

**HUBUNGAN ANTARA KARATERISTIK PASIEN, TINGKAT
PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ANTIDIABETIK
ORAL PADA PASIEN DM TIPE 2 DI INSTALASI RAWAT JALAN
RSUD SLEMAN YOGYAKARTA**

SKRIPSI



Oleh:

MARDIAH

06613228

**JURUSAN FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
FEBRUARI 2012**

**HUBUNGAN ANTARA KARATERISTIK PASIEN, TINGKAT
PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ANTIDIABETIK
ORAL PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INSTALASI
RAWAT JALAN RSUD SLEMAN YOGYAKARTA**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi
(S.Farm)

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia



Disusun oleh :

MARDIAH

06613228

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
FEBRUARI 2012**

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA KARATERISTIK PASIEN, TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ANTIDIABETIK ORAL PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD SLEMAN YOGYAKARTA

Yang disusun oleh :

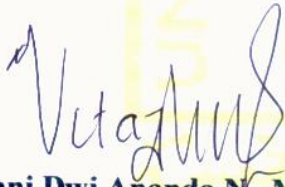
MARDIAH

06613228

Telah disetujui oleh :

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Vitarani Dwi Ananda N., M. Si., Apt.



Kardhina Apryliani, S.Farm, Apt.

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA KARATERISTIK PASIEN, TINGKAT
PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ANTIDIABETIK
ORAL PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INSTALASI
RAWAT JALAN RSUD SLEMAN YOGYAKARTA**

Yang diajukan oleh :

MARDIAH

06613228

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Skripsi Program Studi Farmasi
Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia

Ketua penguji : 1. Vitarani Dwi Ananda N, M. Si., Apt

(.....)

Anggota Penguji: 2. Kardhina Apryliani, S.Farm, Apt

(.....)

3. Dr. Satibi, S.Si., M. Si., Apt.

(.....)

4. Anna Wahyuni W, S.Farm, MPh., Apt

(.....)

Mengetahui

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia



Yandi Syukri, M. Si., Apt

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

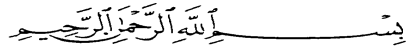
Yogyakarta, Februari 2012

Penulis,



MARDIAH

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji dan syukur senantiasa kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala kasih dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “HUBUNGAN ANTARA KARATERISTIK PASIEN, TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ANTIDIABETIK ORAL PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD SLEMAN YOGYAKARTA”.

Skripsi ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai derajat Sarjana Farmasi (S.Farm.) Program Studi Ilmu Farmasi pada Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.

Penyusunan skripsi oleh penulis ini tidak lepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT, atas berkat nikmat iman dan islam, rahmat dan hidayah-Nyalah saya dapat menyelesaikan penelitian dengan lancar.
2. Ibu Vitarani Dwi Ananda Ningrum, M. Si., Apt. selaku Pembimbing Utama. Terima kasih atas segala ilmu, pemikiran, waktu, kesabaran dan keikhlasannya membimbing penulis dalam penyusunan skripsi.
3. Ibu Kardhina Apriliyani, S.Farm, Apt. selaku Pembimbing Pendamping. Terima kasih atas segala ilmu, pemikiran, waktu, kesabaran dan keikhlasannya membimbing penulis dalam penyusunan skripsi.
4. Ibu Dwi Pudjaningsih, M.Si., Apt, selaku Dosen Pembimbing Akademik. Terima kasih atas dukungannya.
5. Bapak M. Hatta Prabowo, M. Si., Apt., selaku Ketua Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
6. Bapak Yandi Syukri, M. Si., Apt. selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.

7. Dosen pengajar Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia yang telah memberikan begitu banyak bekal ilmu kepada penulis.
8. Pimpinan RSUD Sleman Yogyakarta yang telah memberikan ijin kepada saya untuk melakukan penelitian.
9. Kedua orang tuaku tercinta, Papa dan Mama yang tak henti-hentinya memberikan cintanya dan senantiasa mendoakan demi kebaikan penulis
10. Kakakku (ijal) dan adikku (haydir) terima kasih atas kasih sayang, doa dan dukungannya.
11. Rachmawaty kurniasari teman seperjuanganku, terima kasih telah membantu dalam segala hal, terutama pada hal-hal yang berkaitan dengan skripsi ini
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah membantu terselesaikannya penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan membalas semua kebaikan mereka. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca dan semua pihak yang bersifat membangun sangat diharapkan demi kemajuan dan kesempurnaan penulisan dimasa yang akan datang.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, Februari 2012

Penulis,

MARDIAH

PERSEMBAHAN

Terima kasih ya Allah SWT telah memberikan segala nikmatnya di dunia yang tiada batasnya dan masih memberikan aku waktu sampai hambamu bisa menyelesaikan skripsi ini, hamba yakin tanpa kuasamu semuanya tidak akan pernah terjadi....

*Ayahanda (H. Abdulrahman Sahib, SE) dan Ibundaku (Hj. Rosiana Sudji) yang senantiasa berjuang dan berdoa demi kesuksesanku
Terima kasih untuk setiap untaian doa, kesabaran, pengertian, harapan, cinta, dan kasih sayangmu pada Ananda.....*

*Kakakku (M.Husein Sahib) dan Adikku (Haydir Rahman Sahib)
tercinta.....*

Terima kasih untuk semangat yang kalian tanamkan dalam diriku dalam menyelesaikan tugas ini untuk meraih masa depan

*Someone special that make me feel special (Amariei Andrei), thank you
for your support to me,*

“ tu esti viata mea si eu vreau sa imbatranesc cu tine “

Te iubesc,,,

*Sahabat-sahabatku,,,geng VAPE (eby,fitria,vika) waty,riri,jack terima kasih
atas segala dukungan dan doa, senangnya menjadi sahabat kalian*

Almamaterku

“Tak ada sesuatu yang tidak mungkin, asalkan kita selalu berpikir mungkin.”

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
INTISARI.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II STUDI PUSTAKA	
A. Tinjauan Pustaka.....	5
1. Diabetes Melitus.....	5
a. Definisi.....	5
b. Etiologi.....	5
c. Patofisiologi.....	6
d. Diagnosis.....	6
e. Klasifikasi.....	7
f. Komplikasi.....	8
g. Terapi Diabetes Melitus.....	10
2. Kepatuhan.....	13

a.	Faktor-faktor yang Menyebabkan Ketidakpatuhan Pasien	13
b.	Cara Meningkatkan Kepatuhan	14
3.	Pengetahuan	15
4.	Kuisoner	16
5.	Uji Validitas dan Reliabilitas	17
B.	Hipotesis.....	19
BAB III	METODE PENELITIAN	
A.	Rancangan Penelitian	20
B.	Tempat dan Waktu Penelitian	20
C.	Populasi Penelitian	20
1.	populasi	20
2.	Kriteria inklusi	21
3.	Kriteria eksklusi	21
D.	Definisi Operasional.....	21
E.	Pengumpulan Data	22
F.	Cara Penelitian	24
G.	Uji Validitas dan Reliabilitas	27
H.	Pengolahan dan Analisis Data.....	28
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	
A.	Karakteristik subyek penelitian.....	30
1.	jenis kelamin	30
2.	Usia	31
3.	Durasi diabetes melitus dan komplikasi.....	31
4.	Status jaminan kesehatan dan jenis terapi yang diterima....	32
B.	Gambaran pengetahuan	32
1.	Gambaran pengetahuan berdasarkan jenis kelamin	33
2.	Gambaran pengetahuan berdasarkan usia	34
3.	Gambaran pengetahuan berdasarkan jenis pekerjaan.....	34
4.	Gambaran pengetahuan berdasarkan pendidikan.....	35
5.	Gambaran pengetahuan berdasarkan durasi penyakit.....	36
6.	Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan	37

C. Gambaran kepatuhan	38
1. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan jenis kelamin....	38
2. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan usia.....	39
3. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan jenis pekerjaan.	39
4. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan pendidikan	40
5. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan durasi penyakit.	41
6. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan jumlah obat yang diterima	42
7. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan status penjamin kesehatan.....	42
8. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan komplikasi	43
9. Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan...	44
D. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Penggunaan Antidiabetik Oral Pada Pasien DM tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Sleman Yogyakarta	46
E. Keterbatasan Penelitian.....	47
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	48
B. Saran.....	48
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN	51

DAFTAR TABEL

Tabel I.	Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM	7
Tabel II.	Obat anti diabetik oral.....	13
Tabel III.	Daftar kisi-kisi pertanyaan pengetahuan	23
Tabel IV.	Skala pengetahuan yang sudah diujikan.....	23
Tabel V.	Hasil uji validitas pertanyaan pengetahuan yang tidak valid.....	27
Tabel VI.	Hasil uji reliabilitas pertanyaan pengetahuan.....	28
Tabel VII.	Karakteristik umum pasien rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta periode September – November 2011	30
Tabel VIII	Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan jenis kelamin	33
Tabel IX	Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan usia	34
Tabel X	Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan jenis pekerjaan.....	35
Tabel XI	Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan tingkat pendidikan.....	35
Tabel XII	Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan durasi penyakit.....	36
Tabel XIII	Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan pasien di RSUD Sleman Yogyakarta	37
Tabel XIV	Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan jenis kelamin.....	38
Tabel XV	Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan usia.....	39
Tabel XVI	Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan jenis pekerjaan	40
Tabel XVII	Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan tingkat pendidikan	40
Tabel XVIII	Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan durasi penyakit.....	41
Tabel XIX	Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan obat yang diterima	42
Tabel XX	Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan tipe pasien	43
Tabel XXI	Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan komplikasi.....	43
Tabel XXII	Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan pasien di RSUD Sleman Yogyakarta	45
Tabel XXIII	Distribusi jumlah dan presentase tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien DM tipe 2 di RSUD Sleman Yogyakarta	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Algoritma Penatalaksanaan Penyakit DM Tipe 2	10
Gambar 2.	Skema Penelitian.....	26



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Ijin Penelitian BAPPEDA.....	51
Lampiran 2.	Ijin penelitian RSUD Sleman.....	52
Lampiran 3.	<i>Inform Consent</i>	53
Lampiran 4.	Kuisoner.....	54
Lampiran 5.	Hasil SPSS Validasi.....	57
Lampiran 6.	Hasil SPSS <i>Chi-square</i> hubungan karateristik pasien dengan tingkat pengetahuan	62
Lampiran 7.	Hasil SPSS <i>Chi-square</i> hubungan karateristik pasien dengan tingkat kepatuhan	64
Lampiran 8.	Hasil SPSS <i>Chi-square</i> hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.....	67
Lampiran 9.	Lembar Pengumpulan Data.....	68



**HUBUNGAN ANTARA KARATERISTIK PASIEN, TINGKAT
PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ANTIDIABETIK
ORAL PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INSTALASI
RAWAT JALAN RSUD SLEMAN YOGYAKARTA**

INTISARI

Penyakit diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kronik yang memerlukan upaya penanganan yang tepat dan serius. Pengetahuan tentang penyakit merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang akan gaya hidup yang dapat berperan serta dalam menjaga kesehatannya. Pengetahuan pasien tentang diabetes melitus merupakan sarana yang dapat membantu pasien menjalankan penanganan diabetes selama hidupnya. Hal ini memerlukan tingkat kepatuhan yang baik agar terapi dapat berjalan dengan efektif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien DM, hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan dan kepatuhan, serta hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral. Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Kriteria inklusi adalah pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah menjalani pengobatan lebih dari 3 bulan, menggunakan antidiabetik oral, berusia 40-65 tahun dan menyetujui untuk dilibatkan dalam penelitian dengan mengisi *informed consent*. Tingkat pengetahuan dilihat berdasarkan skor yang diperoleh dari kuisioner pengetahuan yang berisi pertanyaan seputar DM meliputi terapi, diet, olahraga, *foot care*, dan monitoring kadar glukosa darah. Kepatuhan dilihat berdasarkan skor yang diperoleh dari kuisioner MMS (*modified Morisky Scale*). Uji statistik *chi-square* dengan taraf kepercayaan 95% digunakan untuk melihat hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 71 pasien, yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 65%, yang memiliki tingkat kepatuhan tinggi sebesar 87%, tidak terdapat hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien dan terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral dengan nilai signifikansi 0,034 ($P < 0,05$).

Kata kunci : Diabetes Melitus Tipe 2, Pengetahuan, Kepatuhan, Antidiabetik Oral

CORELATION BETWEEN PATIENT CHARACTERISTICS, THE LEVEL OF KNOWLEDGE AND ADHERENCE OF ANTIDIABETIC ORAL USE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS IN OUTPATIENT INSTALLATION OF RSUD SLEMAN, YOGYAKARTA

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease that requires proper and serious treatment. The knowledge of the disease is one of the factors that influences the behavior of a person's lifestyle that will be able to participate in maintaining health. Patients' knowledge about diabetes mellitus is a means that can help patients in conducting diabetes treatment during their lives. This requires a good level of adherence in order to conduct therapy effectively. This study aims to determine the level of knowledge and patients' adherence DM, correlation between characteristics of patients with the level of knowledge and adherence and the correlation between the level of knowledge and adherence in the use of oral antidiabetic. This study used the analytical method with cross sectional research design. The sampling technique used purposive sampling. Inclusion criteria were patients with type 2 diabetes mellitus who have undergone treatment more than 3 months, use oral antidiabetic, aged 40-65 years and agree to be involved in the study by completing the informed consents. The knowledge level based on scores obtained from the knowledge questionnaire containing questions about DM including therapy, diet, exercise, foot care, and monitoring of blood glucose levels. The adherence was based on scores obtained from MMS (Modified Morisky Scale) questionnaires. Chi-square statistical tests 95% was used to see correlation between the level of knowledge and adherence. Results showed that of 71 patients, which has the highest level of knowledge by 65%, which has a high level of adherence of 87%, there is no correlation between the characteristics of patients with levels of knowledge and patients adherence, and there is a correlation between the level of knowledge and adherence in the use of oral antidiabetic with significance value of 0.034 ($P < 0.05$).

