

Analisa Kesadaran Diri Dan Sikap Pada Individu Yang Memiliki Faktor Resiko Genetik terhadap Diabetes Melitus Tipe 2 – Pada Penilaian Kualitatif

Analysis of Self-Awareness and Attitudes in Individuals Who Have Genetic Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus – Qualitative Assesment

Mulia Mayangsari, S.Kep, Ns., M.Kep.,
Sp.Kep.MB.*)

*) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Ngudia
Husada Madura

Correspondence: Mulia Mayangsari, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep.MB. Jl. RE Martadinata Bangkalan
Indonesia

PENDAHULUAN

Pada tahun 2013 sekitar 382 juta penduduk dunia diperkirakan akan mengalami diabetes (*International Diabetes Federation (IDF), 2013*).

Abstract

Individuals Who Have Genetic Risk Factors of type 2 diabetes mellitus (DM) have a high risk for type 2 diabetes. Type 2 diabetes can be prevented by improving modifiable risk factors, supported by self-awareness, and attitudes of individuals who have a high family history of DM. This study used a qualitative phenomenological design. A Purposive Sampling technique was applied to determine individuals who had parents with type 2 diabetes. Nine individuals participated in this study. A Qualitative content analysis with Collaizi approach used as a data analysis method. The main themes depicted individuals self awareness, & attitudes were: denials that diabetes caused by heredity factors; misperception about diabetes; “traditional modalities” as a prevention measurement toward type 2 diabetes; and DM is perceived as a “threatening disease”. Further study is needed to examine in depth the themes that have been identified on the number of participants are more numerous and varied.

Keywords: self-awareness, attitudes, Genetic Risk Factors of diabetes mellitus

mengalami peningkatan hingga 592 juta di tahun 2035 (IDF, 2013). Indonesia menempati posisi kedua terbesar penduduknya yang mengalami diabetes melitus (DM) yaitu sebanyak 8,5 juta (IDF, 2013). Kota Depok adalah salah satu kota di Propinsi Jawa Barat, yang memiliki angka prevalensi diabetes cukup tinggi, Kementerian Kesehatan RI dan bekerjasama dengan *World Health Organization (WHO)* menemukan bahwa

prevalensi diabetes di Kota Depok pada rentang usia 25-64 tahun adalah sebesar 8% dengan prevalensi tertinggi pada rentang usia 55-64 tahun yakni sebesar 21,5% (Kementerian kesehatan & WHO, 2007; IDF, 2013).

Diabetes Melitus (DM) adalah sindrom gangguan metabolisme yang ditandai dengan peningkatan gula darah diatas normal yang disebabkan karena kurangnya sekresi insulin dan atau terjadinya penurunan efektivitas biologis insulin (Gardner & Shoback, 2007). DM dibagi menjadi empat klasifikasi menurut *American Diabetes Association* (ADA) (2010), yang terdiri dari DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestational dan DM tipe lain yang terdiri dari berbagai gangguan intoleransi glukosa. DM tipe 1 disebabkan kurangnya sekresi insulin dan terjadi sejak masa anak-anak dan remaja. DM tipe 1 diperkirakan disebabkan oleh adanya destruksi sel beta pankreas oleh sistem autoimun atau penyebab idiopatik yang menyebabkan defisiensi insulin absolut (ADA, 2010). DM tipe 2 ditandai dengan kelainan sekresi insulin serta kerja insulin yang menyebabkan terjadinya resistensi insulin (Price & Wilson, 2012). DM tipe 2 sering dihubungkan dengan beberapa faktor risiko, termasuk diantaranya adalah gaya hidup, obesitas, pola makan yang tidak sehat dan aktifitas fisik yang kurang, peningkatan umur, resistensi insulin, resiko genetik dan etnisitas (IDF, 2013). Prevalensi DM tipe 1 hanya ditemukan 10%, sedangkan DM tipe 2 lebih dari 90% dari seluruh kasus (Guyton & Hall, 2008). Terkait dengan faktor risiko timbulnya DM termasuk di negara berkembang yang terjadi karena adanya perubahan gaya hidup. Hasil Riskesdas (2013) menemukan penduduk Indonesia memiliki proporsi aktivitas fisik tergolong kurang aktif secara umum sebesar 26,1%, sedangkan perilaku konsumsi kurang sayur dan atau buah mencapai 93,5%. Pada perilaku konsumsi makanan berisiko pada penduduk umur \geq 10 tahun yang berperilaku makan makanan dan minuman manis sebesar 53,1% dan makanan berlemak 40,7% (Riskesdas, 2013). Pola hidup yang tidak sehat meningkatkan risiko terjadinya DM. Penyakit diabetes yang terus meningkat harus dilakukan tindakan pencegahan. Pencegahan timbulnya diabetes dapat dicapai dengan menerapkan gaya hidup sehat (ADA, 2014a). Peningkatan aktifitas fisik, penurunan berat badan dan pemberian pengobatan bisa menurunkan angka kejadian DM dan komplikasinya secara signifikan, meski dalam kelompok risiko tinggi (Fezeu, Fointama, Ngufor, Mbeh & Mbanya, 2010).

Pada penelitian *Randomized Clinical Trial* menemukan individu yang mengalami toleransi glukosa terganggu terjadi penurunan kejadian diabetes sebesar 58% dengan cara menurunkan berat badan, mengurangi asupan lemak dan meningkatkan aktifitas fisik (Toumlehto et al., 2001).

