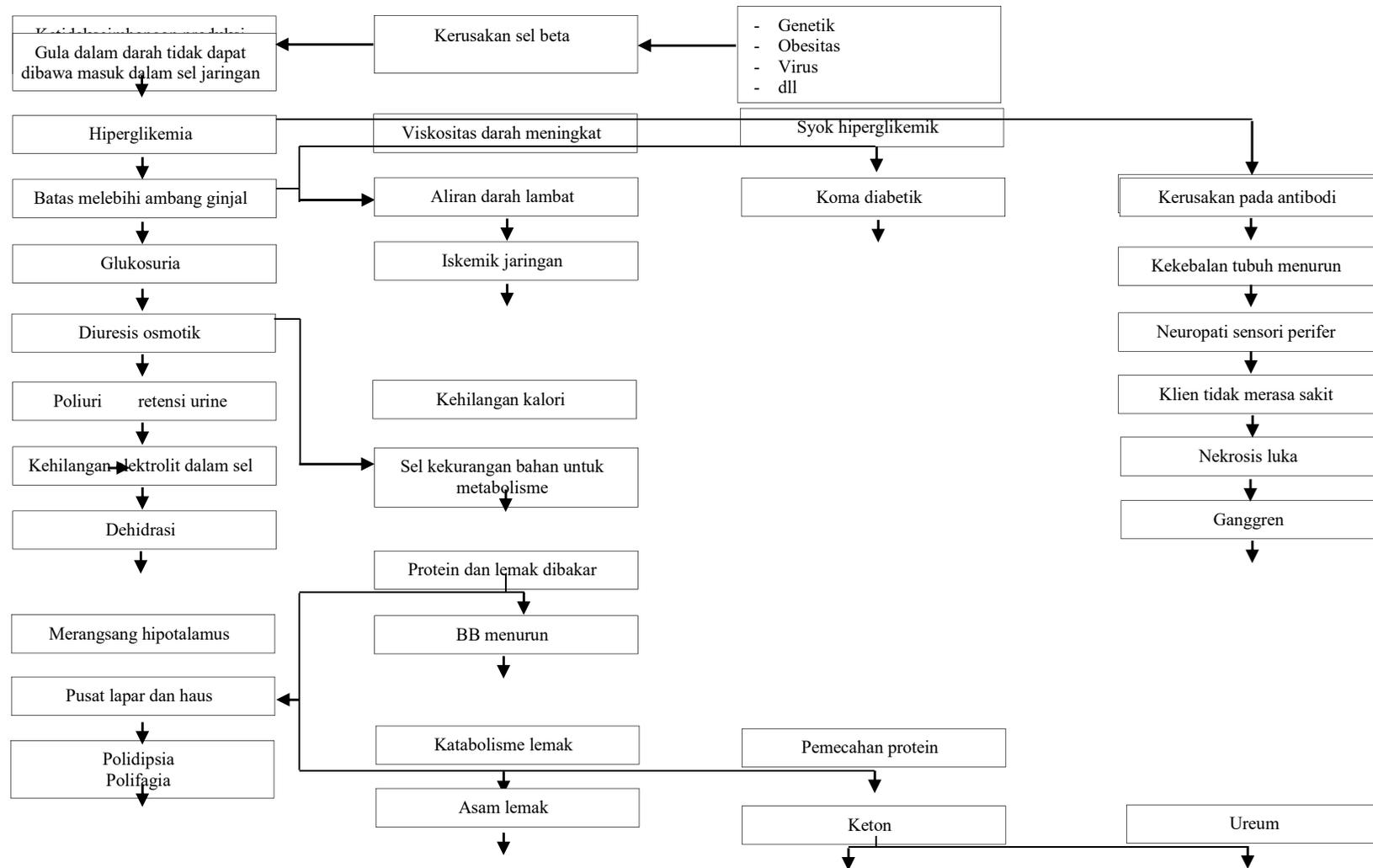
Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme akibat kerusakan sel beta pada pankreas sehingga terjadi penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya yang dapat menyebabkan komplikasi.