Key Words: Type 2 Diabetes Mellitus, knowledge, adherence, oral antidiabetic

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit metabolik yang kronik dimana penderita diabetes tidak bisa memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup atau tidak mampu menggunakan insulin secara efektif. Hal ini mengakibatkan peningkatan kadar gula dalam darah dan baru dirasakan setelah terjadi komplikasi lanjut pada organ tubuh⁽¹⁾

Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan prevalensi diabetes melitus tipe-2 di dunia. WHO memprediksi adanya peningkatan jumlah penderita diabetes yang cukup besar untuk tahun-tahun mendatang. Untuk Indonesia, WHO memprediksi kenaikan jumlah pasien dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Hasil penelitian pada tahun 2000 menunjukkan peningkatan prevalensi yang sangat tajam. Sebagai contoh penelitian di Jakarta (daerah urban) dari prevalensi DM 1,7% pada tahun 1982 menjadi 5,7% pada tahun 1993 dan kemudian menjadi 12,8% pada tahun 2001 di daerah sub-urban Jakarta⁽²⁾

Laporan statistik dari International Diabetes Federation (IDF) menyebutkan, bahwa saat ini sudah ada sekitar 230 juta penderita diabetes didunia. Angka ini terus bertambah hingga 3% atau sekitar 7 juta orang tiap tahunnya. Dengan demikian, jumlah penderita diabetes diperkirakan akan mencapai 350 juta pada tahun 2025 dan setengah dari angka tersebut berada di Asia, terutama India, Cina, Pakistan dan Indonesia. Angka penderita diabetes yang didapatkan di Asia Tenggara adalah: Singapura 10,4% (1992), Thailand 11,9% (1995), Malaysia 8% (1997), dan Indonesia 5,7% (1992). Saat ini dilaporkan bahwa di kota-kota besar seperti Jakarta dan Surabaya, hampir 10% penduduknya mengidap diabetes. Diabetes telah menjadi penyebab kematian terbesar keempat di dunia. Setiap tahun ada 3,2 juta kematian yang disebabkan langsung oleh diabetes. Itu berarti ada 1 orang per 10 detik atau 6 orang per menit yang meninggal akibat penyakit yang berkaitan dengan diabetes⁽³⁾

Pengetahuan tentang penyakit merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang akan gaya hidup yang dapat berperan serta dalam menjaga kesehatannya⁽²⁾. Pengetahuan pasien tentang diabetes melitus merupakan sarana yang dapat membantu pasien menjalankan penanganan diabetes selama hidupnya, hal ini memerlukan tingkat kepatuhan yang baik agar terapi dapat berjalan dengan efektif⁽⁴⁾

Dalam pengobatan, kepatuhan menggambarkan sejauh mana pasien mengikuti saran medis. Kepatuhan merupakan perilaku pasien yang mentaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis, diantaranya dokter dan apoteker. Kepatuhan pasien dalam aturan pengobatan merupakan permasalahan umum dalam penanganan penyakit kronik. Menurut *American Diabetic Association (ADA)*, kepatuhan pengobatan DM cenderung sangat rendah, yaitu berkisar antara 30-70%. Meningkatnya kepatuhan pasien mempengaruhi tingginya kontrol DM dan kualitas hidup⁽⁵⁾. Salah satu upaya untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatannya saat ini adalah dengan melakukan konseling pasien. Dengan adanya konseling dapat mengubah pengetahuan dan kepatuhan pasien. Dalam hal ini farmasis harus berinteraksi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya dengan komunikasi yang efektif untuk memberikan pengertian ataupun pengetahuan tentang obat dan penyakit. Pengetahuan yang dimilikinya diharapkan dapat menjadi titik tolak perubahan sikap dan gaya hidup pasien yang pada akhirnya akan merubah perilakunya serta dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang dijalannya⁽⁶⁾. Bertitik tolak dari hal tersebut, maka penelitian ini dilakukan dengan harapan mendapatkan suatu gambaran mengenai hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan pasien diabetes mellitus tipe 2

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah gambaran tingkat pengetahuan dan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien diabetes melitus di instalasi rawat jalan RSUD Sleman Yogyakarta?
2. Apakah terdapat hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan dan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien diabetes melitus di instalasi rawat jalan RSUD Sleman Yogyakarta?
3. Apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien diabetes melitus di instalasi rawat jalan RSUD Sleman Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien diabetes melitus di instalasi rawat jalan RSUD Sleman Yogyakarta
2. Mengetahui apakah terdapat hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan dan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien diabetes melitus di instalasi rawat jalan RSUD Sleman Yogyakarta
3. Mengetahui apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien diabetes melitus di instalasi rawat jalan RSUD Sleman Yogyakarta

D. Manfaat Penelitian

Dengan diketahui hubungan antara pengetahuan dan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien Diabetes Melitus , maka penelitian ini dapat bermanfaat untuk:

1. Bagi Farmasi

Sebagai bahan masukan bagi farmasi dalam mengelola pasien diabetes melitus, terutama untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien dalam terapi.

2. Bagi Instansi rumah sakit dan profesi kesehatan lain

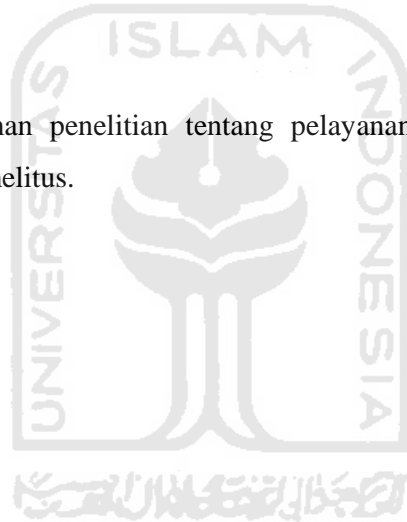
Sebagai bahan informasi bagi rumah sakit mengenai gambaran pengetahuan penyakit diabetes melitus dan kepatuhan pengobatan pada pasien DM rawat jalan sehingga dapat digunakan sebagai pertimbangan pengelolaan pasien diabetes melitus dan meningkatkan kualitas pelayanan.

3. Bagi Universitas Islam Indonesia

Sebagai salah satu hasil aplikasi metode ilmiah dalam tema tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien.

4. Bagi peneliti

Meningkatkan pengalaman penelitian tentang pelayanan kesehatan khususnya pada penyakit diabetes melitus.



BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Diabetes Melitus

a. Definisi diabetes melitus

Menurut *American Diabetes Association (ADA)* 2005, diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Sedangkan menurut WHO, dikatakan bahwa diabetes mellitus adalah sesuatu yang tidak dapat dituangkan dalam satu jawaban yang jelas dan singkat tetapi secara umum dapat dikatakan sebagai suatu kumpulan problema anatomic dan kimiawi yang merupakan akibat dari sejumlah factor dimana didapat defisiensi insulin absolut atau relatif dan gangguan fungsi insulin⁽²⁾

b. Etiologi diabetes melitus

Faktor genetik, lingkungan dan cara hidup berperan dalam perjalanan penyakit diabetes mellitus. Ada kecenderungan penyakit ini timbul dalam keluarga. Disamping itu juga ditemukan perbedaan kekerapan dan komplikasi di antara ras, negara dan kebudayaan. Diabetes mellitus tipe 2 umum baru diketahui setelah 4-7 tahun mengidap penyakit tersebut dan tidak sedikit pula yang baru tahu setelah muncul komplikasi⁽⁷⁾

Saat ini, sudah ada 230 juta penduduk dunia yang mengidap diabetes. Angka ini naik 3% atau bertambah 7 juta jiwa setiap tahun. Pada tahun 2025 diperkirakan akan ada 350 juta orang yang terkena diabetes. Angka penderita diabetes yang didapatkan di Asia Tenggara adalah: Singapura 10,4% (1992), Thailand 11,9% (1995), Malaysia 8% (1997), dan Indonesia 5,7% (1992). Di Indonesia pada tahun 1995, ada 4,5 juta orang yang mengidap diabetes, nomor tujuh terbanyak di dunia. Sekarang angka ini meningkat sampai 8,4 juta dan diperkirakan pada 2025 akan menjadi 12,4 juta orang, atau urutan kelima terbanyak di dunia. Diabetes telah menjadi penyebab kematian terbesar keempat di dunia. Setiap tahun ada 3,2 juta

kematian yang disebabkan langsung oleh diabetes. Itu berarti ada 1 orang per 10 detik atau 6 orang per menit yang meninggal akibat penyakit yang berkaitan dengan diabetes. Di Amerika yang sudah maju sekalipun, angka kematian akibat diabetes bisa mencapai 200.000 per tahun⁽³⁾

c. Patofisiologi diabetes melitus

Faktor utama tercetusnya diabetes mellitus adalah faktor genetik, tetapi faktor-faktor yang lain adalah obesitas, berumur 45 tahun atau lebih, hipertensi (TD >140 mmHg), kadar kolesterol (HDL) ≤ 35 mg/dl atau trigliserida ≥ 200 mg/dl⁽²⁾

Insulin adalah zat atau hormon yang dikeluarkan oleh sel beta pankreas yang berfungsi untuk membawa glukosa ke dalam sel. Glukosa yang terdapat di dalam sel kemudian dimetabolisme menjadi energi. Apabila insulin tidak ada, maka glukosa tidak akan masuk ke dalam sel. Akibatnya, kadar glukosa di dalam darah meningkat. Keadaan seperti ini mengakibatkan badan menjadi lemah, inilah yang terjadi pada diabetes mellitus tipe 1. Pada diabetes mellitus tipe 2 insulin normal, tetapi jumlah reseptor insulin yang terdapat pada permukaan sel yang kurang. Pada diabetes mellitus tipe 2 jumlah sel beta berkurang sampai 50-60% dari normal sedangkan jumlah sel alfa meningkat. Pada diabetes mellitus tipe 2 disamping kadar glukosa tinggi, juga kadar insulin tinggi atau normal. Keadaan ini disebut resistensi insulin. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan resistensi insulin pada diabetes mellitus tipe 2, yaitu obesitas terutama yang bersifat sentral, diet tinggi lemak dan rendah karbohidrat, kurang berat badan dan faktor keturunan⁽⁷⁾

d. Diagnosis diabetes melitus

Diagnosis diabetes mellitus ditegakkan berdasarkan gejalanya yaitu 3P (polidipsi, polifagi, poliuri) dan berat badan menurun cepat tanpa penyebab yang jelas. Diagnosis diabetes mellitus ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah⁽²⁾

Biasanya untuk mendiagnosa diabetes mellitus juga dilakukan beberapa pemeriksaan laboratorium yang penting, antara lain : glukosa darah, profil lemak darah, fungsi ginjal dan hati, hemoglobin dan leukosit,

tes urine untuk mikroalbuminuria. Juga diperlukan data tentang jantung dan paru-paru dengan meminta pemeriksaan EKG dan foto dada bagi pasien dewasa⁽³⁾

Tabel I. kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis diabetes mellitus(mg/dl)⁽²⁾

		Bukan DM	Belum pasti DM	Diabetes mellitus
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)	Plasma vena	<100	100-199	≥200
	Darah kapiler	<90	90-199	≥200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dl)	Plasma darah	<100	100-125	≥126
	Darah kapiler	<90	90-99	≥100

Catatan : untuk kelompok resiko tinggi yang tidak menunjukkan kelainan hasil, dilakukan pemeriksaan ulangan tiap tahun. Bagi penderita yang berusia >45 tahun tanpa faktor resiko lain, pemeriksaan penyaring dapat dilakukan setiap 3 tahun⁽²⁾

e. Klasifikasi diabetes melitus

1) Diabetes melitus tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 merupakan diabetes yang tergantung insulin. Pada diabetes mellitus tipe 1 kelainan terletak pada sel Beta, yang bisa idiopatik atau imunologik⁽⁷⁾. Diabetes melitus tipe 1 merupakan penyakit autoimun yang menyebabkan morbiditas dan mortalitasnya besar. Diabetes mellitus tipe 1 disebabkan adanya destruksi sel beta, umumnya mengarah ke defisiensi insulin absolute⁽⁸⁾.

2) Diabetes melitus tipe 2

Kasus diabetes yang terbanyak dijumpai adalah diabetes melitus tipe 2. Pada umumnya penderita diabetes melitus tipe 2 ini mempunyai latar belakang kelainan yang diawali dengan terjadinya resistensi insulin. Awalnya resistensi insulin masih belum menyebabkan diabetes secara

klinis. Pada saat tersebut sel beta pankreas masih dapat mengkompensasi keadaan ini dan terjadi suatu hiperinsulinemia dan glukosa darah masih normal atau baru sedikit meningkat. Kemudian setelah terjadi ketidaksanggupan sel beta pankreas, baru akan terjadi diabetes melitus secara klinis, yang ditandai dengan terjadinya peningkatan kadar glukosa darah yang memenuhi kriteria diagnosis diabetes mellitus⁽⁹⁾.

3) Diabetes melitus gestasional

Diabetes mellitus dan kehamilan (*Gestasional Diabetes Melitus* atau GDM) adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan *insulin resistance* (ibu hamil gagal mempertahankan *euglycemia*). Faktor resiko GDM adalah riwayat keluarga diabetes mellitus, kegemukan, dan glikosuria. GDM ini meningkatkan morbiditas neonates, misalnya hipoglikemia, ikterus, polisitemia, dan makrosomia. Hal ini terjadi karena bayi dari ibu GDM mensekresi insulin lebih besar sehingga merangsang pertumbuhan bayi dan makrosomia. Frekuensi GDM kira-kira 3-5% dan para ibu tersebut meningkat risikonya untuk menjadi diabetes mellitus dimasa mendatang⁽²⁾

4) Diabetes tipe lain

Subkelas diabetes dimana individu mengalami hiperglikemia akibat kelainan spesifik (kelainan genetik fungsi sel beta), endokrinopati (penyakit Cushing's, akromegali), penggunaan obat yang mengganggu fungsi sel beta(dilantin), penggunaan obat yang mengganggu kerja insulin (β -adrenergik), dan infeksi atau sindroma genetik (Down's, Klinefelter's)⁽²⁾

f. Komplikasi diabetes melitus

1) Komplikasi akut

Komplikasi akut yang paling berbahaya adalah terjadinya hipoglikemia (kadar gula darah sangat rendah), karena dapat mengakibatkan koma (tidak sadar) bahkan kematian bila tidak cepat ditolong. Keadaan hipoglikemia ini biasanya dipicu karena penderita tidak patuh dengan jadwal makanan (diet) yang telah ditetapkan, sedangkan penderita tetap minum obat anti diabetika atau mendapatkan infeksi insulin. Gejala-gejala terjadinya

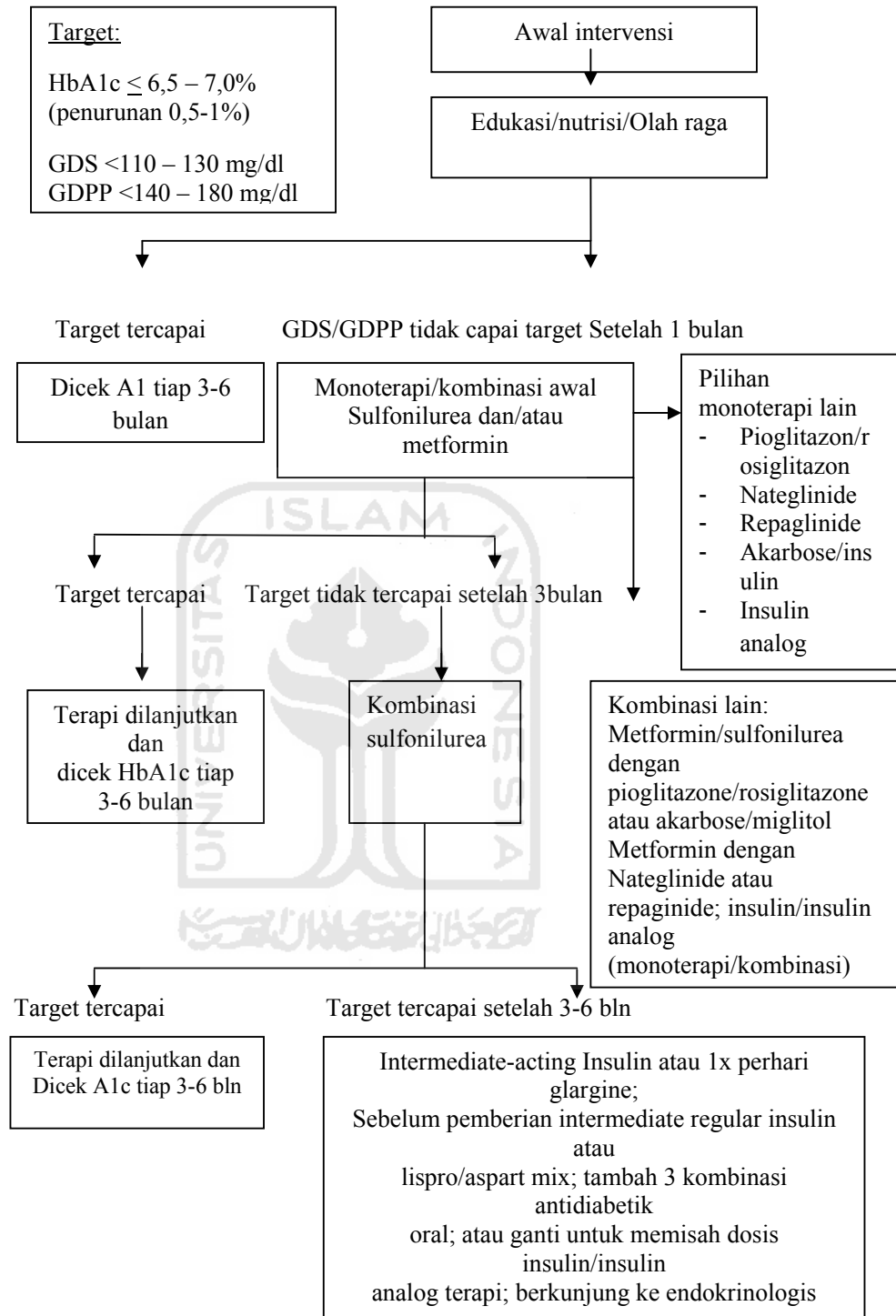
hipoglikemia adalah rasa lapar, lemas, gemetar, sakit kepala, keringat dingin dan bahkan sampai kejang-kejang⁽³⁾