Resiko genetik adalah salah satu faktor risiko penyebab DM tipe 2 karena dianggap berasal dari gen dan lingkungan yang sama (Arslanian et al., 2005). ADA (2014b) menemukan individu dengan DM tipe 2 memiliki risiko 1 dari 7 akan memiliki anak dengan DM tipe 2 jika didiagnosa sebelum usia 50 tahun dan 1 dari 13 jika didiagnosa setelah usia 50 tahun. Penelitian menunjukkan bahwa faktor genetik memberikan peran sangat penting terhadap perkembangan diabetes tipe 2. Keluarga mempunyai kebiasaan pola makan dan tingkah laku yang cenderung sama, meski gaya hidup juga mempengaruhi perkembangan diabetes tipe 2 (ADA, 2014). Riwayat keluarga pada DM dapat menjadi alat untuk mengidentifikasi peningkatan risiko penyakit pada individu dan dapat sebagai target modifikasi perilaku yang berpotensi untuk menunda angka kejadian penyakit dan meningkatkan angka kesehatan (Roberts, et al., 2007). Pada individu yang memiliki resiko genetik DM tipe 2 dapat dicegah kejadiannya dengan perubahan gaya hidup, mempertahankan berat badan ideal, dan meningkatkan aktivitas fisik (WHO, 2014). Perubahan gaya hidup dan tingkah laku pada individu yang memiliki resiko genetik DM tipe 2 dapat dimodifikasi melalui kesadaran dan persepsi yang tinggi untuk mengurangi angka kejadian diabetes (Fezeu, Fointama, Ngufor, Mbeh, & Mbanya, 2010). Pada penelitian terdahulu di luar negeri menunjukkan beberapa hal yang menarik. Pada penelitian yang dilakukan oleh Walter & Emery (2006), individu yang memiliki resiko genetik DM telah menyadari arti penting pencegahan diabetes dengan melakukan perubahan gaya hidup, tingkah laku dan faktor risiko tetapi belum melakukan sikap terhadap perubahan itu. Hasil lain yang ditemukan dalam penelitian ini bahwa diabetes dianggap sebagai penyakit di usia senja dan tidak terlihat sebagai penyakit yang mematikan dan individu yang memiliki riwayat keluarga DM tipe 2 melihat penyakit DM tipe 2 secara tidak serius (Walter & Emery, 2006). Pada penelitian lain menyebutkan bahwa beberapa individu berpersepsi risiko resiko genetik DM tipe 2 akan terjadi jika penyakit DM tipe 2 telah terjadi pada beberapa kerabatnya (Pijl,

Henneman, Claassen, Detmar, Nijpels, & Timmermans, 2009). Penelitian yang lain menemukan beberapa individu telah sadar terhadap faktor risiko terjadinya DM tipe 2 tetapi kesadaran itu tidak disertai dengan tingginya motivasi untuk melakukan pencegahan (Markowitz, Park, Delahanty, O'Brien, & Grant, 2011). Penelitian ini menunjukkan variasi budaya juga mempengaruhi persepsi individu yang memiliki resiko genetik terhadap DM tipe 2 untuk hidup sehat (Whitford dan Al-Sabbagh, 2010).

Kesadaran, persepsi dan sikap yang rendah salah satu faktornya disebabkan oleh pemahaman yang rendah terhadap program promosi kesehatan. Penelitian mengenai kesadaran, persepsi dan sikap dalam mencegah kejadian DM tipe 2 telah banyak dilakukan di luar negeri, tetapi di Indonesia masih belum ada laporan mengenai hal ini terutama pada individu dengan resiko genetik DM tipe 2. Belum diketahui berapa banyak masyarakat terutama individu dengan resiko genetik yang memiliki diabetes benar-benar tahu tentang bahaya diabetes melalui program-program saat ini. Pemahaman tentang kesadaran, persepsi dan sikap masyarakat terhadap penyakit diabetes sangat membantu bagi pendidik kesehatan untuk merencanakan program di masa mendatang. Oleh karena itu pertanyaan penelitian yang ingin penulis cari jawabnya adalah "bagaimana kesadaran diri, persepsi dan sikap individu yang memiliki resiko genetik DM tipe 2?".

Metode

Penelitian ini menggunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi transenden atau lebih dikenal dengan fenomenologi deskriptif. Tehnik pengambilan sampel dengan *purposive sampling*, jumlah sampel yang diambil adalah 9 orang, dengan Ciri partisipan adalah memiliki informasi yang dibutuhkan, memiliki kemampuan menceritakan pengalamannya atau memberikan informasi yang dibutuhkan, benar-benar terlibat dengan gejala, peristiwa, masalah yang artinya mereka mengalaminya secara langsung, bersedia ikut serta dalam wawancara, rela dan bersedia akan keterlibatannya (Raco, 2010). Berdasarkan hal tersebut karakteristik partisipan yang diambil dari penelitian ini adalah: 1) bersedia menjadi partisipan selama proses penelitian berlangsung; 2) partisipan dalam kondisi sehat jasmani dan rohani; 3) mempunyai garis keturunan langsung dan atau memiliki ikatan kekeluargaan, baik sebagai anak kandung dari individu yang mengalami DM tipe 2

atau sebagai saudara kandung dari individu yang mengalami DM; 4) partisipan belum terdiagnosa DM; 5) partisipan dengan usia telah mencapai usia dewasa muda dan pertengahan menurut WHO (21 hingga 59 tahun); 6) partisipan dengan fungsi intelektual utuh, sesuai hasil tes *short portable mental status questionere* (SPMSQ) dengan asumsi memiliki kemampuan untuk mengungkapkan pengalaman sesuai yang dirasakan dan dialaminya; 7) bersedia menjadi partisipan hingga setiap proses penelitian sampai selesai.