2.2.2 Etiologi diabetes mellitus tipe 2

1. **Obesitas.** Kegemukan menyebabkan berkurangnya jumlah reseptor insulin yang dapat bekerja di dalam sel pada otot skeletal dan jaringan lemak. Kegemukan juga merusak kemampuan sel beta untuk melepas insulin saat terjadi peningkatan glukosa darah (Damayanti, 2015).
2. **Aktifitas fisik.** Aktifitas fisik yang kurang menyebabkan resistensi insulin. Mekanisme aktifitas fisik dalam mencegah atau menghambat yaitu: 1) penurunan resistensi insulin/ peningkatan sensitifitas insulin, 2) peningkatan toleransi glukosa, 3) penurunan lemak adiposa tubuh secara menyeluruh, 4) pengurangan lemak sentral, 5) perubahan jaringan otot (Damayanti, 2015).
3. **Kadar kolesterol.** Kadar *high density lipoprotein* (HDL) kolesterol ≤ 35 mg/dL (0,09 mmol/L) dan atau kadar trigliserida ≥ 259 mg/dL (2,8 mmol/L) (Damayanti, 2015).
4. **Inflamasi.** Hipotesis umum yang berkembang adalah bahwa inflamasi atau peradangan dapat menjadi prekursor dan penghubung yang lazim antara diabetes dan penyakit arteri koroner (Bilous and Donnelly, 2014).
5. **Genetik.** Keluarga dengan diabetes tipe 2 mempunyai peluang menderita diabetes sebesar 15% dan risiko intoleransi glukosa yaitu ketidakmampuan metabolisme karbohidrat normal sebesar 30% (Damayanti, 2015).
6. **Hipotesis fenotipe kuat.** Terdapat hipotesis adanya hubungan antara malnutrisi janin dengan gangguan perkembangan sel β dan resistensi insulin pada masa dewasa (Bilous and Donnelly, 2014).
7. **Sindrom metabolik.** Agregasi obesitas, hiperglikemia, hipertensi dan hyperlipidemia pada pasien diabetes tipe 2 dan penyakit kardiovaskuler saat ini diistilahkan dengan sindrom metabolik (Bilous and Donnelly, 2014).

8. Disfungsi sel β . Diabetes tipe 2 karena kemunduran progresif fungsi sel β ditambah peningkatan resistensi insulin bila sel β tidak mampu mengkompensasinya (Bilous and Donnelly, 2014).
9. Usia. Faktor usia yang beresiko menderita diabetes tipe 2 adalah usia di atas 30 /40 tahun. Hal ini karena adanya perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia (Damayanti, 2015).
10. Tekanan darah. Seseorang yang beresiko menderita diabetes mellitus tipe 2 adalah yang mempunyai tekanan darah tinggi yaitu $\geq 140/90$ mmHg (Damayanti, 2015).
11. Stres. Stres memicu reaksi biokimia tubuh melalui 2 jalur, yaitu neural dan neuroendokrin (Damayanti, 2015).

2.2.3 Patofisiologi



Gambar 2.1 Patofisiologi diabetes mellitus (Nurarif and Kusuma, 2015)

2.2.4 Manifestasi klinis

Adanya penyakit diabetes ini pada awalnya seringkali tidak dirasakan dan tidak disadari penderita. Beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian menurut Wijaya and Putri (2013) adalah keluhan klasik, diantaranya banyak kencing (polyuria), banyak minum (polydipsia), banyak makan (polyfagia), penurunan berat badan dan rasa lemah. Keluhan lain, yaitu gangguan saraf tepi/ kesemutan, gangguan penglihatan, gatal/ bisul, gangguan ereksi, dan keputihan.

2.2.5 Pemeriksaan diagnostik

1. Kadar glukosa
 - a. Gula darah sewaktu-waktu/ random: ≥ 200 mg/dL
 - b. Gula darah puasa/ nuchter: ≥ 126 mg/dL
 - c. Gula darah 2 jam PP (*postprandial*): ≥ 200 mg/dL
2. Aseton plasma: hasil (+) mencolok
3. Asam lemak bebas: peningkatan lipid dan kolesterol
4. Osmolaritas serum (>330 oms/L)
5. Urinalisis: proteinuria, ketonuria, glukosuria

Diagnosis diabetes mellitus bila:

1. Terdapat gejala diabetes + salah satu dari gula darah (puasa ≥ 126 mg/dL, 2 jam PP ≥ 200 mg/dL, random ≥ 200 mg/dL)
2. Tidak terdapat gejala diabetes tetapi terdapat 2 hasil dari gula darah (puasa ≥ 126 mg/dL, 2 jam PP ≥ 200 mg/dL, random ≥ 200 mg/dL) (Wijaya and Putri, 2013)

2.2.7 Penatalaksanaan

Kunci utama terapi diabetes mellitus tipe 2 adalah diet dan modifikasi lain dari gaya hidup, seperti sering olah raga dan berhenti merokok. Tujuan utama terapi adalah menurunkan berat badan pasien obesitas dan meningkatkan kontrol glikemik. Terapi juga dilakukan untuk mengurangi faktor risiko penyakit kardiovaskuler seperti hyperlipidemia dan hipertensi, yang berkontribusi terhadap 70-80% kematian akibat diabetes tipe 2. Program pendidikan kesehatan terstruktur berperan penting dalam menatalaksana diabetes tipe 2 (Bilous and Donnelly, 2014).

2.2.8 Komplikasi

1. Akut. Terjadi akibat ketidakseimbangan akut kadar glukosa darah, yaitu hipoglikemia, diabetik ketoasidosis dan hiperglikemia hyperosmolar non ketosis.
2. Kronis. Komplikasi kronis terdiri dari komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler dan neuropati (Smeltzer and Bare, 2013).