Koma pada penderita DM juga dapat disebabkan karena tingginya kadar gula dalam darah, yang biasanya dipicu adanya penyakit infeksi atau karena penderita DM tidak minum obat/mendapatkan insulin sesuai dosis yang dianjurkan. Gejala dari hiperglikemia adalah rasa haus, kulit hangat dan kering, mual dan muntah, nyeri abdomen, pusing dan poliuria. Karena sulit untuk membedakan komplikasi karena hipo atau hiperglikemia, maka dianjurkan kalau ada gejala-gejala seperti diatas pada penderita DM, lebih baik segera ditolong dengan diberikan air gula atau permen, kemudian penderita segera dikirim ke Rumah Sakit⁽³⁾

2) Komplikasi kronis

Bila sudah terjadi komplikasi yang mengakibatkan tingginya kadar gula darah dalam waktu lama seperti gangguan pada saraf, mata, hati, jantung, pembuluh darah dan ginjal, selain upaya menurunkan kadar gula darah dengan obat antibiotik/insulin dan terapi diit, perlu pengobatan untuk komplikasinya. Diet juga ditujukan untuk mengurangi/menyembuhkan komplikasi tersebut (misalnya kadar kolesterol juga tinggi, diet diarahkan juga untuk menurunkan kadar kolesterol tersebut)⁽³⁾

g. Terapi diabetes mellitus



Gambar 1. Algoritme Penatalaksanaan Penyakit DM tipe 2⁽¹⁰⁾

Pengobatan diabetes secara menyeluruh mencakup diet yang benar, olahraga yang teratur, dan obat-obatan yang diminum atau suntikan insulin. Pada diabetes tipe 1, mutlak diperlukan suntikan insulin tiap hari. Sedangkan pada diabetes tipe 2, kadang dengan diet dan olahraga saja, glukosa darah bias menjadi normal. Namun umumnya pasien perlu minum obat antidiabetes secara oral atau tablet. Dalam keadaan tertentu, penderita diabetes tipe 2 memerlukan suntikan insulin, atau bahkan kombinasi suntikan insulin dan tablet⁽³⁾

Pasien diabetes tipe 2, pada awal pengobatan, biasanya memakai satu jenis *Oral Anti Diabetes* (OAD). Namun, agar lebih efektif menurunkan glukosa darah, kadang diperlukan lebih dari satu macam OAD⁽³⁾

1) Sulfonylurea

Sulfonylurea adalah tablet OAD yang paling banyak dikenal dalam puluhan tahun terakhir. Untuk menurunkan kadar glukosa darah, obat ini merangsang sel beta dari pancreas untuk memproduksi lebih banyak insulin. Jadi, syaratnya pemakaian obat ini adalah apabila pancreas masih baik untuk membentuk insulin sehingga obat ini hanya bias dipakai oleh penderita diabetes tipe 2. Obat yang termasuk golongan *Sulfonylurea* ini antara lain: chlorpropamide, glibenclamide, gliquidone, gliclazide, glipizide, glimepiride. Saat ini, yang paling banyak dipakai adalah glimepiride, glibenclamide, dan glipizide. Obat *Sulfonylurea* biasanya diminum 15 sampai 30 menit sebelum makan. efek sampingnya antara lain bias menyebabkan hipoglikemia, terutama bila dipakai dalam 3-4 bulan pertama pengobatan akibat perubahan diet dan pasien mulai sadar berolahraga serta minum obat⁽³⁾

2) Biguanid

Obat *biguanides* memperbaiki kerja insulin didalam tubuh dengan cara mengurangi resistensi insulin. Pada diabetes tipe 2, terjadi pembentukan glukosa oleh hati yang melebihi normal. *Biguanides* menghambat proses ini sehingga kebutuhan insulin untuk mengangkut glukosa dari darah masuk ke sel berkurang, dan glukosa darah

menjadi turun. Karena cara kerjanya demikian, obat ini jarang sekali menyebabkan hipoglikemia. Satu-satunya *biguanides* yang beredar dipasaran adalah metformin. Contohnya adalah glibenclamide. Efek sampingnya jarang terjadi, namun pada beberapa orang bisa timbul keluhan, terutama pada saluran cerna. Misalnya: gangguan pengecapan, nafsu makan menurun, mual, muntah, kembung, sebah, banyak gas di perut, dan lain-lain⁽³⁾

3) Alpha-glukosidase inhibitor

Obat golongan ini bekerja di usus, menghambat enzim di saluran cerna, sehingga pemecahan karbohidrat menjadi glukosa atau pencernaan karbohidrat di usus menjadi berkurang. Hasil akhir dari pemakaian obat ini adalah penyerapan glukosa ke darah menjadi lambat, dan glukosa darah sesudah makan tidak cepat naik. Yang termasuk obat golongan ini kita kenal dengan acarbose dan miglitol. Acarbose ada di pasaran dengan nama glucobay, dalam kemasan 50 mg dan 100 mg, yang di minum bersamaan dengan saat makan, terutama untuk mengatasi kenaikan glukosa darah sesudah makan. Efek sampingnya antara lain perut kembung, terasa banyak gas, banyak kentut, bahkan diare. Bila di minum bersamaan dengan suntikan insulin atau tablet sulfonilurea, kadang bisa menyebabkan hipoglikemia⁽³⁾

4) Thiazolidinediones

Obat ini baik bagi penderita diabetes tipe 2 dengan resistensi insulin karena bekerja dengan merangsang jaringan tubuh menjadi lebih sensitive terhadap insulin. Dengan demikian, insulin bisa bekerja dengan lebih baik, glukosa darah pun akan lebih banyak diangkut ke dalam sel dan kadar glukosa darah akan menurun. Yang termasuk dalam kelompok obat ini adalah pioglitazone dan rosiglitazone. Efek samping yang timbul antara lain adalah bengkak, berat badan naik, dan rasa capek. Efek serius yang jarang terjadi adalah gangguan hati⁽³⁾

Tabel II. Obat Antidiabetik Oral⁽³⁾

Golongan	Nama Generik	Dosis
Sulfonilurea	Chlorpropamide	250 – 500 mg
	Glibanclamide	2.5 – 15 mg
	Gliquidon	30 -120 mg
	Glicazide	20 – 320 mg
	Glipizide	2.5 – 20 mg
	Glimepiride	1 – 8 mg
Biguanide	Metformin	0.5 – 3 gram
Alpha Glucosidase Inhibitor	Acarbose	50 – 600 mg
Meglitinide	Nateglinide	180 – 540 mg
	Repaglinide	0.5 – 16 mg
Thizolidindion	Pioglitazone	15 – 30 mg
	Rosiglitazone	4 – 8 mg

2. Kepatuhan

Kepatuhan adalah perilaku pasien yang menaati semua nasehat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis, seperti dokter dan apoteker. Segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, salah satunya adalah kepatuhan minum obat. Selain itu, kepatuhan juga berarti istilah untuk mengukur tindakan membeli obat sesuai dengan resep yang diberikan⁽¹¹⁾. Pengukuran kepatuhan dibagi menjadi pengukuran langsung dan tidak langsung. Pengukuran langsung adalah pengukuran biologis dan observasi, sedangkan pengukuran tidak langsung adalah laporan diri, perhitungan pil, tepatnya waktu kunjungan, tepat dosis, frekuensi dan pengukuran dengan elektronik⁽¹¹⁾

a. Faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan pasien

1) Faktor penyakit

- a) Keparahan penyakit, kadang orang yang merasa sudah lebih baik kondisinya tidak mau meneruskan pengobatan.
- b) Komplikasi merupakan efek dari perkembangan mpenyakit yang tidak dapat dicegah bila tidak dilakukan pengobatan yang tepat. Komplikasi inilah yang sering menyebabkan kematian pada pasien dengan penyakit kronik⁽¹²⁾

- 2) Faktor terapi
 - a) Kesulitan dalam penggunaan obat, misalnya: kesulitan menelan obat karena ukuran tablet yang besar.
 - b) Efek samping yang ditimbulkan, misalnya: mual, konstipasi, dan lain-lain.
 - c) Rutinitas sehari-hari yang tidak sesuai dengan jadwal penggunaan obat⁽¹²⁾
 - 3) Faktor pasien
 - a) Merasa kurang pemahaman mengenai keseriusan dari penyakit dan hasil yang didapat jika tidak diobati.
 - b) Menganggap pengobatan yang dilakukan tidak begitu todat begitu efektif.
 - c) Motivasi ingin sembuh
 - d) Kepribadian/perilaku, misalnya: orang yang terbiasa hidup teratur disiplin dan lebih patuh menjalani terapi.
 - e) Dukungan lingkungan sekitar/keluarga.
 - f) Sosio-demografi pasien: umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lain-lain⁽¹²⁾
 - 4) Faktor komunikasi
 - a) Pengetahuan yang kurang tentang obat dan kesehatan.
 - b) Kurang mendapat instruktur yang jelas tentang pengobatannya.
 - c) Kurang mendapat cara atau solusi untuk mengubah gaya hidupnya.
 - d) Ketidakpuasan dalam berinteraksi dengan tenaga ahli kesehatan⁽¹²⁾
- b. Cara meningkatkan kepatuhan**
- 1) Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan
 - 2) Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain
 - 3) Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya

- 4) Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan
- 5) Memberikan informasi resiko ketidakpatuhan
- 6) Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan
- 7) Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya
- 8) Adanya dukungan dari pihak keluarga teman dan orang – orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan⁽¹²⁾

Menurut *American Diabetic Association* (ADA), kepatuhan pengobatan DM cenderung sangat rendah, yaitu berkisar antara 30-70%. Meningkatnya kepatuhan pasien mempengaruhi tingginya kontrol DM dan kualitas hidup⁽⁵⁾.

3. Pengetahuan

Kebahagiaan dan kesejahteraan hidup manusia sangat tergantung pada jenis, tingkat pengetahuan dan teknologi yang dimiliki dan dikembangkannya⁽¹³⁾. Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep dan pemahaman yang dimiliki manusia dan segala isinya, termasuk manusia dan kehidupannya. Pengetahuan mencakup penalaran, penjelasan dan pemahaman manusia tentang segala sesuatu, serta mencakup praktek dan kemampuan teknis dalam memecahkan berbagai persoalan hidup yang belum dibakukan secara skematis dan metedis⁽¹⁴⁾.

Pengetahuan merupakan khasanah kekayaan yang secara langsung maupun tidak langsung turut memperkaya kehidupan seseorang, oleh karenanya pengetahuan merupakan sumber jawaban bagi berbagai pertanyaan yang muncul dalam kehidupan. Setiap jenis pengetahuan mempunyai ciri-ciri spesifik mengenai "apa" (*ontologi*), "bagaimana" (*epistemologi*), "dan untuk apa" (*oksiologi*). Pengetahuan termasuk domain kognitif banyak berhubungan dengan informasi dan persepsi sebagai domain penting dalam terbentuknya sikap dan tindakan seseorang.

Untuk pengukuran suatu pengetahuan salah satu teknik yang digunakan adalah pengisian angket, memuat isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Tingkat kedalaman pengetahuan yang ingin diukur disesuaikan dengan tingkat domain kognitif⁽¹⁵⁾.

Menurut Sobur dalam bukunya yang berjudul ‘psikologi umum’ mengemukakan “pengetahuan adalah suatu sistem gagasan yang bersesuaian dengan sistem benda-benda dan dihubungkan oleh keyakinan”. Dengan demikian, ada tiga hal yang harus dipenuhi dalam pengetahuan, yaitu: adanya sistem gagasan dalam pikiran, Gagasan ini sesuai dengan benda-benda yang sebenarnya ada, Haruslah ada suatu keyakinan tentang adanya persesuaian. Apabila salah satu dari tiga unsur tersebut hilang, tidak akan terjadi “pengetahuan”⁽¹⁶⁾.

Mehra dan dan Burhan dalam buku mereka “Pengantar Logika Tradisional” mengemukakan bahwa ada tiga sumber pengetahuan, yaitu: Pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman langsung, Pengetahuan yang diperoleh dari suatu konklusi, Pengetahuan yang diperoleh dari kesaksian dan *authority*. Berdasarkan bentuknya, Mehra dan Burhan membagi pengetahuan dalam dua bagian, yaitu: Pengetahuan langsung, Pengetahuan tidak langsung. Pengetahuan yang didapat dari persepsi ekstern dan persepsi intern adalah pengetahuan langsung, sedangkan pengetahuan yang diperoleh dengan cara menarik konklusi, kesaksian, dan *authority* adalah pengetahuan yang tidak langsung⁽¹⁷⁾.

4. Kuesioner

Kuesioner merupakan alat pengumpulan data yang berupa serangkaian daftar pertanyaan untuk dijawab responden. Kuesioner dapat disebut juga sebagai interview tertulis dimana reponden dihubungi melalui daftar pertanyaan.

Jenis pertanyaan kuesioner yang akan diajukan dalam penelitian ada 2 jenis yakni:

- a. Pertanyaan tertutup : Pertanyaan yang jawabannya sudah ditentukan lebih dahulu sehingga responden tidak diberi kesempatan memberikan

alternatif jawaban, dikatakan bersifat tertutup jika alternatif jawaban telah disediakan.

- b. Pertanyaan terbuka : Responden diberikan kebebasan untuk menguraikan jawabannya, pertanyaan bersifat terbuka jika jawaban tidak ditentukan sebelumnya⁽¹⁸⁾.

Kuesioner memiliki kelebihan dan kekurangannya. Adapun kelebihan kuesioner tidak memerlukan hadirnya peneliti, dapat dibagikan secara serentak, dapat di jawab oleh responden bebas, jujur dan tidak malu-malu menjawab, dapat dibuat berstandar sehingga semua reponden dapat diberi pertanyaan yang benar-benar sama. Sedangkan kekurangan kuesioner yakni responden sering tidak teliti, sering kali sukar dicari validasinya, walau dibuat anonim kadang – kadang responden sengaja memberikan jawaban yang tidak jujur dan tidak benar⁽¹⁹⁾.