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dengan menggunakan metode wawancara mendalam (*in depth interview*). Jenis wawancara yang dilakukan adalah wawancara semi terstruktur karena wawancara semi terstruktur mempermudah peneliti apabila ingin menanyakan lebih dalam pada subjek tertentu (Wood & Haber, 2010). Lembar catatan lapangan (*field note*) adalah dokumentasi nonverbal untuk mencatat situasi disekitar tempat wawancara berlangsung yang menunjang dalam proses analisis data, memahami, dan memaknai setiap informasi yang diungkapkan partisipan. Media lain yang digunakan adalah alat perekam (*digital voice recorder*) yang dapat menyimpan dan merekam suara dengan jelas sehingga diharapkan dapat menjaga keakuratan data selama berlangsungnya wawancara. Proses analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis isi secara kualitatif (*qualitative content analysis*) dengan metode Colaizzi 1978 (Creswell, 2010). Proses analisis dilengkapi dengan mendatangi kembali partisipan untuk mengklarifikasi tema-tema yang dihasilkan. Adapun langkah-langkah analisis data yang dilakukan adalah sebagai berikut, langkah pertama adalah membaca kembali naskah verbatim yang telah disusun untuk melihat kesinkronan antara data audio (rekaman) dan *field note*, sehingga data yang dihasilkan merupakan gabungan dari hasil wawancara (verbal) dan juga berbagai ekspresi atau gerak tubuh (nonverbal) partisipan selama wawancara berlangsung. Keseluruhan verbatim dibaca berulang-ulang empat sampai lima kali agar benar-benar memahami secara utuh pandangan/perspektif partisipan yang mengalami fenomena yang diteliti.

Langkah kedua adalah mengidentifikasi pernyataan yang signifikan dari setiap pernyataan yang disusun pada verbatim, kemudian memberikan kode pada pernyataan-pernyataan tersebut. Setelah seluruh pernyataan-pernyataan telah signifikan atau sesuai untuk tujuan penelitian yang teridentifikasi,

kemudian data dipisahkan dengan cara memasukan pernyataan-pernyataan yang signifikan tersebut ke dalam tabel analisis data. Langkah ketiga adalah melakukan proses internal untuk menginterpretasikan sehingga ditemukan inti sari makna dari pernyataan-pernyataan tersebut. Peneliti sepenuhnya menggunakan pandangan/perspektif masing-masing partisipan dan mengesampingkan pengetahuan, persepsi, dan pengalaman pribadi peneliti (*bracketing*). Langkah keempat pada tabel analisis data, pernyataan-pernyataan yang memiliki kesamaan konteks dalam hal makna dikumpulkan menjadi satu kelompok atau kode tertentu. Satu kode tersebut dapat terdiri dari beberapa pernyataan atau dapat juga terdiri dari satu pernyataan yang dinilai unik atau khusus. Beberapa kode yang memiliki kesatuan inti makna kemudian disusun menjadi suatu kategori. Kategori-kategori yang memiliki kesatuan makna kemudian disusun menjadi tema tertentu. Langkah kelima adalah kesadaran, persepsi dan sikap individu yang memiliki resiko genetik DM tipe 2 dideskripsikan berdasarkan tema yang teridentifikasi. Setiap tema yang telah teridentifikasi kemudian dinarasikan menjadi satu paragraf yang singkat dan jelas serta menggambarkan pengalaman partisipan secara lengkap. Langkah keenam adalah tema-tema yang telah teridentifikasi kemudian divalidasi kepada partisipan untuk dibaca dan dilihat kesesuaiannya dengan apa yang dialami dan dirasakan oleh partisipan. Jika ditemukan hal yang menurut partisipan tidak sesuai dengan pengalamannya maka dapat dilakukan perubahan pada tema tersebut. Tahap terakhir adalah menyempurnakan hasil analisis data dengan menyesuaikan dari hasil validasi sebelumnya. Dalam hal ini hasil interpretasi peneliti disempurnakan dengan interpretasi dari kedua pembimbing.

Hasil

Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini adalah 3 laki-laki dan 6 perempuan, dimana rata-rata usia partisipan adalah 36,2 tahun dengan usia muda adalah 29 tahun dan usia tua adalah 44 tahun. Mayoritas partisipan mempunyai latar belakang pendidikan adalah tamat S1, yaitu sebanyak 4 partisipan, dan satu orang partisipan berlatar belakang pendidikan tertinggi adalah tamat S2. Mayoritas pekerjaan partisipan perempuan adalah guru sebanyak 3 partisipan dan pekerjaan dari 3 partisipan pria bervariasi ada yang bekerja sebagai polisi, guru dan pegawai BUMN. Mayoritas