2.3 Konsep Dasar Perencanaan Perubahan Perilaku

2.3.1 Pengertian perencanaan dan perilaku

Perencanaan adalah bentuk kegiatan untuk menentukan apa yang harus dilakukan dan bagaimana cara melakukannya. Perencanaan meliputi tindakan memilih dan menghubungkan fakta-fakta dan membuat serta menggunakan asumsi-asumsi mengenai masa yang akan datang dalam hal memvisualisasikan serta merumuskan aktifitas yang diusulkan serta dianggap perlu untuk mencapai hasil yang terbaik. Definisi lain dari perencanaan adalah pemikiran hari depan, perencanaan berarti pengelolaan, pembuat keputusan, suatu prosedur yang formal

untuk memperoleh hasil nyata, dalam berbagai bentuk keputusan menurut sistem yang terintegrasi (Taufiqurokhman, 2010).

Tahapan perencanaan meliputi perumusan tujuan umum dan sasaran khusus hingga target yang kuantitatif, proyeksi keadaan di masa akan datang, pencarian dan penilaian berbagai alternatif, dan penyusunan rencana terpilih. Syarat perencanaan yang baik adalah logis (masuk akal), realistis (nyata), sederhana, sistematis dan ilmiah, objektif, fleksibel, manfaat, optimasi dan efisiensi (Taufiqurokhman, 2010).

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi. Sering tidak disadari bahwa interaksi tersebut amat kompleks, sehingga kadang-kadang kita tidak sempat memikirkan penyebab seseorang menerapkan perilaku tertentu (Wawan and Dewi, 2011).

Dari aspek biologis perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari segi biologis, semua makhluk hidup mulai dari binatang sampai dengan manusia, mempunyai aktifitas masing-masing. Manusia sebagai salah satu makhluk hidup yang mempunyai bentangan kegiatan yang sangat luas, sepanjang kegiatan yang dilakukan manusia tersebut antara lain: berjalan, berbicara, bekerja, menulis, membaca, berpikir dan seterusnya. Secara singkat aktifitas manusia tersebut dikelompokkan menjadi 2, yaitu: a) aktifitas-aktifitas yang dapat diamati oleh orang lain, misalnya berjalan, bernyanyi, tertawa dan sebagainya, b) aktifitas yang tidak dapat diamati orang lain

(dari luar), misalnya: berpikir, berfantasi, bersikap, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2014).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa perencanaan perubahan perilaku kesehatan adalah kegiatan mental yang memerlukan pemikiran, imajinasi dan kesanggupan untuk melihat di masa mendatang sebagai upaya untuk merumuskan apa yang sesungguhnya ingin dicapai dan bagaimana cara mencapainya melalui serangkaian rumusan rencana kegiatan tertentu, yang selanjutnya ditindaklanjuti dengan bentuk aktifitas yang dapat diamati.

2.3.2 Bentuk perubahan perilaku

Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2014) bahwa perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

1. Sebagian perubahan disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi perubahan lingkungan fisik atau sosial, budaya dan ekonomi, maka anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.
2. Perubahan terencana (*planned change*) bahwa perubahan ini terjadi karena direncanakan sendiri oleh subjek.
3. Kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*).

2.3.3 Strategi perubahan perilaku

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut menurut WHO dalam Notoatmodjo (2014) dikelompokkan menjadi 3, yakni:

1. Menggunakan kekuatan atau kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan atau perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perubahan perilaku yang cepat akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum berdasarkan kesadaran sendiri.

2. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara-cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu yang lama tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri.

3. Diskusi dan partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua yang dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam,

dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain.

2.3.4 Faktor yang mempengaruhi perencanaan perubahan perilaku

1. Umur

Menurut Hurlock bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai bagian dari pengalaman dan kematangan jiwa (Wawan and Dewi, 2011). Penelitian Ulfa (2015) menunjukkan semakin matang umur, semakin mampu mempersiapkan diri menghadapi masalah dan merencanakan perilaku dengan lebih baik. Penelitian Anani (2012) menyatakan bahwa faktor usia yang mendekati usia lansia yang sudah mengalami penurunan terhadap kerja fungsi otot-otot dan syaraf sehingga tidak dapat melakukan olahraga secara teratur, di samping kesibukan masing-masing individu yang tidak dapat meluangkan waktu, belum terbentuk kebiasaan olahraga teratur serta kurangnya tersedia sarana dan prasarana yang memadai. Selain itu semakin bertambahnya usia seseorang maka akan terjadi penurunan fungsi organ tubuh yaitu fungsi otak yang berhubungan dengan daya ingat, sehingga dengan bertambahnya umur pasien DM maka kemampuan untuk melakukan perencanaan makan sehari-hari juga akan semakin menurun.

2. Pendidikan

Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah menerima informasi. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra, pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Wawan and Dewi, 2011). Penelitian Hanisa (2015) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi membantu seseorang untuk merencanakan dengan lebih baik dan mampu menyikapi lebih positif yang disebabkan pengolahan informasi yang lebih baik. Penelitian Sukmawati and Sutarga (2016) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi perilaku pengendalian diabetes mellitus, meliputi diet, latihan jasmani, pengobatan, pemeriksaan kadar gula darah, dan kebiasaan merokok yang kurang baik.