5. Uji validitas dan reabilitas

Dalam penelitian, data mempunyai kedudukan yang paling tinggi, karena data merupakan penggambaran variabel yang diteliti dan berfungsi sebagai alat pembuktian hipotesis. Benar tidaknya data, sangat menentukan bermutu tidaknya hasil penelitian. Sedang benar tidaknya data, tergantung dari baik tidaknya instrumen pengumpulan data. Pengujian instumen biasanya terdiri dari uji validitas dan reliabilitas⁽²⁰⁾. Pada penelitian ini, uji validitas dan reliabilitas dilakukan menggunakan program SPSS (*Statistical Product and Service Solution*) versi 18.00.

a. Definisi validitas dan reliabilitas

Validitas adalah tingkat keandalah dan kesahihan alat ukur yang digunakan. Intrumen dikatakan valid berarti menunjukkan alat ukur yang dipergunakan untuk mendapatkan data itu valid atau dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya di ukur. Dengan demikian, instrumen yang valid merupakan instrumen yang benar-benar tepat untuk mengukur apa yang hendak di ukur. Penggaris dinyatakan valid jika digunakan untuk mengukur panjang, namun tidak valid jika digunakan untuk mengukur berat. Artinya, penggaris memang tepat digunakan

untuk mengukur panjang, namun menjadi tidak valid jika penggaris digunakan untuk mengukur berat⁽²⁰⁾

Uji validitas berguna untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang/diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner adalah sebagai berikut dengan menghitung korelasi antar data pada masing-masing pernyataan dengan skor total, memakai rumus korelasi product moment, sebagai berikut :

$$r = \frac{n(\sum XY) - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Item instrumen dianggap valid jika lebih besar dari 0,3 atau bisa juga dengan membandingkannya dengan r tabel. Jika r hitung > r tabel maka valid⁽²⁰⁾

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Dengan kata lain, reliabilitas instrumen mencirikan tingkat konsistensi. Banyak rumus yang dapat digunakan untuk mengukur reliabilitas diantaranya adalah rumus Spearman Brown⁽²⁰⁾

$$r_{11} = \frac{2 \cdot r_b}{1 + r_b}$$

Ket : r 11 adalah nilai reliabilitas, r b adalah nilai koefisien korelasi.

Nilai koefisien reliabilitas yang baik adalah diatas 0,7 (cukup baik), di atas 0,8 (baik). Pengukuran validitas dan reliabilitas mutlak dilakukan, karena jika instrument yang digunakan sudah tidak valid dan reliabel maka dipastikan hasil penelitiannya pun tidak akan valid dan reliabel. Penelitian yang valid artinya bila terdapat kesamaan antara data yang

terkumpul dengan data yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti. Artinya, jika objek berwarna merah, sedangkan data yang terkumpul berwarna putih maka hasil penelitian tidak valid. Sedangkan penelitian yang reliabel bila terdapat kesamaan data dalam waktu yang berbeda. Kalau dalam objek kemarin berwarna merah, maka sekarang dan besok tetap berwarna merah⁽²⁰⁾

B. Hipotesis

Ketidakhahaman pasien terhadap terapi yang sedang dijalannya akan meningkatkan ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obatnya. Faktor tersebut akibat dari kurangnya informasi dan komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien⁽²¹⁾. Salah satu upaya untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatannya saat ini adalah dengan memberikan edukasi atau pengetahuan pada pasien. Dengan adanya edukasi atau pengetahuan dapat mengubah kepatuhan pasien⁽⁶⁾.

Berdasarkan teori yang disampaikan di atas, maka hipotesis yang diajukan adalah Tingkat pengetahuan memiliki hubungan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.

H_0 = Tingkat pengetahuan tidak memiliki hubungan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.

H_1 = Tingkat pengetahuan memiliki hubungan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan rancangan cross-sectional. Data diperoleh secara prospektif yang diambil dari kuisoner pada pasien diabetes mellitus tipe 2 yang menggunakan antidiabetik oral di instalasi rawat jalan RSUD Sleman Selain itu, data juga dikumpulkan dari rekam medik pasien selama menjalani rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta. Skor dari kuesioner pasien akan diolah dengan olah data statistik *chi square*, hasilnya kemudian diinterpretasikan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Sleman Yogyakarta.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan September-November 2011

C. Populasi dan sampel Penelitian

1. Populasi

- a. Populasi adalah pasien diabetes mellitus tipe 2 yang menjalani rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta
- b. Sampel adalah pasien diabetes mellitus tipe 2 yang menjalani rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi

Jumlah populasi sebesar 412 pasien, kemudian dikenakan kriteria inklusi dan eksklusi sehingga didapatkan jumlah sampel sebesar 133 pasien, tetapi jumlah sampel yang diambil berdasarkan jalannya penelitian hanya sebesar 71 pasien. Jumlah sampel tersebut sudah mencakup 53.38% dari keseluruhan total jumlah sampel. Menurut pernyataan Gay dan Ghie (1992) bahwa untuk penelitian

deskriptif jumlah sampel minimal adalah 10% dari keseluruhan total sampel dan untuk korelasi jumlah sampel minimal adalah 30 sampel⁽³³⁾

2. Kriteria Inklusi

- a. Pasien diabetes melitus tipe 2 yang menjalani rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta
- b. Usia 40-65 tahun
- c. Menggunakan antidiabetik oral
- d. Menjalani pengobatan > 3 bulan

3. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien menolak untuk menjadi responden
- b. Pasien yang menggunakan insulin
- c. Pasien DM tipe 1
- d. Pengobatan < 3 bulan

D. Definisi Operasional

1. Pasien adalah seluruh pasien yang menderita diabetes melitus tipe 2 yang menjalani rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta pada bulan September-November 2011 dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

2. Karakteristik pasien adalah keadaan pasien meliputi:

- a. umur

Pasien dikelompokkan berdasarkan usia pada saat pasien melakukan kontrol. Usia dibagi atas 3 kelompok yaitu 40-50 tahun, 50-60 tahun, 61-65 tahun

- b. tingkat pengetahuan

Pasien diklasifikasikan menjadi dua yaitu memiliki pengetahuan rendah dan tinggi. Pasien memiliki tingkat pengetahuan tinggi apabila nilai skor yang didapat ≥ 17 dari hasil kuisioner, sedangkan pasien dikatakan memiliki tingkat pengetahuan rendah apabila nilai skor yang didapat < 17

- c. durasi pengobatan

lamanya pasien terdiagnosis diabetes melitus sampai saat ini. Digolongkan menjadi 2 yaitu kurang dari 5 tahun dan lebih dari 5 tahun

- d. status penjamin kesehatan
sumber biaya yang dikeluarkan pasien untuk pengobatan. Digolongkan menjadi 3 yaitu askes, jamkesmas, dan umum
 - e. komplikasi
pasien menderita komplikasi diabetes. Digolongkan menjadi 2 yaitu dengan komplikasi dan tanpa komplikasi
 - f. tingkat pendidikan
digolongkan menjadi 2 kategori yaitu kategori I (tingkat pendidikan rendah meliputi SD,SLTP) dan kategori II (tingkat pendidikan tinggi meliputi SLTA dan perguruan tinggi)
3. Jenis terapi adalah macam pengobatan yang dijalani pasien diabetes melitus yang meliputi terapi dengan antidiabetik oral.
 4. Tingkat kepatuhan adalah gambaran sejauh mana pasien mengikuti saran medis selama rawat jalan berdasarkan hasil pengisian kuesioner *Modified Morisky Scale (MMS)*. Pasien dikatakan patuh jika skor dari pengisian kuesioner 4 – 6 dan pasien dikatakan tidak patuh jika skor dari pengisian kuesioner ≤ 3 .
 5. Tingkat pengetahuan adalah kemampuan responden menjawab pertanyaan dengan benar berdasarkan nilai total jawaban yang dijawab responden pada saat mengisi kuesioner berdasarkan nilai median dari hasil pasien.

E. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan berupa hasil penjumlahan pertanyaan yang terjawab dengan lengkap oleh pasien. Selain itu juga melihat ada atau tidaknya perubahan hasil yang signifikan pada kedua nilai tersebut. Data yang digunakan merupakan data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dengan metode kuesioner, yaitu mengenai tingkat pengetahuan dan kepatuhan. Kuesioner pengetahuan berisi sejumlah pertanyaan mengenai aspek-aspek pengetahuan tentang diabetes melitus tipe 2 dengan kriteria tinggi dan rendah. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari data rekam medik pasien meliputi usia, durasi penyakit, komplikasi, jenis terapi dan kadar gula darah pasien.

1. Tingkat pengetahuan

Kuesioner tingkat pengetahuan berisi sejumlah pertanyaan mengenai aspek-aspek pengetahuan. Kuisoner berisi sekitar 30 pertanyaan meliputi prinsip-prinsip terapi yang meliputi diet, terapi, olahraga, *Foot Care* dan monitoring kadar gula darah. Hal ini sesuai dengan pernyataan *American Diabetes Association* (ADA), yang menyatakan bahwa pengetahuan yang perlu dimiliki oleh pasien diabetes mellitus tipe 2 meliputi diet, terapi, olahraga, *Foot Care* dan monitoring kadar gula darah⁽²²⁾

Tabel III. Daftar Kisi-kisi Pertanyaan Pengetahuan⁽²²⁾

No	Aspek-aspek pengetahun pasien diabetes melitus	No. pernyataan
1.	Pengetahuan tentang terapi	7, 17, 21, 22, 27, 30
2.	Pengetahuan tentang olahraga	1, 2, 4, 5, 8, 15
3.	Pengetahuan tentang diit	6, 9, 10, 11, 16, 20
4.	Pengetahuan tentang monitoring kadar gula darah	12, 13, 14, 18, 23, 26
5.	Pengetahuan tentang <i>Foot Care</i>	3, 19, 24, 25, 28, 29

Tabel IV. Skala pengetahuan yang sudah diujikan⁽²²⁾

No.	Aspek	Item		Jumlah
		<i>Favourable</i> (baik)	<i>Unfavourable</i> (tidak baik)	
1.	Terapi	21	7, 17, 22, 27, 30	6
2.	Diit	6, 9, 11, 16, 20	10	6
3.	Olahraga	1, 2, 4, 15	5, 8	6
4.	Monitoring KGD	12, 14, 18, 23	13, 26	6
5.	<i>Foot Care</i>	3, 19, 25, 28, 29	24	6
Total		19	10	30

Pada tabel III dapat dilihat bahwa kuisoner pengetahuan terdiri dari 5 aspek, dimana tiap-tiap aspek terdiri dari 6 item dengan jumlah keseluruhan 30 item yang bersifat favorabel dan tak favourabel. Item disebut favorabel bila isinya mendukung, memihak, atau menunjukkan ciri adanya atribut yang di ukur. Sedangkan yang dimaksud dengan item tak favorabel adalah item yang isinya

tidak mendukung atau tidak menggambarkan ciri atribut yang di ukur⁽²²⁾. Dalam pemberian skore nilai, setiap respon positif (ya, sesuai, setuju) terhadap item favorabel diberi skor 1 sedangkan respon negatif (tidak, tidak sesuai, tidak setuju) diberi skor 0. Sebaliknya untuk item tak favourabel, respon positif akan di beri skor 0 sedangkan respon negatif diberi skor 1.

2. Tingkat kepatuhan

Tingkat kepatuhan pengobatan pasien diabetes melitus diukur dengan kuesioner *MMS*. *MMS* adalah kuisoner yang memuat sejumlah pertanyaan terkait dengan kepatuhan. Awalnya *MMS* digunakan untuk membantu praktisi dalam menilai kepatuhan pada penggunaan obat antihipertensi, tetapi seiring berjalannya waktu kuisoner ini mengalami perkembangan sehingga dapat juga diterapkan untuk melihat kepatuhan pada penyakit lain seperti diabetes melitus dan penyakit paru obstruksi kronik⁽³²⁾. Penilaian terhadap jawaban dari butir-butir pertanyaan yang ditentukan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Untuk jawaban yang benar maka diberi nilai satu (1).
- b. Untuk jawaban yang salah maka diberi nilai nol (0).

Pengkategorian skor ditentukan berdasarkan total perbandingan benar dan salah kemudian dikategorisasi ke dalam jenjang patuh (tingkat kepatuhan tinggi) dan tidak patuh (tingkat kepatuhan rendah). Pasien dikatakan patuh saat mendapatkan skor 4-6 dan dikatakan tidak patuh jika pasien mendapatkan skor 0-3⁽³²⁾

F. Cara Penelitian

Untuk melaksanakan penelitian ini dilakukan beberapa tahapan meliputi:

1. Persiapan

Tahapan ini dimulai dengan studi pustaka mengenai tema atau masalah yang ingin diteliti, kemudian diikuti dengan penyusunan proposal penelitian.

2. Perijinan penelitian

Perijinan penelitian dilakukan dengan pengiriman perijinan dari Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia yang dilampiri proposal penelitian ke Divisi Pendidikan dan Latihan (DIKLAT) RSUD Sleman Yogyakarta melalui Divisi Administrasi. Divisi DIKLAT memberikan

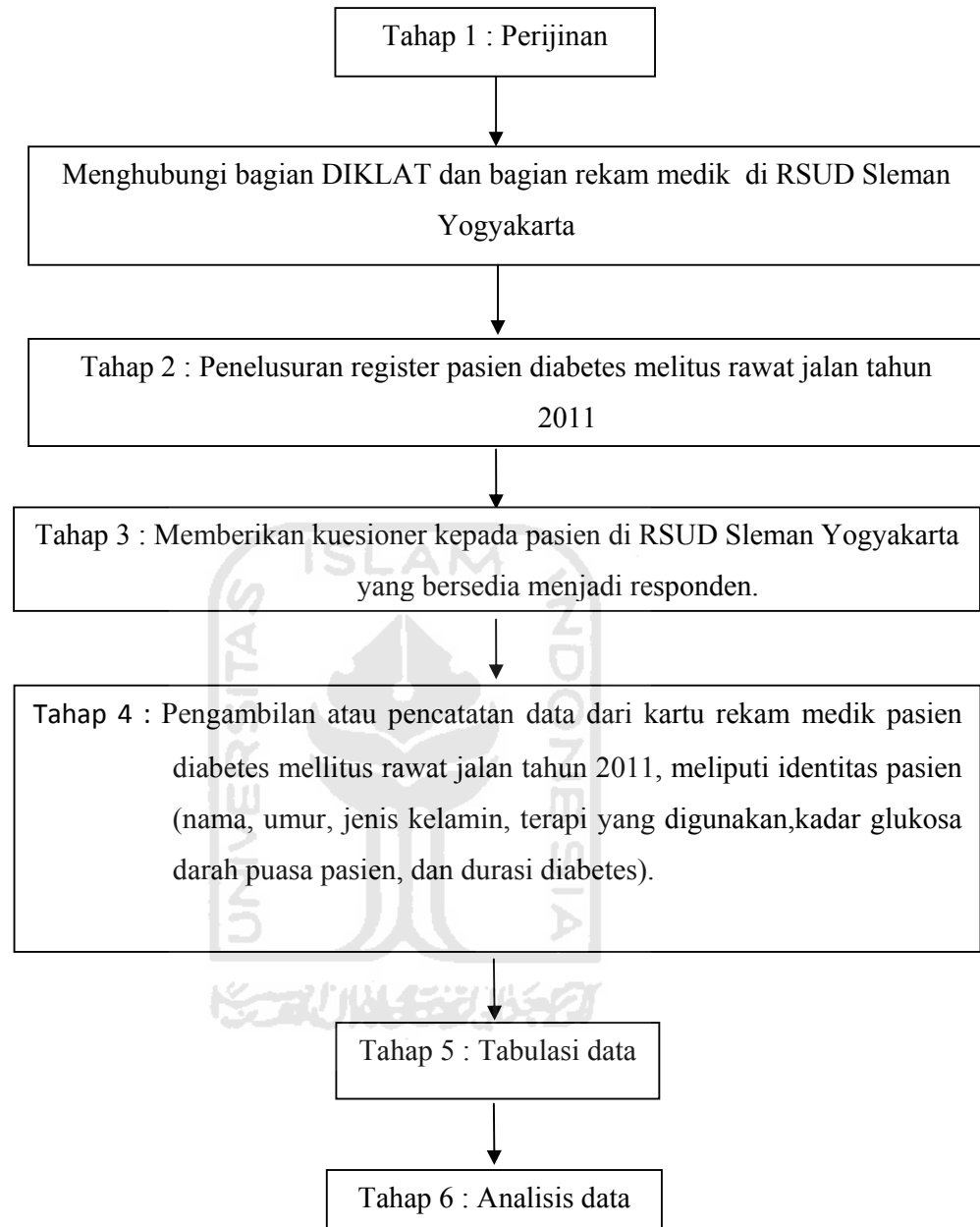
surat pengantar pengambilan data ke instalasi Catatan Medik (ICM). Kemudian perijinan penelusuran register pasien diabetes melitus yang akan rawat jalan pada instalasi rawat jalan.