partisipan bersuku Betawi sebanyak 6 partisipan dan partisipan yang lain bersuku Sunda sebanyak 3 partisipan. sebagian besar partisipan yang memiliki keluarga dengan DM tipe 2 dari ibu, bibi dan pamannya sebanyak 5 partisipan. Partisipan yang memiliki keluarga dengan DM tipe 2 dari ibu dan saudara kandungnya sebesar 3 partisipan. Partisipan yang memiliki keluarga dengan DM tipe 2 dari kakak kandungnya sebesar 1 partisipan. Penilaian risiko DM tipe 2 juga dilakukan pada setiap partisipan. Penilaian ini menggunakan lembar penilaian risiko DM tipe 2 menurut IDF dimana penilaian risiko dinilai dari risiko terendah dengan jumlah penilaian dibawah 7, sedikit lebih berisiko bernilai 7 hingga 11, yang berisiko sedang bernilai 12 hingga 14, berisiko tinggi bernilai 15 hingga 20 dan berisiko sangat tinggi bernilai diatas 20. Sebagian besar hasil dari penilaian risiko DM tipe 2 adalah sedikit lebih berisiko sebanyak 8 partisipan dan hanya 1 partisipan yang mendapatkan nilai berisiko rendah. Adapun nilai risiko DM tipe 2 dari setiap partisipan terdiri dari P1 mendapatkan nilai 10, P2 mendapatkan nilai 9, P3 mendapatkan nilai 8, P4 mendapatkan nilai 8, P5 mendapatkan nilai 11, P6 mendapatkan nilai 9, P7 mendapatkan 10, P8 mendapatkan nilai 7 dan P9 mendapatkan nilai 5.

Sembilan tema esensial telah teridentifikasi sebagai hasil analisis dari berbagai kategori yang didapat dari proses koding beberapa unit analisis transkrip verbatim yang telah dibaca berulang-ulang. Hasil wawancara terhadap sembilan partisipan yang memiliki resiko genetik DM tipe 2 diperoleh sembilan tema sebagai berikut; pemahaman tentang DM tipe 2 secara superfisial; persepsi yang salah tentang Diabetes; kesadaran diri untuk melakukan pencegahan; modifikasi perilaku sehari-hari untuk mencegah DM tipe 2; "modalitas tradisional" sebagai upaya pencegahan terhadap diabetes tipe 2; koping positif dalam mencegah DM tipe 2; DM tipe 2 dipersepsikan sebagai penyakit yang menakutkan; penyangkalan bahwa diabetes disebabkan oleh faktor keturunan; dan meyakini DM tipe 2 sebagai penyakit keturunan.

Pembahasan

Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi gambaran kesadaran diri, persepsi dan sikap pada individu yang memiliki resiko genetik DMT 2. Sistematika pembahasan ini akan diuraikan secara terperinci bagaimana kesadaran diri, persepsi dan sikap individu yang memiliki resiko genetik DMT 2.

Terdapat sembilan tema yang ditemukan pada penelitian ini. Tema-tema tersebut mempresentasikan pemahaman dan tindakan individu dalam menghadapi risiko DMT 2 pada individu yang memiliki resiko genetik DMT 2. Sembilan tema tersebut adalah: 1) pemahaman tentang DMT 2 secara superfisial; 2) persepsi yang salah tentang DMT 2; 3) kesadaran diri untuk melakukan pencegahan; 4) modifikasi perilaku sehari-hari untuk mencegah DMT 2; 5) "modalitas tradisional" sebagai upaya pencegahan terhadap DMT 2; 6) koping positif dalam mencegah DMT 2;

7) DMT 2 dipersepsikan sebagai penyakit yang menakutkan; 8) penyangkalan bahwa diabetes disebabkan oleh faktor keturunan; dan 9) meyakini DMT 2 sebagai penyakit keturunan. Pada tema penyangkalan terhadap faktor keturunan sebagai penyebab DMT 2 terdapat fenomena yang menarik, dari 9 partisipan terdapat 8 partisipan yang beranggapan bahwa faktor keturunan tidak memberikan andil yang besar penyebab terjadinya penyakit DMT 2. Walaupun 8 partisipan memiliki orang tua dan saudara kandung yang mengalami DMT 2. Sebagian besar beranggapan bahwa pola makan dan pola hidup adalah faktor terbesar penyebab terjadinya DMT 2 seperti yang diungkapkan P7. Sedangkan ungkapan dua partisipan yaitu P4 dan P5 hanya sebagian kecil faktor keturunan mempengaruhi terjadinya penyakit DMT 2. Hal ini tidak selaras dengan teori yang ada bahwa DMT 2 dipengaruhi oleh 2 faktor risiko yaitu, faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah memiliki resiko genetik yang mengalami DMT 2, ras, etnik, berusia > 45 tahun, mempunyai riwayat melahirkan bayi dengan BB lahir bayi > 4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional, dan riwayat lahir dengan berat badan rendah yaitu kurang dari 2,5 kg. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi contohnya berat badan berlebih, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi (> 140/90 mmHg), gangguan profil lipid dalam darah (HDL < 35 mg/dL dan atau trigliserida > 250 mg/dL), diet tidak sehat, tinggi gula dan rendah serat (ADA, 2003). Penelitian terkait dengan teori yang ada ditemukan oleh Drong, Lindgren dan McCarthy

(2012) bahwa penyakit DMT 2 berasal dari interaksi genetik dan berbagai faktor mental. Pada penelitian ini menemukan lebih dari 150 lokus genetik yang terkait dengan pengembangan monogenik, sindrom, atau bentuk multifaktorial DMT 2.

Berdasarkan temuan P2, P4, P5, P6, P7 dan P8 menyadari bahwa mereka beresiko memiliki faktor keturunan dari keluarganya tetapi tidak meyakini bahwa akan mengalami diabetes jika telah menjaga pola makan. Sedangkan dua partisipan yaitu P1 dan P9 tidak meyakini faktor keturunan sebagai salah satu faktor pencetus penyakit DMT 2. Kondisi ini menunjukkan bahwa terjadinya proses penyangkalan terhadap kondisi yang dialami.