3. Pekerjaan

Ditinjau dari segi pekerjaan, bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga (Wawan and Dewi, 2011). Penelitian Ulfa (2015) menunjukkan ibu yang tidak bekerja ditunjang pendapatan keluarga yang rendah akan mempengaruhi rencana perawatan kesehatan keluarga menjadi kurang maksimal. Penelitian Anani (2012) menunjukkan jenis pekerjaan mempengaruhi kebiasaan makan. Jenis pekerjaan ibu rumah tangga dan

wiraswasta membuat jadwal makan tidak konsisten setiap hari. Aktifitas pekerjaan yang dilakukan tanpa batasan tertentu dan berdasarkan kemampuan masing-masing subjek membuat jadwal makan yang sangat beragam antara satu subjek dengan subjek lainnya. Berbeda dengan mereka yang bekerja di kantor atau mempunyai aktifitas pekerjaan yang dibatasi oleh waktu, kepatuhan terhadap jadwal makan dapat tergambarkan.

4. Pendapatan

Penelitian Hanisa (2015) menunjukkan bahwa pendapatan keluarga berpengaruh pada perawatan kesehatan tiap individu dalam keluarga. Pendapatan keluarga yang mencukupi kebutuhan termasuk kebutuhan akan perawatan kesehatan, membayar iuran bulanan jaminan kesehatan dapat membantu keluarga dalam memelihara kesehatannya. Penelitian Sukmawati and Sutarga (2016) menemukan bahwa pendapatan keluarga berhubungan dengan biaya pengobatan. Biaya pengobatan yang kurang menjadi beban perilaku pengendalian kadar gula darah yang kurang baik. Hal ini diakibatkan rendahnya pendapatan yang mempengaruhi kurangnya kemampuan pembiayaan pengobatan di luar tanggungan asuransi jaminan kesehatan akan mempengaruhi kepatuhan minum obat.

5. Informasi

Berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh yang besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Media massa memberikan pesan-pesan yang sugestif yang mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap

terhadap hal tersebut. Jika cukup kuat, pesan-pesan sugestif akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah tertentu (Azwar, 2013). Penelitian Hanisa (2015) menunjukkan bahwa seseorang yang memperoleh banyak sumber informasi akan memperluas pengetahuannya yang dapat diaplikasikan dalam kehidupan. Konseling merupakan cara penyampaian informasi yang berusaha menggali permasalahan seseorang secara individual dan mendalam. Informasi yang diberikan tidak bersifat instruktif atau memaksakan sesuai informasi yang disampaikan.

Penelitian Anani (2012) menegaskan bahwa kurangnya informasi tentang upaya pengendalian kadar glukosa darah yang lengkap dan kepatuhan dalam melaksanakan anjuran dokter dapat menyebabkan tidak terkendalinya glukosa darah. Kurangnya informasi atau konseling pada saat pemeriksaan bisa menjadi salah satu faktor belum efektifnya proses pemeriksaan teratur terhadap kendali glukosa darah, melainkan sekedar mengetahui perkembangan diabetes yang diderita.

2.3.5 Pengukuran perencanaan perubahan perilaku

Mengukur perilaku terbuka, praktik atau tindakan, relatif lebih mudah bila dibandingkan dengan mengukur perilaku tertutup. Sebab praktik atau tindakan mudah diamati secara konkret dan langsung maupun melalui pihak ketiga (Notoatmodjo, 2014).

Pengukuran perencanaan yang merupakan bentuk perilaku tertutup, dilakukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{n} \times 100 \%$$

Keterangan:

P = prosentase

f = jumlah skor responden

n = jumlah skor maksimal (Setiadi, 2013)

Kriteria hasil pengukuran adalah: baik jika 76-100%, cukup jika 56-75% dan kurang jika <56% (Nursalam, 2015).

2.4 Konsep Dasar Kadar Gula Darah

2.4.1 Pengertian

Gula darah adalah gula yang berada di dalam darah yang terbentuk dari karbohidrat dalam makanan dan disimpan sebagai glikogen di hati dan otot rangka. Kadar gula darah adalah jumlah glukosa yang ada dalam darah manusia atau hewan, konsentrasi gula darah atau tingkat glukosa serum, diatur dengan ketat di dalam tubuh (Joshi, 2015). Jadi kadar gula darah adalah jumlah glukosa dalam plasma darah.

Hipoglikemia merupakan salah satu komplikasi akut diabetes mellitus. Hipoglikemia adalah menurunnya kadar gula dalam darah (Hasdianah, 2012). Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah <70 mg/dl. Hipoglikemia adalah penurunan konsentrasi glukosa serum dengan atau tanpa adanya gejala-gejala sistem otonom (Soelistijo *et al.*, 2015). Hipoglikemia adalah efek samping yang sering terjadi pada pemberian terapi insulin dan obat antidiabetik oral, terutama sulfonilurea. Otak bergantung pada suplai glukosa yang terus menerus, sehingga bila suplai glukosa terhenti beberapa menit atau lebih,

dapat terjadi disfungsi sistem saraf pusat, gangguan kognitif yang akhirnya mengarah pada koma (Bilous and Donnelly, 2014).