3. Observasi

Observasi ditujukan untuk memberikan gambaran awal tentang lingkungan rumah sakit khususnya instalasi yang jadi tempat tujuan penelitian dan mengumpulkan informasi tentang data pasien diabetes mellitus tipe 2 yang menjalani rawat jalan secara keseluruhan sehingga memudahkan dalam mencari sampel penelitian.

4. Pelaksanaan penelitian

Pelaksanaan penelitian dimulai dengan menentukan subjek penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi serta menetapkan jumlah sampel. Setelah ditentukan, tahap selanjutnya memberikan kuisioner tingkat pengetahuan dan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral. Kemudian jika diperlukan tambahan informasi maka dilakukan penelusuran data bagian rekam medik dengan pengambilan atau pencatatan data dari kartu rekam medik pasien diabetes melitus rawat jalan, meliputi identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, terapi yang digunakan, kadar glukosa darah puasa pasien, dan durasi diabetes). Selanjutnya adalah tabulasi terhadap data-data yang telah diperoleh, dan dilakukan analisis data secara kualitatif. Skema jalannya penelitian disajikan pada gambar 2.



Gambar 2. Skema Penelitian

G. Uji Validasi dan Reliabilitas

Dalam penelitian, data mempunyai kedudukan yang paling tinggi, karena data merupakan penggambaran variabel yang diteliti dan berfungsi sebagai alat pembuktian hipotesis. Benar tidaknya data, sangat menentukan bermutu tidaknya hasil penelitian. Sedang benar tidaknya data, tergantung dari baik tidaknya instrumen pengumpulan data. Pengujian instrumen biasanya terdiri dari uji validitas dan reliabilitas.⁽²⁰⁾ Pada penelitian ini, uji validitas dan reliabilitas dilakukan menggunakan program SPSS (*Statistical Product and Service Solution*) versi 18.00.

1. Uji Validitas

Validasi kuesioner pengetahuan dilakukan berdasarkan 5 kategori pengetahuan antara lain pengetahuan tentang terapi, pengetahuan tentang olahraga, pengetahuan tentang diet, pengetahuan tentang *foot care* dan pengetahuan tentang monitoring kadar gula darah. Metode uji validitas yang digunakan adalah *Corrected Item-Total Correlation*. Berdasarkan hasil validasi, menunjukkan bahwa nilai yang didapat item - item pengetahuan harus diatas 0,3 (nilai yang didapat dari r tabel pada signifikan 0,05 dengan uji 2 sisi dengan jumlah data (n) = 30), sehingga dapat dinyatakan item pengetahuan valid. Namun terdapat 4 (empat) item pengetahuan yang memiliki nilai lebih kecil dari 0,3 yang berarti item tersebut tidak valid.

Tabel V. Hasil uji validitas pertanyaan pengetahuan yang tidak valid

No	Aspek pengetahuan	No pertanyaan	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	Keterangan
1.	Terapi	22	0.152	Tidak valid
2.	Olahraga	8	-0.064	Tidak valid
3.	Diet	6	0.007	Tidak valid
4.	Monitoring KGD	26	-0.117	Tidak valid

Sehingga berdasarkan ketentuan yang disebutkan sebelumnya, keempat item pertanyaan pengetahuan tentang terapi, olahraga, diet dan monitoring KGD tersebut tidak diikutsertakan.

2. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Dengan kata lain, reliabilitas instrumen mencirikan tingkat konsistensi⁽²⁰⁾ Metode uji reliabilitas yang digunakan adalah *Cronbach's Alpha*. Untuk penentuan apakah instrument reliable atau tidak bisa digunakan. reliabilitas kurang dari 0,6 adalah kurang baik, sedangkan 0,7 dapat diterima dan di atas 0,8 adalah baik⁽²⁰⁾

Reliabilitas yang didapat memiliki nilai *Cronbach's Alpha* disajikan dalam tabel berikut:

Tabel VI. Hasil uji reliabilitas pertanyaan pengetahuan

No	Aspek pengetahuan	<i>Cronbach's Alpha</i>	Ket
1.	Terapi	0.709	Reliabel
2.	Olahraga	0.799	Reliabel
3.	Diet	0.668	Reliabel
4.	Monitoring KGD	0.758	Reliabel
5.	<i>Foot care</i>	0.679	Reliabel

Nilai reliabilitas yang didapat di atas batasan tertentu yaitu 0,6. Sehingga dapat disimpulkan bahwa alat ukur pengetahuan yang mencakup pengetahuan tentang terapi, olahraga, diet, *foot care*, dan monitoring kadar gula darah ini reliabel.

H. Pengolahan dan Analisis Data

1. Analisis deskriptif

Data yang diperoleh dari jawaban kuesioner pasien merupakan data primer yang selanjutnya dianalisis secara deskriptif dengan bantuan program SPSS (*Statistical Product and Service Solution*) versi 18.00. Analisis ini menggambarkan karakteristik dari 71 pasien meliputi jenis kelamin, usia, durasi penyakit dan komplikasi serta tipe pasien dan obat yang diterima.

2. Pengukuran skor

- a. Penilaian tingkat pengetahuan berdasarkan nilai median yang didapat dari skor pasien adalah 19. kriteria penilaian sebagai berikut :

Lebih dari 17 : Pengetahuan Tinggi

Kurang dari 17 : Pengetahuan Rendah

- b. Penilaian tingkat kepatuhan berdasarkan skor pasien, dibagi menjadi:

4 - 6 : Patuh

Kurang dari 3 - 0 : Tidak Patuh⁽³²⁾

3. Uji *Chi square*

Uji ini dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara baris dan kolom pada hasil tabulasi silang (*crosstab*), yaitu antara tingkat pengetahuan pasien dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral. Untuk itu dilakukan analisis data menggunakan metode statistik *chi square* dengan taraf kepercayaan 95%. Dasar untuk pengambilan keputusan pada uji *Chi square* dilakukan dengan cara berdasarkan probabilitas. Jika probabilitas atau level signifikansi $> 0,05$ maka tidak ada hubungan antara baris dan kolom. Sebaliknya jika probabilitas $< 0,05$ maka ada hubungan antara baris dan kolom.

Hipotesis penelitian : Tingkat pengetahuan memiliki hubungan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.

H_0 = Tingkat pengetahuan tidak memiliki hubungan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.

H_1 = Tingkat pengetahuan memiliki hubungan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.

Jika Asymp Sig $> \alpha$, maka H_0 diterima

Jika Asymp Sig $< \alpha$, maka H_0 ditolak

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Subyek Penelitian

Pasien dikelompokkan berdasarkan karakteristik pasien yang meliputi beberapa aspek yaitu jenis kelamin, usia, durasi dan komplikasi penyakit, status pasien dan obat yang diterima. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah populasi pasien dewasa dengan usia antara 40-65 tahun dengan diagnosa utama diabetes melitus tipe 2 dengan atau tanpa penyakit penyerta yang menjalani rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta pada tanggal 15 September sampai 20 November tahun 2011. Gambaran karakteristik pasien tertera pada tabel VII.

Tabel VII. Karakteristik umum pasien rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta periode September – November 2011

Karakteristik	Kategori	Σ pasien	Presentase %
Jenis kelamin	1. Laki-laki	26	36,61
	2. Perempuan	45	63,39
Usia	1. 40-50 tahun	28	39,43
	2. >50-60 tahun	33	46,48
	3. >60-65 tahun	10	14,09
Durasi	1. < 5 tahun	38	53,52
	2. > 5 tahun	33	46,48
Komplikasi	1. Tanpa komplikasi	36	50,70
	2. Dengan komplikasi	35	49,30
Status jaminan kesehatan	1. Askes	55	77,46
	2. Jamkesmas	10	14,09
	3. Umum	6	8,45
Jenis terapi	1. sulfonilurea	15	21,13
	2. biguanid	1	1,41
	3. sulfonilurea dan biguanid	55	77,46

1. Jenis Kelamin

Pasien dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin untuk mengetahui perbandingan jumlah pasien yang didiagnosa DM yang terjadi antara pasien laki-laki dan perempuan. Berdasarkan tabel VII, dapat dilihat bahwa presentase pasien dengan jenis kelamin perempuan lebih besar yakni 63 %, sedangkan laki-laki sebesar 37 %. Data tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Isley dan Oki (2005) yang menyatakan bahwa, prevalensi perempuan yang

menderita penyakit diabetes melitus tipe 2 memiliki jumlah yang sedikit lebih tinggi daripada laki-laki⁽²³⁾. Namun PERKENI menyatakan bahwa jenis kelamin tertentu bukan merupakan faktor risiko terjadinya DM⁽²⁾.

2. Usia

Usia diklasifikasikan ke dalam 3 kelompok rentang usia yaitu 40-50 tahun, >50-60 tahun, dan >60-65 tahun. Pengelompokan pasien berdasarkan usia ini dilakukan untuk mengetahui pada rentang usia berapa kasus diabetes melitus tipe 2 banyak terjadi. Hasil analisis data menunjukkan bahwa dari segi usia diperoleh pasien paling banyak berada pada rentang usia >50 sampai 60 tahun yaitu 33 pasien atau 47 %. Hasil tersebut sesuai dengan pernyataan ADA bahwa meningkatnya prevalensi pasien diabetes melitus tipe 2 seiring dengan bertambahnya usia⁽²⁴⁾. Hal ini bisa terjadi karena pada usia di atas 45 tahun kadar gula darah cenderung meningkat secara ringan tetapi progresif setelah usia 50 tahun terutama pada orang yang jarang berolahraga dan mengalami obesitas⁽²⁵⁾.

3. Durasi Diabetes Melitus dan komplikasi

Durasi pada penelitian ini dibedakan dalam 2 kelompok, yaitu kelompok pertama terdiri dari pasien dengan durasi penyakit kurang dari 5 tahun, dan kelompok kedua terdiri dari pasien dengan durasi penyakit lebih dari 5 tahun. Pengelompokan durasi untuk mengetahui berapa lama telah terjadi diabetes melitus dan juga dimaksudkan untuk memonitoring kejadian komplikasi pada pasien diabetes mellitus tipe 2. Pasien diabetes melitus dengan durasi yang singkat namun gula darah tidak terkontrol dengan baik akan lebih berbahaya daripada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan durasi yang lama namun memiliki kontrol glikemia yang baik. Hal ini terkait dengan terjadinya perkembangan kearah komplikasi akibat diabetes melitus⁽¹¹⁾. Dari tabel VI dapat dilihat bahwa sebagian besar responden menderita diabetes melitus tipe 2 dengan durasi < 5 tahun yaitu dengan persentase sebesar 53 %, hampir seimbang dengan jumlah pasien yang menderita diabetes mellitus > 5 tahun dengan presentase sebesar 47 %, Sedangkan untuk pasien yang tanpa komplikasi sebanyak 36 pasien dengan presentase sebesar 51 %, jumlahnya hampir seimbang pula dengan pasien yang memiliki komplikasi sebanyak 35 pasien dengan presentase sebesar 49 %.

4. Status jaminan kesehatan dan Jenis Terapi yang diterima

Status penjamin kesehatan dibedakan menjadi 3 kelompok yaitu pasien Askes, pasien Jamkesmas, dan pasien umum, sedangkan untuk jenis terapi yang diterima dibedakan menjadi 3 kelompok yaitu golongan sulfonilurea, biguanid, serta sulfonilurea dan biguanid. Pengelompokan ini dimaksudkan untuk melihat tingkat kepatuhan pasien yang mendapat jaminan kesehatan dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan terhadap penggunaan antidiabetik oral. Dari tabel VI dilihat bahwa jumlah pasien askes sebesar 55 pasien (78 %), pasien jamkesmas sebesar 10 pasien (14 %), dan jumlah pasien umum sebesar 6 pasien (8 %). Berdasarkan hasil penelitian secara keseluruhan pasien di RSUD Sleman Yogyakarta menggunakan obat antidiabetik oral (ADO). Menurut ADA, antidiabetik yang sesuai untuk pasien diabetes mellitus tipe 2 yang masih ringan maupun menengah tingkat keparahannya adalah golongan sulfonilurea dan atau golongan biguanid. Insulin mulai diberikan pada pasien yang menderita diabetes melitus lebih dari 5 tahun⁽²⁴⁾.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa pasien yang mendapatkan terapi golongan sulfonilurea sebanyak 15 pasien (21 %), pasien yang mendapat terapi golongan biguanid sebanyak 1 pasien (1 %), dan pasien yang mendapatkan terapi kombinasi antara sulfonilurea dan biguanid sebanyak 55 pasien (78%). Variasi obat yang diberikan tidak hanya untuk pengobatan diabetes melitus tipe 2 tetapi ada juga obat lain untuk penyakit penyerta sesuai dengan diagnosa dokter.

B. Gambaran Pengetahuan

Pengetahuan merupakan keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, dan segala isinya termasuk manusia dan kehidupannya⁽¹⁴⁾. Pengetahuan pasien tentang DM merupakan salah satu faktor penting dalam menangani penyakit diabetes selama hidupnya. Semakin baik pengetahuan mengenai penyakitnya, maka semakin mengerti bagaimana harus mengubah perilakunya dalam hal kepatuhan minum obat. Pasien diabetes melitus tipe 2 yang memiliki pengetahuan yang minim tentang diabetes akan mempengaruhi efektivitas terapi yang berakibat pada terjadinya kegagalan terapi, sehingga menyebabkan KGD tidak terkontrol yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi. Peran edukator sangat penting untuk

menurunkan angka kesakitan dan prevalensi timbulnya komplikasi pada penyakit diabetes melitus melalui upaya pelayanan pasien diabetes melitus tipe 2 yang terpadu. Adapun pengetahuan yang perlu dimiliki oleh pasien diabetes meliputi terapi, olahraga, *Foot Care*, kadar gula darah normal dan diet yang dianjurkan pada pasien diabetes melitus.