Penyangkalan merupakan serangkaian proses dinamik yang bertujuan melindungi individu dari ancaman terhadap harga dirinya (Carpenito, 2002). Berdasarkan temuan pada penelitian ini ungkapan penyangkalan muncul akibat penyangkalan terhadap setiap bentuk informasi dialami oleh P2, P5, P6, P7, P8 dan P9. Terdapat satu partisipan (P2) yang mengungkapkan telah mengetahui penyakit DMT 2 adalah penyakit yang disebabkan oleh faktor keturunan tetapi P2 menolak meyakini bahwa penyakit DMT 2 adalah penyakit yang dapat disebabkan oleh faktor keturunan. Partisipan meyakini bahwa penyakit DMT 2 adalah penyakit yang disebabkan oleh pola hidup yang buruk. Sedangkan P5 dan P6 meyakini faktor keturunan memiliki peran menyebabkan penyakit DMT 2 tetapi peran itu sangat kecil dan individu tidak akan mengalami jika telah menjaga pola hidup. Partisipan lain meyakini bahwa penyakit DMT 2 adalah penyakit yang disebabkan oleh faktor keturunan seperti yang terjadi pada saudara-saudaranya tetapi P4 menyangkal bahwa penyakit DMT 2 dapat terjadi pada dirinya. Penyangkalan terhadap informasi yang mengancam terjadi terhadap P7. Partisipan mengetahui bahwa beberapa saudaranya mengalami DMT 2 hingga mengalami kematian tetapi P7 tidak ingin mengakui bahwa penyakit DMT 2 dapat mengancamnya. P7 mengungkapkan bahwa dirinya akan meyakini penyakit DMT 2 dapat disebabkan oleh faktor keturunan jika P7 telah mengatur berat badannya menjadi ideal dan P7 masih mengalami penyakit DMT 2 seperti saudara-saudaranya.

Pada tema DMT 2 dipersepsikan sebagai penyakit yang menakutkan. Diabetes melitus tipe 2 (DMT 2) dipersepsikan sebagai penyakit yang menakutkan

diungkapkan oleh enam partisipan. Muncul rasa ketakutan dan respon bahaya yang dirasakan oleh partisipan akan penyakit DMT 2. Beberapa faktor yang menimbulkan ketakutan pada partisipan seperti penyakit DMT 2 adalah penyakit yang menakutkan karena harus minum obat seumur hidup, penyakit yang menyebabkan kematian sehingga menakutkan, penyakit yang mengkhawatirkan karena individu yang mengalami DMT 2 yang mempunyai badan yang besar akan langsung turun secara drastis, penyakit yang berbahaya karena bisa menyebabkan komplikasi dan menyeramkan karena individu yang mengalami DMT 2 jika mempunyai luka akan susah untuk sembuh. Keresahan partisipan terungkap ketika menceritakan bahwa penyakit DMT 2 adalah penyakit yang tidak bisa sembuh secara total. Pada kondisi ini sesuai dengan fase persepsi kerentanan didalam teori *Health Belief Model*.

Persepsi kerentanan pada *Health belief model* yaitu menyadari bahaya akan risiko pribadi dari penyakit DMT 2 setelah melihat apa yang dialami individu yang mengalami DMT 2 di lingkungan sekitar dan muncul rasa takut (Becker & Maiman, 1975). Pada fase ini partisipan merasakan ketakutan dan kekhawatiran terhadap ancaman yang terjadi di sekitar partisipan.

Simpulan

Hasil penelitian tentang eksplorasi kesadaran diri, persepsi dan sikap pada individu yang memiliki resiko genetik DMT 2, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut: Sembilan partisipan menceritakan pengalamannya sebagai individu yang memiliki resiko genetik DMT 2. Tema-tema yang ditemukan berdasarkan data demografi, meliputi: jenis kelamin, usia, suku, tingkat pendidikan, pekerjaan, anggota keluarga yang mengalami DMT

2 dan penilaian risiko DMT 2. Informasi yang didapatkan pada saat wawancara mendalam didapatkan gambaran bahwa sebagian besar partisipan menyangkal bahwa diabetes disebabkan oleh faktor keturunan, partisipan beranggapan bahwa diabetes adalah penyakit yang hanya disebabkan oleh faktor pola hidup, faktor keturunan terjadinya diabetes hanya memiliki peran yang kecil meski didalam keluarga partisipan yang telah mengalami DMT 2 lebih dari satu orang. Selain itu partisipan mengungkapkan bahwa penyakit diabetes adalah penyakit yang menakutkan karena individu yang mengalami diabetes harus menjalani pengobatan seumur hidup, mengalami komplikasi

hingga terjadi kematian. Kondisi ini yang mungkin menjadi salah satu alasan partisipan menyangkal bahwa faktor keturunan memiliki peran untuk terjadinya DMT 2. Hal ini menunjukkan bahwa partisipan masih memiliki persepsi yang salah tentang diabetes. Partisipan masih belum memahami dengan benar penyakit diabetes. Rasa takut yang dirasakan partisipan membuat sebagian besar partisipan melakukan upaya untuk mencegah terjadinya DMT 2 dengan berbagai "modalitas tradisional" yang diketahui oleh partisipan. Beberapa partisipan melakukan "modalitas tradisional" dengan cara membuat minuman air hangat dengan perasan jeruk nipis setiap hari, melakukan diet OCD, terapi bekam secara rutin dan menerapkan hidup sehat dengan mengkonsumsi nutrisi tambahan dan mengganti gula yang dikonsumsi sehari-hari dengan pemanis buatan.