Hiperglikemia merupakan kadar glukosa darah yang tinggi dari rentang kadar normal gula darah (Riyadi and Sukarmin, 2013). Ketoasidosis diabetik adalah komplikasi akut diabetes yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dl), disertai tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma meningkat dan terjadi peningkatan anion gap. Status hiperglikemia hyperosmolar adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dl), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat, plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat (Soelistijo *et al.*, 2015).

2.4.2 Faktor yang mempengaruhi

1. Obesitas

Obesitas dapat mengakibatkan resistensi insulin. Pada jaringan lemak juga merupakan jaringan endokrin aktif yang dapat berhubungan dengan hati dan otot (dua jaringan sasaran insulin) melalui pelepasan zat perantara yang nantinya mempengaruhi kerja insulin dan tingginya penumpukan jaringan lemak tersebut dapat berakhir dengan resistensi insulin. Resistensi insulin yang terjadi pada kelompok obesitas kemudian mengakibatkan penurunan kerja insulin pada jaringan sasaran, sehingga menyebabkan kadar gula darah sulit memasuki sel. Keadaan ini berakhir pada peningkatan kadar gula darah.

2. Tingkat stres

Stres dan kecemasan merupakan respon terhadap penyakit yang dirasakan penderita sebagai suatu tekanan, rasa tidak nyaman, gelisah dan

kecewa. Gangguan tersebut membuat penderita menjadi acuh terhadap peraturan pengobatan yang harus dijalankan seperti diet, terapi medis dan olah raga, sehingga menyebabkan kadar gula darah tidak terkontrol dengan baik. Penelitian Boku and Suprayitno (2019) menunjukkan ada hubungan antara tingkat stres dengan kadar gula darah.

3. Aktifitas fisik

Olah raga secara teratur dapat mengurangi terjadinya resistensi insulin, sehingga insulin dapat dipergunakan dengan lebih baik oleh sel-sel tubuh. Olah raga juga pembakar lemak dalam tubuh, sehingga dapat menurunkan berat badan bagi penderita obesitas. Penelitian Boku and Suprayitno (2019) menunjukkan ada hubungan antara aktifitas fisik dengan kadar gula darah.

4. Diet DM

Asupan makanan dapat mempengaruhi naiknya kadar gula darah karena makanan yang tinggi energi atau kaya karbohidrat dan rendah serat dapat mengganggu stimulasi sel-sel beta pankreas dalam memproduksi insulin. Asupan lemak dalam tubuh juga perlu diperhatikan karena sangat berpengaruh terhadap resistensi insulin.

5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting dalam pembentukan perilaku seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan bertahan lebih lama dibandingkan perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Penderita DM tipe 2 yang memperoleh edukasi sehingga pengetahuannya meningkat memiliki kemampuan adaptasi dan melakukan perubahan perilaku yang lebih

baik. Semakin baik pengetahuan penderita mengenai kondisi yang dialaminya, semakin baik pengendalian kadar glukosa darah yang dapat dicapai (Astuti and Setiarini, 2013). Pengetahuan diet merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam pengendalian glukosa darah. Semakin baik pengetahuan penderita mengenai kondisi yang dialaminya, semakin baik pengendalian kadar gula darah yang dapat dicapai.

6. Usia

Bertambahnya usia akan mempengaruhi fisik dan penurunan fungsi organ tubuh yang akan berdampak pada konsumsi dan penyerapan zat gizi. Masalah gizi pada usia lanjut sebagian besar mempunyai masalah gizi berlebihan dan kegemukan atau obesitas yang memicu timbulnya penyakit degenerative, termasuk diabetes.

7. Kepatuhan minum obat

Kurangnya kepatuhan minum obat diabetes dapat menyebabkan kadar gula darah yang tidak terkontrol. Penelitian Aminde *et al.* (2019) menunjukkan dari 195 pasien DM tipe 2, 54,4% diantaranya tidak patuh terhadap pengobatan dengan karakteristik, yaitu usia >60 tahun, konsumsi alkohol, serta terapi mandiri. Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan, diantaranya lupa (55,6%), kondisi keuangan yang tidak mencukupi (38,2%) dan tidak adanya keluhan (14,2%).

8. Kondisi sakit

Tubuh melepaskan hormon untuk melawan penyakit dan hormon tersebut dapat menaikkan kadar gula darah. Begitu pula nyeri atau sakit yang

dirasakan jangka pendek maupun jangka panjang dapat menaikkan kadar gula darah (Association, 2018).

9. Periode menstruasi

Menstruasi dapat menaikkan kadar gula darah akibat perubahan hormon (Association, 2018).

10. Konsumsi alkohol

Alkohol mempunyai efek signifikan pada bolus insulin. Efek alkohol pada konsentrasi kadar gula darah adalah sebagai berikut: setelah 30 menit mengkonsumsi alkohol sebanyak 200-300 g, kadar gula darah meningkat secara drastis. Setelah 4-5 jam peningkatan tersebut diikuti oleh penurunan tajam yang menyebabkan hipoglikemia. Penyerapan alkohol tergantung pada volume gula dan alkohol (Bazaev, Pletenev and Pozhar, 2013).