1. Gambaran Pengetahuan Berdasarkan Jenis Kelamin

Tingkat pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai hal. Salah satunya adalah jenis kelamin. Berikut adalah gambaran tingkat pengetahuan pasien berdasarkan karakteristik jenis kelamin tertera pada tabel VIII

Tabel VIII. Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Tingkat Pengetahuan		Total
	Rendah (kurang 17)	Tinggi (lebih 17)	
Laki-laki	9 12.7%	17 23.9%	29 36.6%
Perempuan	16 22.5%	29 40.8%	45 63.4%
Total	25 35.2%	46 64.8%	71 100.0%

Berdasarkan tabel VIII dapat dilihat bahwa jumlah pasien laki-laki yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 23,9 %, sedangkan untuk pasien perempuan dengan tingkat pengetahuan tinggi sebesar 40,8 %. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien laki-laki. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fitria (2011) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan pasien laki-laki lebih tinggi dibandingkan tingkat pengetahuan perempuan⁽²⁶⁾.

2. Gambaran Pengetahuan Berdasarkan Usia

Usia merupakan salah satu faktor penentu tingkat pengetahuan seseorang, karena pengetahuan juga dipengaruhi besarnya pengalaman dan banyaknya informasi yang diterima seseorang.

Tabel IX. Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan usia

Usia Pasien	Tingkat Pengetahuan		Total
	Rendah (kurang 17)	Tinggi (lebih 17)	
Non geriatri (<60 tahun)	22 31,0%	31 43,7%	53 74,6%
Geriatri (>60 tahun)	3 4,2%	15 21,1%	18 25,4%
Total	25 35.2%	46 64.8%	71 100.0%

Berdasarkan tabel IX di atas dapat dilihat bahwa jumlah pasien non geriatri yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 43,7 %, sedangkan untuk pasien geriatri dengan tingkat pengetahuan tinggi sebesar 21,1 %. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien non geriatri lebih baik dibandingkan dengan pasien geriatri. Hal ini mungkin karena pasien non geriatri lebih mengetahui hal-hal terkait dengan penyakitnya dibandingkan dengan pasien geriatri yang sebagian sudah tua sehingga memiliki keterbatasan untuk menerima informasi.

3. Gambaran Pengetahuan Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Kejadian diabetes melitus berdasarkan pekerjaan pasien akan terkait pada lingkungan kerja pasien yang selanjutnya dapat mempengaruhi gaya hidup pasien. Pekerjaan juga dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan persepsi seseorang. Dengan bekerja, seseorang cenderung akan mempunyai wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tidak bekerja, dan pengetahuan yang dimiliki tersebut dapat berpengaruh pada persepsinya.

Tabel X. Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan jenis pekerjaan

Jenis Pekerjaan	Tingkat Pengetahuan		Total
	Rendah (kurang 17)	Tinggi (Lebih 17)	
Pegawai Negeri Sipil	6 8,5%	20 28,2%	26 36,6%
Non PNS	19 26,8%	26 36,6%	45 63,4%
Total	25 35.2%	46 64.8%	71 100.0%

Berdasarkan tabel X dapat dilihat bahwa pasien yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi dengan jenis pekerjaan pegawai negeri sipil sebanyak 28,2 %, sedangkan untuk jenis pekerjaan non PNS memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebanyak 36,6 %. Dapat dilihat bahwa pasien dengan tingkat pekerjaan non PNS memiliki tingkat pengetahuan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien pegawai negeri sipil.

4. Gambaran Pengetahuan Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi pemahaman terhadap suatu informasi yang diperoleh. Adanya pengelompokkan tingkat pendidikan ini, diharapkan dapat lebih mudah melihat perbedaan pengetahuan yang dimiliki pasien. Karena pendidikan juga mempengaruhi cara berpikir seseorang⁽²⁷⁾.

Tabel XI. Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	Tingkat Pengetahuan		Total
	Rendah (kurang 17)	Tinggi (Lebih 17)	
kategori I	11 15,5%	11 15,5%	22 31,0%
kategori II	14 19,7%	35 49,3%	49 69,0%
Total	25 35.2%	46 64.8%	71 100.0%

Berdasarkan tabel XI dapat dilihat bahwa pasien yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi dengan kategori I sebesar 15.5 % dan kategori II sebesar 49,3 %. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan kategori II memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat pendidikan kategori I. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ade (2011) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan pasien dengan pendidikan kategori II lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat pendidikan dibawahnya⁽²⁸⁾

5. Gambaran Pengetahuan Berdasarkan Durasi Penyakit

Lama menderita DM akan mempengaruhi sikap pasien dan tingkat pengetahuan terhadap pengobatan penyakitnya. Berikut gambaran tingkat pengetahuan pasien berdasarkan karakteristik durasi penyakit tertera pada tabel XII

Tabel XII. Tingkat pengetahuan pasien berdasarkan durasi penyakit

Durasi Penyakit	Tingkat pengetahuan		Total
	Rendah (kurang 17)	Tinggi (lebih 17)	
< 5 tahun	14 19,7%	24 33,8%	38 53,5%
≥ 5 tahun	11 15,5%	22 31,0%	33 46,5%
Total	25 35.2%	46 64.8%	71 100.0%

Berdasarkan tabel XII dapat dilihat bahwa pasien yang menderita DM dengan durasi < 5 tahun memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 33.8 %, sedangkan pasien yang menderita DM dengan durasi ≥ 5 tahun memiliki tingkat pengetahuan tinggi sebesar 31.0 %. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan durasi penyakit < 5 tahun memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik. Hal ini disebabkan karena mereka baru mengetahui tentang penyakit dan obatnya sehingga mereka mempunyai rasa ingin tahu yang besar dan ingin sembuh. Lama menderita DM akan mempengaruhi sikap pasien terhadap pengobatan penyakitnya. Dimana pasien yang masih tergolong baru didiagnosa DM pada umumnya mereka sangat terbuka dan senang untuk diberikan konseling obat, karena mereka masih belum

paham mengenai penyakit dan pengobatan yang dideritanya, sehingga mereka mempunyai rasa ingin tahu yang besar terhadap itu.

6. Hubungan Karakteristik Pasien Dengan Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan pasien dapat dipengaruhi oleh berbagai hal. Oleh karena itu, dilakukan uji statistik untuk melihat apakah ada hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan pasien. Analisis statistik yang digunakan adalah *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95%. Dikatakan memiliki hubungan apabila didapatkan $p \text{ value} < 0,05$. Hasil analisis karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan pasien dapat dilihat pada Tabel XIII

Tabel XIII. Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan pasien di RSUD Sleman Yogyakarta

Karakteristik	Kategori	Σ Pasien	P value	keterangan
Jenis kelamin	1. Laki-laki	26	0,936	Tidak ada hubungan
	2. Perempuan	45		
Usia	1. Non geriatri	53	0,057	Tidak ada hubungan
	2. Geriatri	18		
Jenis pekerjaan	1. PNS	26	0,104	Tidak ada hubungan
	2. Non PNS	45		
Tingkat pendidikan	1. Kategori I	22	0,080	Tidak ada hubungan
	2. Kategori II	49		
Durasi penyakit	1. < 5 tahun	38	0,758	Tidak ada hubungan
	2. \geq 5 tahun	33		

Keseluruhan karakteristik pasien yang diuji statistik menggunakan *Chi Square* memiliki nilai signifikansi lebih besar dari 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa setiap karakteristik pasien tidak berbeda signifikan, atau dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan pasien. Sehingga pemberian edukasi tentang pengetahuan penyakit diabetes melitus dapat diberikan secara merata kepada semua karakteristik pasien tanpa harus menekankan atau menghususkan pemberian edukasi lebih banyak

pada pasien dengan karakteristik tertentu yang memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan.

C. Gambaran Kepatuhan

Pengobatan diabetes melitus merupakan pengobatan jangka panjang, oleh karena itu kepatuhan pasien dalam menggunakan obat merupakan hal utama untuk keberhasilan terapinya. Dalam penelitian ini kepatuhan pasien diukur berdasarkan nilai skor dalam menjawab kuesioner *Modified Morisky Scale (MMS)*. Skor yang didapatkan setiap pasien kemudian dimasukkan dalam tingkat kategori rendah dan tinggi. Tingkat kepatuhan dinyatakan rendah ketika pasien mendapatkan skor antara 0-3, sedangkan tingkat kepatuhan dinyatakan tinggi ketika pasien mendapatkan skor antara 4 – 6.

1. Gambaran kepatuhan pasien berdasarkan jenis kelamin

Tingkat kepatuhan seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai hal. Salah satunya adalah jenis kelamin. Berikut adalah gambaran tingkat kepatuhan pasien berdasarkan karakteristik jenis kelamin tertera pada tabel XIV

Tabel XIV. Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0-3)	Patuh (4-6)	
Laki-laki	4 5,6%	22 31,0%	26 36,6%
Perempuan	5 7,0%	40 56,3%	45 63,4%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Berdasarkan tabel XIV dapat dilihat bahwa pasien dengan jenis kelamin laki-laki yang patuh terhadap pengobatannya sebesar 31.0 %, sedangkan untuk pasien dengan jenis kelamin perempuan yang patuh terhadap pengobatan yang sedang dijalani sebesar 56.3 %. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan jenis kelamin perempuan memiliki tingkat kepatuhan lebih baik dari pada pasien dengan jenis kelamin laki-laki. Hal ini mungkin dikarenakan wanita cenderung telaten dan

lebih peduli tentang penyakitnya dari pada laki-laki yang cenderung tidak peduli pada terapi yang sedang dijalannya.

2. Gambaran kepatuhan berdasarkan usia

Faktor usia kemungkinan dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang. Berikut adalah gambaran tingkat kepatuhan pasien berdasarkan karakteristik usia pasien yang tertera pada tabel XV

Tabel XV. Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan usia

Usia Pasien	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0-3)	Patuh (4-6)	
Non geriatri (<60 tahun)	8 11,3%	45 63,4%	53 74,6%
Geriatri (>60 tahun)	1 1,4%	17 23,9%	18 25,4%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Berdasarkan tabel XV dapat dilihat bahwa pasien golongan non geriatri yang patuh terhadap pengobatan yang sedang dijalani sebesar 63.4 %, sedangkan pasien dengan golongan geriatri yang patuh terhadap pengobatan yang sedang dijalannya hanya sebesar 23.9 %. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kepatuhan pada pasien non geriatri lebih tinggi dibandingkan dengan pasien geriatri. Hal ini terkait dengan hasil analisis sebelumnya dimana tingkat pengetahuan pasien non geriatri lebih baik dibandingkan dengan pasien geriatri.

3. Gambaran Kepatuhan Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Kejadian diabetes melitus berdasarkan pekerjaan pasien akan terkait pada lingkungan kerja pasien yang selanjutnya dapat mempengaruhi gaya hidup pasien. Disamping itu, jenis pekerjaan seseorang akan mempengaruhi tingkat kesibukan masing – masing pasien. Semakin tinggi tingkat kesibukan pasien kemungkinan akan semakin rendah tingkat kepatuhan dalam minum obat serta kepatuhan dalam ketepatan waktu minum obat.

Tabel XVI. Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan jenis pekerjaan

Jenis Pekerjaan	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0 - 3)	Patuh (4 - 6)	
Pegawai Negeri Sipil	3 4,2%	23 32,4%	26 36,6%
Non PNS	6 8,5%	39 54,9%	45 63,4%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Berdasarkan tabel XVI dapat dilihat bahwa pasien dengan jenis pekerjaan pegawai negeri yang patuh terhadap pengobatan yang sedang dijalani sebesar 32,4 % dibandingkan dengan jenis pekerjaan non PNS yang patuh terhadap pengobatan yang sedang dijalani yaitu sebesar 54,9 %.

4. Gambaran Kepatuhan Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi daya tangkap seseorang dalam memperoleh informasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula tingkat kepatuhannya. Hal ini terkait dengan pemberian informasi kepada pasien yang kemudian dapat mempengaruhi tingkat kepatuhannya.

Tabel XVII. Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat Pendidikan	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0 - 3)	Patuh (4 - 6)	
kategori I	4 5,6%	18 25,4%	22 31,0%
kategori II	5 7,0%	44 62,0%	49 69,0%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Dari tabel XVII dapat dilihat bahwa kepatuhan pada pasien yang memiliki tingkat pendidikan kategori I sebesar 25,4 %, sedangkan kepatuhan pada pasien yang memiliki tingkat pendidikan kategori II sebesar 62,0 %. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi pula. Hal ini terkait dengan hasil analisis sebelumnya dimana tingkat pengetahuan pasien kategori II lebih baik dibandingkan dengan pasien kategori I.

5. Gambaran Kepatuhan Berdasarkan Durasi Penyakit

Tingkat kepatuhan seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai macam hal. Salah satunya adalah lama durasi penyakitnya. Berikut adalah gambaran tingkat kepatuhan pasien berdasarkan karakteristik durasi penyakit tertera pada tabel XVIII

Tabel XVIII. Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan durasi penyakit

Durasi Penyakit	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0-3)	Patuh (4-6)	
< 5 tahun	5 7,0%	33 46,5%	38 53,5%
≥ 5 tahun	4 5,6%	29 40,8%	33 46,5%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Dari tabel XVIII dapat dilihat bahwa pasien dengan durasi penyakit kurang dari 5 tahun tingkat kepatuhannya sebesar 46.5 %, sedangkan pasien dengan durasi penyakit ≥ 5 tahun tingkat kepatuhannya sebesar 40.8 %. Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan pasien dengan durasi penyakit kurang dari 5 tahun lebih baik. Rendahnya kepatuhan pasien dengan durasi penyakit lebih dari 5 tahun bisa disebabkan karena pasien merasa bosan dengan lamanya terapi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Niven (2002) bahwa lamanya waktu pasien harus memenuhi nasihat yang diberikan selama sakit akan mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien terhadap program pengobatan yang dijalani⁽²⁹⁾

6. Obat Yang Diterima

Jumlah obat yang diterima juga dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien. Berikut adalah gambaran tingkat kepatuhan pasien berdasarkan karakteristik obat yang diterima yang tertera pada tabel XIX

Tabel XIX. Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan obat yang diterima

Obat yang diterima	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0-3)	Patuh (4-6)	
Obat Diabetes	5 7,0%	31 43,7%	36 50,7%
Obat diabetes & komplikasi	4 5,6%	31 43,7%	35 49,3%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Dari tabel XIX obat yang diterima oleh pasien dibagi menjadi 2 yaitu obat diabetes saja dan obat diabetes & komplikasi. Tingkat kepatuhan pasien yang mendapatkan obat diabetes saja sebesar 43.7 %, sedangkan tingkat kepatuhan pasien yang mendapatkan obat diabetes & komplikasi sama dengan pasien yang mendapatkan obat diabetes saja yakni sebesar 43.7 %. Sehingga dapat dilihat bahwa perbedaan jumlah obat yang diberikan tidak mempengaruhi tingkat kepatuhan secara signifikan karena hasil yang didapatkan sama antara pasien yang menerima obat diabetes saja dengan pasien yang menerima obat diabetes & komplikasi.