Pemahaman partisipan mengenai diabetes masih superfisial dan masih kurang tepat sehingga untuk meningkatkan kesadaran diri, persepsi dan sikap individu yang memiliki resiko genetik DMT 2, perawat sebagai tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi sesuai karakteristik kesadaran diri, persepsi dan sikap pada tiap individu dan edukasi yang diberikan tidak hanya diberikan pada individu yang telah mengalami diabetes tetapi juga kepada keluarga yang dimilikinya. Sehingga pemahaman yang dicapai dapat sesuai sasaran dan tidak salah dalam mengenal penyakit DMT 2. Hal ini penting dalam meningkatkan kesadaran diri, persepsi dan sikap individu yang memiliki resiko genetik DMT 2 agar mencegah peningkatan angka kejadian DMT 2 didalam keluarga. Bagi pengembangan praktik keperawatan. Sebagai bahan pemikiran oleh perawat untuk mengembangkan program edukasi yang sesuai dengan karakteristik kesadaran diri individu yang memiliki resiko genetik DMT 2 dalam mencegah peningkatan angka kejadian diabetes.

Bagi perkembangan keilmuan. Sebagai tambahan informasi dibidang keperawatan pada aspek emosional dan psikologis yaitu kesadaran diri, persepsi dan sikap pada individu yang berisiko terhadap kejadian diabetes dan individu yang mengalami diabetes.

Bagi Penelitian Selanjutnya diperlukan studi lanjut yang mengkaji secara mendalam hal-hal yang telah teridentifikasi melalui penelitian ini dengan jumlah partisipan yang lebih banyak dan bervariasi dari tingkat usia, pendidikan, jenis kelamin dan suku

agar mendapatkan informasi yang lebih bervariasi pada setiap tema. Dan perlu untuk diadakan penelitian yang membandingkan antara individu yang memiliki resiko genetik DMT 2 dengan individu yang tidak memiliki resiko genetik DMT 2 untuk menemukan adakah perbedaan tingkat kesadaran diri, persepsi dan sikap pada penyakit DMT 2.

Referensi

- Acheson, L. S., Wang, C., Zyzanski, S. J., Lynn, A., Ruffin, M. T., Gramling, R., ... & Nease, D. E. (2010). Family history and perceptions about risk and prevention for chronic diseases in primary care: a report from the Family Healthware™ Impact Trial. *Genetics in Medicine*, 12(4), 212-218.
- Akbari, A., Zadeh, S. M. A. S., Ramezani, M., & Zadeh, S. M. S. (2013). The Effect of Hijama (Cupping) on Oxidative Stress Indexes & various Blood Factors in Patients Suffering from Diabetes Type II. *NATIONALPARK-FORSCHUNG IN DER SCHWEIZ (Switzerland Research Park Journal)*, 102(9).
- American Diabetes Association (ADA). (2010). *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Alexandria: Author.
- American Diabetes Association. (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 33(Supplement 1), S62-S69.
- American Diabetes Association (2010). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes*
- American Diabetes Association National Institute of Diabetes Digestive and Kidney Disease. (2003). The prevention or delay of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(4), 742-749.
- Andari, R., & Mahati, E. (2013). Pengaruh bekam basah terhadap kadar gula darah puasa pada pasien diabetes melitus di semarang. *MEDIA MEDIKA MUDA*, 2(1), 1-11.
- Arslanian, S. A., Bacha, F., Saad, R., & Gungor, N. (2005). Family history of type 2 diabetes is associated with decreased insulin sensitivity and an impaired balance between insulin sensitivity and insulin secretion in white youth. *Diabetes Care*, 28(1), 115–119.
- Atmasari, R. (2014). *Puasa, kunci keberhasilan diet OCD deddy corbuzier*. Retrieved from <http://www.tempo.co/read/news/2014/01/30/219549554/Puasa-Kunci-Keberhasilan-Diet-OCD-Deddy-Corbuzier>
- Australian Government Departement of Health. (2010). *Australian type 2 diabetes risk assesment tool (AUSDRISK)*. Retrieved from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/diabetesRiskAssessmentToolStatic>.
- Australian Government Departement of Health. (2013). *Non-interactive diabetes risk assessment tool*. Retrieved from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/diabetesRiskAssessmentToolStatic>.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Baradaran, H., & Knill-Jones, R. (2004). Assessing the knowledge, attitudes and understanding of type 2 diabetes amongs ethnic groups in Glasgow, Scotland. *Practical Diabetes International*, 21(4), 143-148.
- Barbara, C. L. (1996). *Essential of medical surgical nursing a nursing process approach*. St. Louis: CV Mosby Company.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Bennett, P. (2000). Epidemiology of type 2 diabetes mellitus. In LeRoith et.al. *Diabetes mellitus a fundamental and clinical text*. (2nd Ed.) (pp. 544-547). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
- Bhikha, R. A. (2008). PILOT RESEARCH PROJECT CONDUCTED AT THE UNIVERSITY OF WESTERN CAPETHERAPEUTIC CUPPING AS ADJUNCTIVE THERAPY IN THE TREATMENT OF DIABETES, HYPERTENSION AND OSTEOARTHRITIS. *Evaluation*.
- Black, M. J., & Hawks, H. J. (2009). *Medical surgical nursing, clinical management for positive outcomes volume 2*. Missouri: Saunders Elsevier.
- Calsbeek, H., Morren, M., Bensing, J., & Rijken, M. (2007). Knowledge and attitude