2.4.3 Macam-macam pemeriksaan

1. Gula darah puasa. Pemeriksaan glukosa darah yang dilakukan pada saat pasien puasa (tidak mendapat kalori sedikitnya 8 jam).
2. Gula darah 2 jam post prandial. Tes toleransi glukosa oral dilakukan dengan standar WHO, yaitu menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrus yang dilarutkan ke dalam air.
3. Gula darah sewaktu. Glukosa darah sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir (Riyadi and Sukarmin, 2013).

2.4.4 Pengelolaan dan pengendalian kadar gula darah pada pasien diabetes

Pengelolaan dan pengendalian kadar gula darah pada pasien diabetes di Indonesia dikenal dengan program 4 pilar pengelolaan diabetes mellitus (Soelistijo *et al.*, 2015), yang meliputi:

1. Edukasi tentang penyakit diabetes mellitus

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat harus dilakukan sebagai upaya pencegahan dan pengelolaan diabetes secara holistik. Materi edukasi terdiri dari materi edukasi tingkat awal dan lanjutan.

Materi awal meliputi perjalanan penyakit diabetes, pengendalian dan pemantauan diabetes berkelanjutan, penyulit diabetes dan risikonya, intervensi farmakologis dan non farmakologis serta target pengobatan, interaksi asupan makanan, aktifitas fisik, dan obat anti hiperglikemia oral atau insulin dan obat-obatan lainnya, cara pemantauan glukosa darah dan pemahaman hasil, mengenal gejala dan penanganan awal hipoglikemia, latihan jasmani teratur, perawatan kaki, dan cara mempergunakan fasilitas perawatan kesehatan.

Materi lanjutan meliputi mengenal dan mencegah penyulit akut diabetes, pengetahuan mengenai penyulit menahun diabetes, penatalaksanaan diabetes selama menderita penyakit lain, rencana untuk kegiatan khusus, kondisi khusus yang dihadapi (hamil, puasa, dan lain-lain), serta pemeliharaan dan perawatan kaki.

2. Diet diabetes mellitus

Kunci keberhasilan diet diabetes adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan yang lain, serta pasien dan

keluarganya). Prinsip pengaturan makan penderita diabetes adalah makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Penyandang DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri.

a. Komposisi makan yang dianjurkan

- 1) Karbohidrat. Dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energi, terutama karbohidrat berserat tinggi. Glukosa dalam bumbu diperbolehkan, sehingga dapat makan sama dengan makanan keluarga yang lain. Dianjurkan makan tiga kali sehari dan bila perlu makan makanan selingan.
- 2) Lemak. Asupan lemak dianjurkan sekitar 20-25% kebutuhan kalori dan tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi. Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans, antara lain: daging berlemak dan susu *fullcream*.
- 3) Protein. Kebutuhan protein sebesar 10-20% total asupan energi. Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu, tempe.
- 4) Natrium. Anjuran asupan natrium untuk penyandang DM sama dengan orang sehat, yaitu <2300 mg perhari. Penyandang DM yang juga hipertensi perlu dilakukan pengurangan natrium secara individual. Sumber natrium, antara lain garam dapur, vetsin, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoate dan natrium nitrit.

- 5) Serat. Penyandang DM dianjurkan mengkonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran, serta sumber karbohidrat yang tinggi serat. Anjuran konsumsi serat adalah 20-35 gr/ hari yang berasal dari berbagai sumber bahan makanan.
- 6) Pemanis alternatif. Pemanis alternatif aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (*accepted daily intake*).

b. Kebutuhan kalori

Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penyandang DM, antara lain dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal besarnya 25-30 kal/kg BB ideal. Jumlah kebutuhan tersebut ditambah atau dikurangi bergantung pada beberapa faktor, yaitu: jenis kelamin, umur, aktifitas, berat badan, dan lain-lain.

Cara perhitungan berat badan ideal menggunakan rumus Brocca yang telah dimodifikasi:

- 1) Berat badan ideal = $90\% \times (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$
- 2) Bagi pria dengan dengan tinggi badan di bawah 160 cm dan wanita di bawah 150 cm, rumus dimodifikasi menjadi:

$$\text{Berat badan ideal} = (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$$

$$\text{BB normal} = \text{BB ideal} \pm 10\%$$

$$\text{Kurus} = \text{kurang dari BBI} - 10\%$$

$$\text{Gemuk} = \text{lebih dari BB ideal} + 10\%$$

c. Faktor yang menentukan kebutuhan kalori:

- 1) Jenis kelamin. Kebutuhan kalori basal per hari untuk perempuan sebesar 25 kal/ kg BB, sedangkan untuk pria sebesar 30 kal/ kg BB
- 2) Umur. Pasien usia di atas 40 tahun, kebutuhan kalori dikurangi 5% untuk setiap decade Antara 40-59 tahun. Pasien usia di Antara 60-69 tahun, dikurangi 10%. Pasien usia di atas 70 tahun, dikurangi 20%.
- 3) Aktifitas fisik. Kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktifitas fisik.
- 4) Stres metabolik. Penambahan sebesar 10-30% tergantung dari beratnya stres metabolik (seperti operasi, trauma).
- 5) Berat badan. Penyandang DM yang gemuk, kebutuhan kalori dikurangi sekitar 20-30% tergantung pada tingkat kegemukan. Penyandang DM kurus, kebutuhan kalori ditambah sekitar 20-30% sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan BB. Jumlah kalori yang diberikan paling sedikit 1000-1200 kalori per hari untuk wanita dan 1200-1600 kalori per hari untuk pria.