7. Gambaran Kepatuhan Berdasarkan Status Penjamin Kesehatan

Tipe pasien yang dijamin atau tidak dijamin bisa mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien. Kemungkinan pasien yang biaya pengobatannya di jamin atau di tanggung oleh asuransi memiliki tingkat kepatuhan yang berbeda dengan pasien yang biaya pengobatannya tidak dijamin atau ditanggung oleh asuransi atau dengan kata lain pasien menggunakan biaya sendiri. Berikut adalah gambaran tingkat kepatuhan pasien berdasarkan karakteristik tipe pasien yang tertera pada tabel XX

Tabel XX. Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan status penjamin kesehatan

Status penjamin kesehatan	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0-3)	Patuh (4-6)	
Dijamin	9 12,7%	56 78,9%	65 91,5%
Tidak Di Jamin	0 ,0%	6 8,5%	6 8,5%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Status penjamin kesehatan pasien dibedakan menjadi 2 yakni pasien yang dijamin (pasien askes, pasien jamkesmas) dan pasien yang tidak dijamin (pasien umum). Berdasarkan tabel XX dapat dilihat bahwa pasien yang dijamin memiliki tingkat kepatuhan sebesar 78.9 %, sedangkan pasien yang tidak dijamin memiliki tingkat kepatuhan sebesar 8.5 %. Hal ini menunjukkan bahwa status penjamin kesehatan seseorang tidak mempengaruhi tingkat kepatuhannya. Hal ini bisa dilihat dengan tingkat kepatuhan pasien tidak dijamin yang rendah, dimana biaya pengobatan pasien tersebut ditanggung sendiri.

8. Gambaran Kepatuhan Berdasarkan Komplikasi

Adanya komplikasi pada pasien diabetes melitus kemungkinan dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien. Berikut adalah gambaran tingkat kepatuhan pasien berdasarkan karakteristik komplikasi yang tertera pada tabel XXI

Tabel XXI. Tingkat kepatuhan pasien berdasarkan komplikasi

komplikasi	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0-3)	Patuh (4-6)	
Ada komplikasi	4 5,6%	31 43,7%	35 49,3%
Tidak ada komplikasi	5 7,0%	31 43,7%	36 50,7%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Pada karakteristik komplikasi dibedakan menjadi 2 yaitu pasien yang ada komplikasi dan pasien yang tidak ada komplikasi. Dari tabel XXI dapat dilihat tingkat kepatuhan pasien yang memiliki komplikasi sebesar 43.7 %, sedangkan tingkat kepatuhan pasien yang tidak memiliki komplikasi sama besarnya dengan pasien yang tidak memiliki komplikasi yakni 43.7 %. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang besar antara pasien dengan komplikasi dan pasien tanpa komplikasi terhadap tingkat kepatuhannya. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Argi (2009) menyatakan bahwa pasien dengan komplikasi cenderung lebih patuh terhadap pengobatannya dibandingkan dengan pasien yang tidak punya komplikasi⁽³⁰⁾.

9. Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan

Tingkat kepatuhan pasien dapat dipengaruhi oleh berbagai hal. Oleh karena itu, dilakukan uji statistik untuk melihat apakah ada hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan pasien. Analisis statistik yang digunakan adalah *Chi Square* dengan taraf kepercayaan 95%. Dikatakan memiliki hubungan apabila didapatkan *p value* < 0,05. Hasil analisis karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan pasien dapat dilihat pada Tabel XXII

Tabel XXII. Hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan pasien di RSUD Sleman Yogyakarta

Karakteristik	Kategori	Σ Pasien	P value	Keterangan
Jenis kelamin	1. Laki-laki	26	0,602	Tidak ada hubungan
	2. Perempuan	45		
Usia	1. Non geriatri	53	0,293	Tidak ada hubungan
	2. Geriatri	18		
Jenis pekerjaan	1. PNS	26	0,827	Tidak ada hubungan
	2. Non PNS	45		
Tingkat pendidikan	1. Kategori I	22	0,350	Tidak ada hubungan
	2. Kategori II	49		
Durasi penyakit	1. < 5 tahun	38	0,896	Tidak ada hubungan
	2. \geq 5 tahun	33		
Obat yang diterima	1. Obat diabetes	36	0,755	Tidak ada hubungan
	2. Obat diabetes & komplikasi	35		
Status jaminan kesehatan	1. Dijamin	65	0,329	Tidak ada hubungan
	2. Tidak dijamin	6		
komplikasi	1. Ada komplikasi	35	0,755	Tidak ada hubungan
	2. Tidak ada komplikasi	36		

Keseluruhan karakteristik pasien yang diuji statistik menggunakan *Chi Square* memiliki nilai signifikansi lebih besar dari 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa setiap karakteristik pasien tidak berbeda signifikan, atau dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan pasien. Sehingga pemberian edukasi tentang pengetahuan penyakit diabetes melitus dapat diberikan secara merata kepada semua karakteristik pasien tanpa harus menekankan atau mengkhususkan pemberian edukasi lebih banyak pada pasien dengan karakteristik tertentu yang memiliki hubungan dengan tingkat kepatuhan

D. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Penggunaan Antidiabetik Oral Pada Pasien DM tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Sleman Yogyakarta

Tingkat pengetahuan pasien diabetes melitus tentang penyakitnya akan sangat terkait dengan perilaku pasien itu sendiri. Salah satunya adalah kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang sedang dijalani. Kepatuhan itu sendiri terkait dengan keberhasilan terapi. Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta. Hasilnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel XXIII. Distribusi jumlah dan presentase tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien DM tipe 2 di RSUD Sleman Yogyakarta

Tingkat Pengetahuan	Tingkat Kepatuhan		Total
	Tidak patuh (0-3)	Patuh (4-6)	
Rendah (kurang 17)	6 8,5%	19 26,8%	25 35,2%
Tinggi (lebih 17)	3 4,2%	43 60,6%	46 64,8%
Total	9 12.7%	62 87.3%	71 100.0%

Analisis data menggunakan uji statistik chi-square dengan nilai $\alpha = 0,05$ dan tingkat kepercayaan 95 %. Uji chi-square ini digunakan untuk melihat perbandingan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan pasien diabetes melitus tipe 2, sehingga dapat dilihat ada atau tidaknya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan pasien.

Berdasarkan hasil analisis data menggunakan uji statistik chi-square yang menghubungkan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan pada pasien, ternyata masing-masing memberikan hasil yang bermakna dengan nilai signifikansi 0,034 ($P < 0,05$). Berdasarkan hipotesis yang diketahui bahwa tingkat pengetahuan memiliki hubungan dengan kepatuhan, dimana :

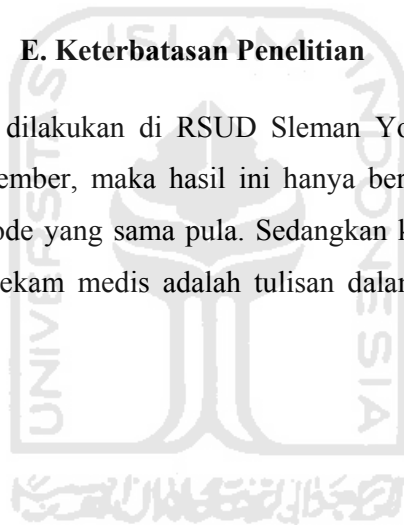
H_0 = Tingkat pengetahuan tidak memiliki hubungan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.

H_1 = Tingkat pengetahuan memiliki hubungan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Notoadmojo (2003) bahwa pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku (kepatuhan) sebagai hasil jangka menengah (*intermediate impact*). Selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh kepada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat. Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang⁽³¹⁾.

E. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini hanya dilakukan di RSUD Sleman Yogyakarta pada periode bulan September – November, maka hasil ini hanya berlaku di RSUD Sleman Yogyakarta dengan periode yang sama pula. Sedangkan kendala penelitian yang dilakukan dengan data rekam medis adalah tulisan dalam rekam medis kurang jelas.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa :

1. Sebanyak 65 % dari 71 pasien yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan sebanyak 87 % dari 71 pasien yang memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi.
2. Tidak terdapat hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien
3. Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral pada pasien DM tipe 2 di instalasi rawat jalan di RSUD Sleman Yogyakarta dengan nilai signifikansi 0,034

B. SARAN

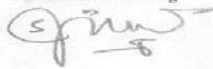
1. Bagi peneliti selanjutnya
Perlu dilakukan penelitian yang sama dengan cakupan wilayah penelitian yang lebih luas, sehingga jumlah sampel yang diperoleh akan lebih besar sehingga dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan atau penetapan kebijakan mengenai strategi kebijakan pengelolaan pasien DM di Rumah Sakit.
2. Bagi instansi terkait
 - a. Pihak Rumah sakit yang berkaitan dengan pengelolaan pasien diabetes melitus dapat meningkatkan pendidikan kesehatan meliputi pelaksanaan terapi, perawatan kaki, monitoring kadar gula darah, metode diet dan olahraga bagi pasien diabetes melitus.
 - b. Penulisan rekam medis yang lebih jelas perlu dipertimbangkan untuk mempermudah akses baik bagi klinisi lain maupun peneliti.
 - c. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk farmasis sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan program untuk menginisiasi dimulainya asuhan kefarmasian yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA


- (1) Misnadiarly, 2006, *Diabetes Mellitus : Gangren, Ulcer, Infeksi menanggulangi Dan mencegah komplikasi edisi I* : Pustaka Populer, jakarta
- (2) PERKENI, 2006, *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 7-19*, PB PERKENI, Jakarta
- (3) Tandra H, 2008, *Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes: Panduan Lengkap Mengenal dan Mengatasi Diabetes dengan Cepat dan Mudah*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- (4) Prihatin, U.W, 2008, Hubungan Tingkat Pengetahuan, Asupan Karbohidrat dan Serat Dengan Pengendalian Kadar Glukosa Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Rawat Jalan di RSUD dr. Moewardi Surakarta, *Skripsi*, jurusan Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah, Surakarta.
- (5) Anonim, 2009, American Diabetic Association (ADA), *Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Melitus*, Diabetes Care
- (6) Siregar, Charles J.P. dan Endang Kumolosasi. 2006. *Farmasi Klinik Teori dan Penerapan*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- (7) Asdie, A.H, 2002, *Patogenesis dan Terapi Diabetes Melitus Tipe 2*, edisi pertama, Medika Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta
- (8) Soegondo, S, 2002, *Diabetes Melitus Penatalaksanaan Terpadu*, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta
- (9) Ludvigsson, J., 2008, GAD Treatment and Insulin Secretion in Recent-Onset Type 1 Diabetes, *Journal of medicine*, 359:1909-20.
- (10) Dipiro, 2005, *Pharmacotherapy : a Pathophysiologic Approach, sixth etidion*, Medical Publishing Division, 1348-1356
- (11) Anonim, 2006, *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Diabetes Melitus*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- (12) Siregar, C.J.P., & kumolosasi, E., 2005., *Farmasi klinik: Terapi dan Penerapan*, 347-358, EGC., Jakarta
- (13) Nawawi, H. H., 1995, *Metode Penelitian Bidang Sosial*, cetakan VIII, hal 1, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- (14) Sarwono, S., 1997, *Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep dan Aplikasinya*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 58-62
- (15) Notoatmojo, S., 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta, 129.
- (16) Sobur, 2003, *Psikologi Umum, Pustaka Setia*, Bandung 363-370.
- (17) Mehra, P.S. dan Burhan, Y., 2000, *Pengantar Logika Tradisional*, Binacipta, Bandung. 378-381.
- (18) Hariwijaya Drs, 2011, *Pedoman Penulisan Ilmiah Skripsi dan Tesis*, PT. Suka Buku, Jakarta 61-62
- (19) Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta., Jakarta
- (20) Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Administrasi*, CV, Alfabeta : Bandung.

- (21) Ramadona, A., 2002. Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Khusus Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M Jamil Padang, *skripsi*, Universitas Andalas, Padang
- (22) Latifah, A.N.S., 2010, Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Terapi Dengan Pencapaian Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Mlati II Sleman Yogyakarta, *Skripsi*, Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta
- (23) Oki, J.C., dan Isley W.L. 2002. *Diabetes Mellitus in Pharmacotherapy a Pathophysiologic Approach* (5th Ed). New York : The McGraw Hill Co.
- (24) Anonim, 2010, *American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes: Screening for diabetes. Diabetes Care 2010*; 33(Suppl 1):S36.
- (25) Santoso, M., Lian, S., Yudi, 2006, *Gambaran Pola Penyakit Diabetes Melitus di Bagian Rawat Inap RSUD Koja 2000-2004*, *cdk*, No. 150, 2006 34
- (26) Yehar, F.N., 2011, Profil Pengetahuan Pasien DM Tipe 2 yang Menjalani Rawat Jalan di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta, *Skripsi*, Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, 42-44
- (27) Ismiyati, 2000, Penggunaan Obat Secara Bebas oleh Masyarakat di Beberapa Daerah Kotamadya Yogyakarta dan Kabupaten Sleman, *Skripsi*, Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 39-43
- (28) Ramadona , Ade. 2002. Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Khusus Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M Jamil Padang, *skripsi*, Universitas Andalas, Padang
- (29) Niven, Neil. 2002. *Psikologi Kesehatan : Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain* (Edisi 2). Penerjemah : A. Waluyo. Jakarta : EGC.
- (30) Argi, B.V., 2009, faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien diabetes mellitus, *Skripsi*, Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 99-101
- (31) Notoatmojo, S., 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta, 129.
- (32) Anonim, 2006, *Case Management Adherence Guideline, version 2,0*. USA
- (33) Gay, R.L., & Diehl, L.P., *Research Methods for Business and Management*, MacMillan Publishing Company, New York

Lampiran 1. Ijin Penelitian BAPPEDA

	BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH (BAPPEDA)
Alamat : Jl. Parasamya No. 1 Beran, Tridadi, Sleman 55511 Telp. & Fax. (0274) 868800 e-mail : bappeda@slemankab.go.id	
SURAT IZIN	
Nomor : 07.0 / Bappeda / 2278 / 2011	
TENTANG PENELITIAN	
KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH	
Dasar :	Keputusan Bupati Sleman Nomor: 55/Kep.KDH/A/2003 tentang Izin Kuliah Kerja Nyata, Teknik Kerja Lapangan dan Penelitian.
Menunjuk :	Surat dari Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia Yogyakarta Nomor: 282/Dek/70-S.TA/Bag.TA/VIII/2011 Tanggal: 03 Agustus 2011 Hal: Permohonan Izin Penelitian.
MENGIZINKAN :	
Kepada :	
Nama :	MARDIAH
No. Mhs/NIM/NIP/NIK :	06613228
Program/Tingkat :	S1
Instansi/Perguruan Tinggi :	UII Yogyakarta
Alamat Instansi/Perguruan Tinggi :	Kampus UII Terpadu Jl. Kaliurang Km. 14,5 Yogyakarta 55584
Alamat Rumah :	Jl. Kaliuran Km. 13 Sleman
No. Telp/HP :	085240002570
Untuk :	Mengadakan penelitian dengan judul: "HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHAN PENGGUNAAN ANTIDIABETIK ORAL PADA PASIEN RAWAT JALAN DI RSUD SLEMAN YOGYAKARTA"
Lokasi :	Kab. Sleman
Waktu :	Selama 3 (tiga) bulan mulai tanggal : 08 Agustus 2011 s.d 08 Nopember 2011
Dengan ketentuan sebagai berikut :	
1. <i>Wajib melapor diri kepada pejabat pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau kepala instansi untuk mendapat petunjuk seperlunya.</i>	
2. <i>Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.</i>	
3. <i>Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Bappeda</i>	
4. <i>Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.</i>	
5. <i>Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.</i>	
Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/ non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.	
Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.	
Dikeluarkan di : Sleman Pada Tanggal : 08 Agustus 2011	
A.n. Kepala BAPPEDA Kab. Sleman Ka. Bid. Pengendalian & Evaluasi u.b. Ka. Sub Bid. Litbang	
	