- towards genetic testing: A two year follow-up study in patients with asthma, diabetes mellitus and cardiovascular disease. *Journal of Genetic Counseling*, 16(4), 493-504.
- Carpenito, L. J. (2002). *Nursing diagnosis: application to clinical practice (9th Ed.)*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins Inc.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). *Health behavior and health education theory, research and practice (4th Ed.)*. San Fransisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Cohen, S. (2013). *States of denial: Knowing about atrocities and suffering*. John Wiley & Sons.
- Corbuzier, D. (2013). *What is OCD*. Retrieved from <http://www.readyforfit.com/what-is-ocd.html>
- Creswell J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five tradition*. Mississippi: SAGE Pubication, Inc.
- Dallo, F. J., & Weller, S. C. (2003). Effectiveness of diabetes mellitus screening recommendations. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(18), 10574-10579.
- Denzin, N. K. (2000). *Handbook of qualitative research*. Mississippi: SAGE Publishing.
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2000). The Diabetes Prevention Program: baseline characteristics of the randomized cohort. *Diabetes Care*, 23(11), 1619–1629.
- Diabetes UK. (2012). *Diabetes risk assesment tool*. Retrieved from <http://www.diabetes.org.uk/Professionals/Diabetes-Risk-Score-assessment-tool/>.
- Dorner, T. E., Lackinger, C., Schindler, K., Stein, K., Rieder, A., & Ludvik, B. (2013). Health information regarding diabetes mellitus reduces misconceptions and underestimation of consequences in the general population. *Public health nutrition*, 16(11), 2032-2039.
- Dunning, T. (2009). *Care of people with diabetes: A manual of nursing practice (3rd Ed)*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Édouard, K. K., & Kouassi, K. (2009). Ethnobotanical Study of Plants Used to Treat Diabetes, in Traditional Medicine, by Abbey and Krobou People of Agboville (Côte-d'Ivoire). *American journal of scientific research* 4(1), 45-58.
- Edward, J. L., Vincent, A. M., Cheng, H. T., & Feldman, E. L. (2008). Diabetic neuropathy: Mechanisms to management. *Pharmacology & Therapeutics*, 120(1), 1-34.
- Ezra, J. (2007). *Enhancing self awareness*. Retrieved from http://www.powercharacter.compage_smart/27/juni.html.
- Faleyimu, O. I., Akinyemi, O., Faleyimu, O. I., & Akinyemi, O. (2009). Herbal approach to the treatment of diabetes. *Journal of hainan medical college*, 15(12).
- Fatahillah, A. (2006). *Keampuhan bekam (pencegah dan penyembuhan penyakit warisan rasulullah)*. Depok: Qiltum Media
- Fezeu, L., Fointama, E., Ngufor, G., Mbeh, G., & Mbanya, J. C. (2010). Diabetes awarenes in general population in cameroon. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 90(3), 312-318.
- Fitzgerald, N., Hromi-Fiedler, A., Segura-Pérez, S., & Pérez-Escamilla, R. (2011). Food insecurity is related to increased risk of type 2 diabetes among Latinas. *diabetes*, 3(4), 24-26.
- Gillies, C. L., Abrams, K. R., Lambert, P. C., Cooper, N. J., Sutton, A. J., Hsu, R. T., & Khunti, K. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 334(7588), 299.
- Granner, D. K. (2003). Hormon pankreas dan traktus gastrointestinal. In Murray, R. K., Granner, D. K. Mayes, P. A. & Rodwell, V. W. *Biokimia harper (25th Ed)*. Jakarta: EGC
- Guyton, C. A., & Hall, J. E. (2007). *Textbook of medical physiology (9th Ed.)*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. Handelsman, Y., Mechanick, J. I., Blonde, L., Grunberger, G., Bloomgarden, Z. T., Bray, G. A., ... & Wyne, K.L. (2011). American association of clinical endocrinologists medical guidelines for