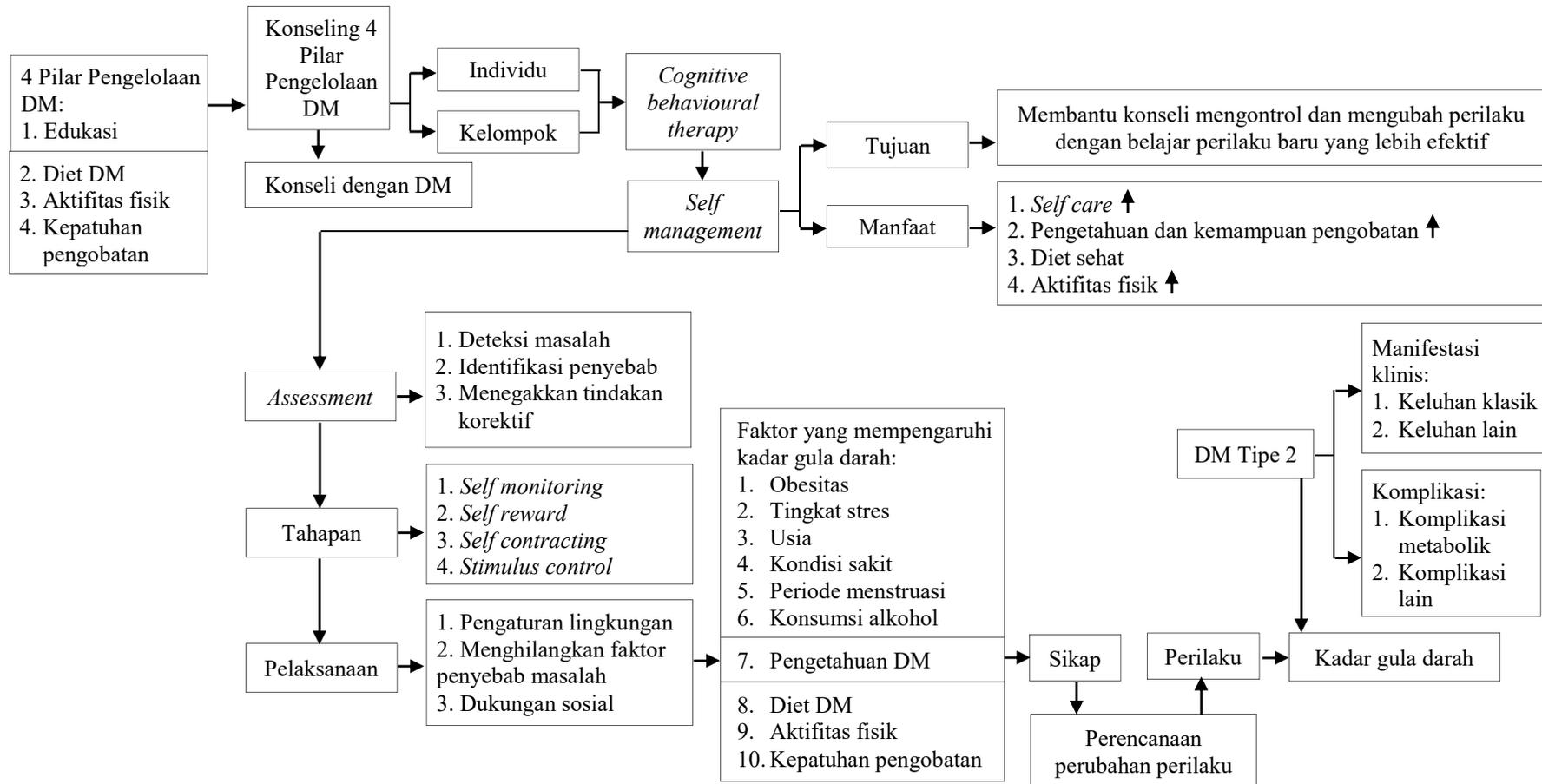
3. Aktifitas fisik

Latihan jasmani merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes. Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali perminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit per minggu. Jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah sebelum latihan jasmani. Apabila kadar glukosa darah <100 mg/dl pasien harus mengkonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila >250 mg/dl dianjurkan untuk menunda.

Kegiatan sehari-hari atau aktifitas sehari-hari bukan termasuk dalam latihan jasmani meskipun dianjurkan untuk selalu aktif tiap hari. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran, juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitifitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali kadar gula darah.