Sri Nurhidayah, S.Si, MT Penata Tk. I, III/d NIP. 19670703 199603 2 002	
Tembusan Kepada Yth :	
1.	Bupati Sleman (sebagai laporan)
2.	Ka. Badan Kesbanglinmas & PB Kab. Sleman
3.	Ka. Dinas Kesehatan Kab. Sleman
4.	Ka. Bid. Sosbud Bappeda Kab. Sleman
5.	Camat Kec. Sleman
6.	Direktur RSUD Sleman
7.	Dekan Fak. MIPA – UII Yk.
8.	Pertinggal

Lampiran 2. Ijin penelitian RSUD Sleman

	PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN	
	RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN	
Jalan Bhayangkara Nomor 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta, 55514 Telepon (0274) 868437, Faksimile (0274) 868812, Email: rsudsleman@gmail.com		
Sleman, 26 Agustus 2011		
No	: 070/0834	Kepada Yth
Sifat	: Biasa	Dekan Matematika Dan Ilmu
Lampiran	: 1 (satu) lembar	Pengetahuan Alam Universitas Islam
Hal	: Ijin Penelitian	Indonesia
	An. Mardiah	
Di		
<u>Yogyakarta</u>		
<p>Sehubungan dengan permohonan ijin Saudara nomor : 283/Dek/S.TA/Bag.TA/VIII/2011 tertanggal 3 Agustus 2011 perihal Pengantar Ijin Penelitian, pada dasarnya kami tidak keberatan memberikan ijin kepada mahasiswa Saudara, yang bernama, Sdr. Mardiah, NIM : 06613228, Program Studi Farmasi, Fakultas Matematika Dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia, untuk melakukan penelitian di RSUD Sleman, selama 3 (tiga) bulan, dengan judul penelitian "Hubungan Antara Tingkat pengetahuan Dengan Kepatuhan Penggunaan Antidiabetik Oral Pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Sleman Yogyakarta".</p> <p>Sebelum penelitian dilaksanakan, menyelesaikan administrasi di sekretariat diklat, mentaati ketentuan diklat yang berlaku, dan bersedia menyerahkan laporan hasil penelitian yang dilakukan ke RSUD Sleman.</p> <p>Demikian untuk diketahui dan terima kasih.</p>		
		Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sleman  dr. JOKO HASTARYO, M.Kes Pembina Tingkat. I/IV b NIP. 19610723 198803 1 007
Tembusan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ka Instalasi Rawat Jalan RSUD Sleman 2. Dokter Poliklinik Penyakit Dalam 3. Koordinator Diklat Medik 4. Ybs 		

Lampiran 3. *Inform Consent*

SURAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan segala sesuatu mengenai penelitian : **Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Penggunaan Antidiabetik Oral Pada Pasien DM tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan RSUD Sleman Yogyakarta.**
2. Setelah saya memahami penjelasan tersebut, dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun bersedia ikut serta dalam penelitian ini dengan kondisi :
 - a. Data yang diperoleh dari penelitian ini akan dijaga kerahasiaanya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan ilmiah.
 - b. Apabila saya inginkan, maka saya boleh memutuskan untuk keluar/tidak berpartisipasi lagi dalam penelitian ini tanpa harus menyampaikan alasan apapun.

Yogyakarta,.....2011

Saksi,

Yang membuat pernyataan,

(.....)

(.....)

Lampiran 4. Kuisoner

A. KUISONER PENGETAHUAN

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda (X) pada kolom benar apabila pernyataan soal-soal di bawah ini adalah benar, atau tanda (X) pada kolom salah apabila soal-soal di bawah ini adalah salah:

NO.	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Latihan olahraga berperan sangat penting dalam mengontrol kadar gula darah.		
2.	Melakukan olahraga dan diet secara teratur efektif dalam menurunkan kadar gula darah.		
3.	Perawatan kaki atau menjaga kesehatan kaki merupakan hal yang harus dilakukan		
4.	Olahraga yang dianjurkan pada pasien diabetes seperti: jalan kaki, bersepeda santai, <i>jogging</i> , dan berenang.		
5.	Pada pasien DM dianjurkan olahraga secara teratur 2 kali tiap minggu selama setengah jam.		
6.	Penderita diabetes lebih dianjurkan mengkonsumsi karbohidrat berserat seperti kacang-kacangan, sayuran, buah segar seperti pepaya, kedondong, apel, tomat, salak, semangka dll.		
7.	Pemberian Glibenklamid lebih efektif bila diberikan bersamaan dengan makanan.		
8.	Dengan olahraga secara teratur dan terukur, maka tidak perlu menjaga pola makan seperti menghindari karbohidrat dan lemak yang berlebihan.		
9.	Pasien diabetes dianjurkan makan makanan dengan porsi ringan di sela-sela makan pagi, siang dan malam.		
10.	Pada penderita diabetes tidak boleh makan semua makanan yang mengandung gula.		
11.	Dalam sehari pasien diabetes sebaiknya mengkonsumsi 60% karbohidrat, 25% lemak, dan 15% protein.		
12.	Seseorang dikatakan menderita diabetes bila kadar gula dalam darah di atas 120 mg/dl dalam kondisi berpuasa, dan di atas 200 mg/dl setelah dua jam makan.		

13.	Target kadar gula darah yang baik bagi pasien diabetes mellitus adalah kurang dari 70 mg/dl.		
14.	Kadar gula yang rendah sering ditandai dengan gejala pusing, lemas, gemetar, keluar keringat dingin, detak jantung meningkat, sampai hilang kesadaran.		
15.	Dengan olahraga dan berhenti merokok, dapat mencegah gangguan peredaran darah pada kaki.		
16.	Berat badan seseorang mempengaruhi jumlah kebutuhan kalori.		
17.	Metformin boleh diberikan pada pasien dengan penyakit komplikasi ginjal.		
18.	Stress (banyak pikiran) dapat menyebabkan gula darah meningkat.		
19.	Salah satu hal yang perlu diperhatikan pada pasien diabetes adalah memberikan lotion pada kaki, terutama pada bagian yang mudah terluka.		
20.	Kadar kolesterol dapat berpengaruh terhadap kadar gula darah seseorang.		
21.	Penggunaan suntik insulin dapat digunakan untuk semua jenis tipe diabetes (baik diabetes tipe 1 maupun diabetes tipe 2)		
22.	Pengobatan boleh dihentikan bila gejala hiperglikemi (keadaan dimana terjadi peningkatan kadar gula darah) hilang		
23.	Kadar gula darah yang tinggi bisa di kontrol dengan olahraga yang teratur dan terukur.		
24.	Menggunakan kaos kaki tidak merupakan bagian yang harus dilakukan pada perawatan kaki pasien diabetes.		
25.	Infeksi bisa terjadi disebabkan adanya peningkatan gula darah.		
26.	Metode yang terbaik untuk mengukur kadar gula darah dengan memeriksa urin.		
27.	Semua obat antidiabetik sebaiknya diminum sesudah makan.		
28.	Adanya infeksi pada pasien sangat berpengaruh terhadap pengendalian kadar gula darah.		
29.	Untuk menghindari luka pada kaki, penderita diabetes juga harus cermat dalam memilih sepatu yang akan dikenakan.		

30.	Penggunaan obat tablet lebih efektif menurunkan kadar gula darah dibanding insulin.		
-----	---	--	--

B. KUISONER KEPATUHAN

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda (X) pada kolom **YA** apabila pernyataan soal-soal di bawah ini adalah **YA**, atau tanda (X) pada kolom **TIDAK** apabila soal-soal di bawah ini adalah **TIDAK**:

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda pernah lupa untuk meminum obat anda?		
2.	Apakah anda tidak mempedulikan waktu minum obat anda?		
3.	Ketika Anda merasa lebih baik, apakah kadangkala anda berhenti meminum obat anda?		
4.	Kadangkala jika anda merasa lebih buruk, apakah anda menghentikan penggunaan obat anda?		
5.	Apakah anda tahu manfaat jangka panjang pemakaian obat anda seperti yang disampaikan oleh dokter atau apoteker kepada anda?		
6.	Apakah kadangkala anda lupa untuk menebus resep anda tepat waktu?		

Lampiran 5. Hasil SPSS Validasi

Reliability**Scale: ALL VARIABLES****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.668	6

Item-Total Statistics(ASPEK TERAPI)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P21	4.03	1.482	.536	.578
P7	4.13	1.430	.453	.605
P17	4.07	1.582	.364	.638
P22	4.07	1.789	.152	.709
P27	4.03	1.551	.451	.608
P30	4.00	1.586	.475	.603

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.709	5

Item-Total Statistics(ASPEK TERAPI)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P21	3.23	1.289	.414	.680
P7	3.33	1.195	.397	.695
P17	3.27	1.237	.427	.677
P27	3.23	1.220	.508	.643
P30	3.20	1.200	.619	.605

Reliability Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.621	6

Item-Total Statistics(ASPEK DIET)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P6	2.37	2.723	.007	.668
P9	2.73	1.995	.398	.559
P11	2.83	1.937	.451	.536
P16	2.70	2.010	.391	.562
P20	2.87	1.982	.423	.548
P10	2.83	2.006	.395	.560

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.668	5

Item-Total Statistics(ASPEK DIET)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P9	1.83	1.937	.374	.638
P11	1.93	1.857	.445	.606
P16	1.80	1.890	.418	.618
P20	1.97	1.826	.481	.589
P10	1.93	1.926	.388	.632

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.720	6

Item-Total Statistics(ASPEK OLAHRAGA)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	4.07	1.513	.570	.655
P2	4.10	1.334	.725	.601
P4	4.17	1.247	.683	.601
P15	4.37	1.344	.382	.725
P5	4.07	1.513	.570	.655
P8	4.07	1.995	-.064	.799

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.799	5

Item-Total Statistics(ASPEK OLAHRAGA)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	3.17	1.454	.609	.759
P2	3.20	1.269	.779	.703
P4	3.27	1.306	.564	.768
P15	3.47	1.223	.476	.820
P5	3.17	1.454	.609	.759

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.654	6

Item-Total Statistics(ASPEK MONITORING KGD)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P12	4.57	.668	.687	.503
P14	4.67	.644	.378	.629
P18	4.53	.740	.776	.524
P23	4.57	.737	.496	.573
P26	4.57	1.013	-.117	.758
P13	4.60	.731	.370	.617

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.758	5

Item-Total Statistics(ASPEK MONITORING KGD)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P12	3.63	.654	.717	.651
P14	3.73	.616	.425	.781
P18	3.60	.731	.795	.667
P23	3.63	.723	.522	.716
P13	3.67	.713	.402	.761

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.679	6

Item-Total Statistics(ASPEK FOOT CARE)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P3	2.27	2.547	.372	.651
P19	2.30	2.424	.457	.621
P24	2.33	2.575	.363	.657
P25	2.37	2.516	.398	.642
P28	2.53	2.602	.415	.637
P29	2.20	2.441	.461	.620

Lampiran 6. Hasil SPSS *Chi-square* hubungan karakteristik pasien dengan tingkat pengetahuan

Jenis Kelamin * Pengetahuan Tentang

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.006 ^a	1	.936		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.006	1	.936		
Fisher's Exact Test				1.000	.573
Linear-by-Linear Association	.006	1	.937		
N of Valid Cases	71				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.15.

b. Computed only for a 2x2 table

Jenis Pekerjaan * Pengetahuan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.648 ^a	1	.104		
Continuity Correction ^b	1.875	1	.171		
Likelihood Ratio	2.741	1	.098		
Fisher's Exact Test				.127	.084
Linear-by-Linear Association	2.610	1	.106		
N of Valid Cases	71				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.15.

b. Computed only for a 2x2 table

Umur Pasien * Pengetahuan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.635 ^a	1	.057		
Continuity Correction ^b	2.628	1	.105		
Likelihood Ratio	3.964	1	.046		
Fisher's Exact Test				.086	.049
Linear-by-Linear Association	3.584	1	.058		
N of Valid Cases	71				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.34.

b. Computed only for a 2x2 table

Tingkat Pendidikan * Pengetahuan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.056 ^a	1	.080		
Continuity Correction ^b	2.189	1	.139		
Likelihood Ratio	2.993	1	.084		
Fisher's Exact Test				.108	.071
Linear-by-Linear Association	3.013	1	.083		
N of Valid Cases	71				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.75.

b. Computed only for a 2x2 table

Lama Mengidap Penyakit * Pengetahuan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.095 ^a	1	.758		
Continuity Correction ^b	.004	1	.952		
Likelihood Ratio	.095	1	.757		
Fisher's Exact Test				.807	.477
Linear-by-Linear Association	.094	1	.759		
N of Valid Cases	71				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.62.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 7. Hasil SPSS *Chi-square* hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepatuhan

Jenis Kelamin * Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.272 ^a	1	.602		
Continuity Correction ^b	.023	1	.880		
Likelihood Ratio	.266	1	.606		
Fisher's Exact Test				.716	.430
Linear-by-Linear Association	.268	1	.605		
N of Valid Cases	71				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.30.

b. Computed only for a 2x2 table

Jenis Pekerjaan * Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.048 ^a	1	.827		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.049	1	.826		
Fisher's Exact Test				1.000	.570
Linear-by-Linear Association	.047	1	.828		
N of Valid Cases	71				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.30.

b. Computed only for a 2x2 table

Umur Pasien * Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.104 ^a	1	.293		
Continuity Correction ^b	.411	1	.522		
Likelihood Ratio	1.281	1	.258		
Fisher's Exact Test				.432	.274
Linear-by-Linear Association	1.089	1	.297		
N of Valid Cases	71				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.28.

b. Computed only for a 2x2 table

Tingkat Pendidikan * Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.873 ^a	1	.350		
Continuity Correction ^b	.301	1	.583		
Likelihood Ratio	.828	1	.363		
Fisher's Exact Test				.444	.284
Linear-by-Linear Association	.861	1	.354		
N of Valid Cases	71				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.79.

b. Computed only for a 2x2 table

Lama Mengidap Penyakit * Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.017 ^a	1	.896		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.017	1	.896		
Fisher's Exact Test				1.000	.591
Linear-by-Linear Association	.017	1	.897		
N of Valid Cases	71				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.18.

b. Computed only for a 2x2 table

Obat Yang diterima * Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.097 ^a	1	.755		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.097	1	.755		
Fisher's Exact Test				1.000	.518
Linear-by-Linear Association	.096	1	.757		
N of Valid Cases	71				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.44.

b. Computed only for a 2x2 table

Status jaminan kesehatan * Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.951 ^a	1	.329	1.000	.429
Continuity Correction ^b	.112	1	.738		
Likelihood Ratio	1.705	1	.192		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.938	1	.333		
N of Valid Cases	71				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .76.

b. Computed only for a 2x2 table

Komplikasi * Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.097 ^a	1	.755	1.000	.518
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.097	1	.755		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.096	1	.757		
N of Valid Cases	71				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.44.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 8. Hasil SPSS *Chi-square* hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan antidiabetik oral

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan Tentang Penyakit* Tingkat Kepatuhan Minum Obat	71	100.0%	0	.0%	71	100.0%

Pengetahuan Tentang Penyakit* Tingkat Kepatuhan Minum Obat Crosstabulation

Count

Pengetahuan	Tingkat Kepatuhan Minum Obat		Total
	Tidak patuh (0 - 3)	Patuh (4 - 6)	
Rendah (kurang 17)	6	19	25
Tinggi (Lebih 17)	3	43	46
Total	9	62	71

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.470 ^a	1	.034		
Continuity Correction ^b	3.031	1	.082		
Likelihood Ratio	4.252	1	.039		
Fisher's Exact Test				.058	.043
Linear-by-Linear Association	4.407	1	.036		
N of Valid Cases	71				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.17.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 9. Lembar Pengumpulan Data