4. Kepatuhan minum obat diabetes mellitus
 - a. Obat oral, diantaranya pemacu sekresi insulin, yaitu sulfonilurea, glinid; peningkat sensitifitas terhadap insulin, yaitu metformin, tiazolidindion (TZD); penghambat absorpsi glukosa di saluran pencernaan, yaitu penghambat alfa glukosidase, seperti acarbose; penghambat DPP-IV (*dipeptidyl peptidase-IV*), yaitu sitagliptin, linagliptin; dan penghambat SGLT-2 (*sodium glucose cotransporter 2*), seperti canagliflozin, empagliflozin, dapagliflozin, ipragliflozin
 - b. Suntikan, yaitu insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi insulin dan agonis GLP-1
 - c. Terapi kombinasi. Pengaturan diet dan kegiatan jasmani merupakan hal yang utama dalam penatalaksanaan DM, namun bila diperlukan dapat dilakukan bersamaan dengan pemberian obat anti hiperglikemia oral tunggal atau kombinasi sejak dini. Pemberian obat atau insulin selalu dimulai dalam dosis rendah, untuk kemudian dinaikkan secara bertahap sesuai dengan respons kadar gula darah.

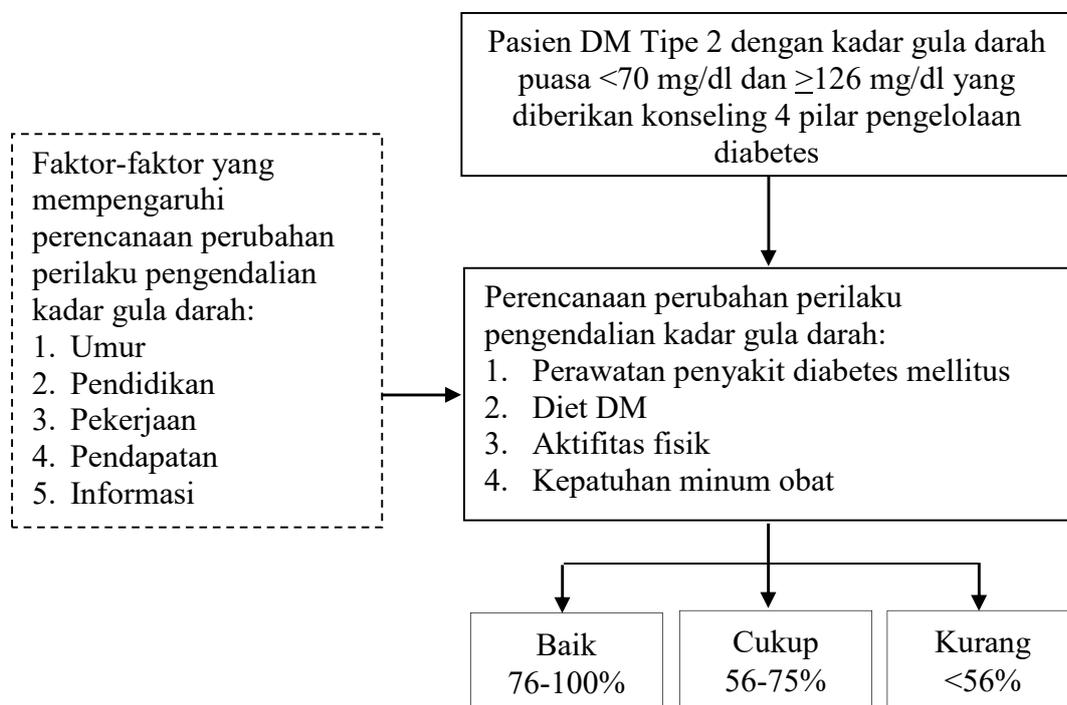
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka teori pengaruh konseling 4 pilar pengelolaan diabetes mellitus terhadap perencanaan perubahan perilaku pengendalian kadar gula darah pasien diabetes mellitus di RS Citra Medika Sidoarjo

2.6 Kerangka Konsep

Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antarvariabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori. Kerangka konsep adalah konsep yang dipakai sebagai landasan berpikir dalam kegiatan ilmu (Nursalam, 2015).



Keterangan:



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar 2.3 Kerangka konsep pengaruh konseling 4 pilar pengelolaan diabetes mellitus terhadap perencanaan perubahan perilaku pengendalian kadar gula darah pasien diabetes mellitus di RS Citra Medika Sidoarjo

2.7 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan. Hipotesis terdiri dari hipotesis nol (hipotesis statistik atau nihil) dan hipotesis

alternatif (hipotesis kerja). Hipotesis nol merupakan hipotesis yang menyatakan hubungan yang definitif dan tepat diantara dua variabel. Hipotesis alternatif menyatakan adanya hubungan antara dua variabel atau lebih, bisa juga menyatakan adanya perbedaan dalam hal tertentu pada kelompok yang berbeda (Hidayat, 2014). Dalam penelitian ini terdapat beberapa hipotesis yang diajukan, diantaranya:

H_1 = Ada pengaruh konseling 4 pilar pengelolaan diabetes mellitus terhadap perencanaan perubahan perilaku pengendalian kadar gula darah pasien diabetes mellitus di RS Citra Medika Sidoarjo