- clinical practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan. AACE Guidelines. *Endocrine Practice*, 17(2), 1-53.
- Harrison, T. A., Hindorff, L. A., Kim, H., Wines, R., Bowen, D. J., McGrath, B. B., & Edwards, K. L. (2003). Family history of diabetes as a potential public health tool. *American journal of preventive medicine*, 24(2), 152-159.
- Hu, F. B., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Colditz, G., Liu, S., Solomon, C. G., & Willett, W. C. (2001). Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New England Journal of Medicine*, 345(11), 790-797.
- IDF. (2014). *Type 2 diabetes risk assesment form*. Retrieved from <http://www.idf.org/diabetes-prevention/questionnaire>.
- Iliadou, A., Cnattingius, S., & Lichtenstein, P. (2004). Low birthweight and type 2 diabetes: a study on 11 162 Swedish twins. *International journal of epidemiology*, 33(5), 948-953.
- International Diabetes Federation (IDF). (2013). *Diabetes atlas* (6th Ed.). Brussels: Author.
- Kementarian Kesehatan dan WHO. (2007). *Monitoring and evaluation of the integrated community-based intervention for the prevention of noncommunicable diseases in Depok, West Java, Indonesia*. Jakarta.
- Laaksonen, D. E., Lindström, J., Lakka, T. A., Eriksson, J. G., Niskanen, L., Wikström, K., ... & Uusitupa, M. (2005). Physical activity in the prevention of type 2 diabetes the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes*, 54(1), 158-165.
- Lanywati, E. (2001). *Diabetes Melitus*. Yogyakarta: Kanisius Media
- Li, G., Zhang, P., Wang, J., Gregg, E. W., Yang, W., Gong, Q., ... & Bennett, P. H. (2008). The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *The Lancet*, 371(9626), 1783-1789.
- Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, J. G., Louheranta, A., Fogelholm, M., Uusitupa, M., & Tuomilehto, J. (2006). High-fibre, low-fat diet predicts long-term weight loss and decreased type 2 diabetes risk: the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetologia*, 49(5), 912-920.
- Lyssenko, V., Jonsson, A., Almgren, P., Pulizzi, N., Isomaa, B., Tuomi, T., ... & Groop, L. (2008). Clinical risk factors, DNA variants, and the development of type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 359(21), 2220-2232.
- Mahdavi, M. R. V., Ghazanfari, T., Aghajani, M., Danyali, F., & Naseri, M. (2013). Evaluation of the Effects of Traditional Cupping on the Biochemical, Hematological and Immunological Factors of Human Venous Blood.
- Mann, L. (1969). *Social psychology*. Sydney: John Wiley & Sons Australia.
- Markowitz, S. M., Park, E. R., Delahanty, L. M., O'Brien, K. E., & Grant, R. W. (2011). Perceived impact of diabetes genetic risk testing among patients at high phenotypic risk for type 2 diabetes. *Diabetes care*, 34(3), 568-573.
- Mazze, R. S., Strock, E., Simonson, G., & Bergenstal, R. (2006). *Staged diabetes management: A systematic approach*. England: John Wiley & Sons.
- Michalsen, A., Bock, S., Lüdtkke, R., Rampp, T., Baecker, M., Bachmann, J., ... & Dobos, G. J. (2009). Effects of traditional cupping therapy in patients with carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *The Journal of Pain*, 10(6), 601-608.
- Mohan, D., Raj, D., Shanthirani, C. S., Datta, M., Unwin, N. C., Kapur, A., & Mohan, V. (2005). Awareness and Knowledge of diabetes in Chennai-The Chennai urban rural epidemiology study [CURES-9]. *Journal of the Association of Physicians of India*, 53, 283-287.
- Noble, D., Mathur, R., Dent, T., Meads, C., & Greenhalgh, T. (2011). Risk models and scores for type 2 diabetes: Systematic review. *BMJ: British Medical Journal*, 343.

- PERKENI. (2011). *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PB. Perkeni.
- Pijl, M., Henneman, L., Claassen, L., Detmar, S. Y., Nijpels, G., & Timmermans, D. R. M. (2009). Family history of diabetes: Exploring perception of people at risk in the Netherlands. *Preventing chronic disease public health research, practice and policy*, 6(2), 1-8.
- Polit D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice*. Baltimore: Wolter Kluwers Health.
- Poretsky, L. (2010). *Principles of diabetes mellitus (2nd Ed.)*. London: Springer.
- Raco, J. R. (2010). *Metode penelitian kualitatif: Jenis, karakteristik, dan keunggulannya*. Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Ramlo-Halsted, B. A., & Edelman, S. V. (2000). The natural history of type 2 diabetes: practical points to consider in developing prevention and treatment strategies. *Clinical Diabetes*, 18(2), 80-84.
- RISKESDAS. (2013). *Riset kesehatan dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Depkes RI.
- Roberts, K. B., Gary, T. L., Beckles, G. L. A., Gregg, E. W., Owens, M., Porterfield, D., & Engelgau, M. M. (2007). Family history of diabetes, awareness of risk factors and health behaviors among african americans. *American Journal of Public Health*, 97(5), 907-912.
- Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 50(3_Pt_1), 295-302.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education & Behavior*, 2(4), 354-386.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and hiv risk behavior change. In Peterson, J. and DiClemente, R. (Eds.), *Preventing AIDS: Theory and practice of behavioral interventions*. New York: Plenum.
- Salas-Salvadó, J., Martinez-Gonzalez, M. A., Bullo, M., & Ros, E. (2011). The role of diet in the prevention of type 2 diabetes. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 21, B32-B48.
- Schulze, M. B., Liu, S., Rimm, E. B., Manson, J. E., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2004). Glycemic index, glycemic load, and dietary fiber intake and incidence of type 2 diabetes in younger and middle-aged women. *The American journal of clinical nutrition*, 80(2), 348-356.
- Singh, N. K., Shah, N. K., Bhandari, A., Pandey, S., & Sharma, S. J. (2014). Presentations and complications of diabetes patients presenting to diabetic clinic of Eastern Nepal. *Journal of College of Medical Sciences-Nepal*, 9(3), 25-30.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2001). *Keperawatan medikal bedah (Agung Waluyo, I Made Kariasa, Yulia, HY Kuncara, Yasmin Asih, alih bahasa)*. Jakarta: EGC.
- Sobur, A. (2003). *Psikologi umum dalam lintasan sejarah*. Bandung: Lingkar setia.
- Speziale, H. J. S., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative (3rd Ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stettler, C., Allemann, S., Jüni, P., Cull, C. A., Holman, R. R., Egger, M., ... & Diem, P. (2006). Glycemic control and macrovascular disease in types 1 and 2 diabetes mellitus: Meta-analysis of randomized trials. *American heart journal*, 152(1), 27-38.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative (2nd Ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Sluik, D., Buijsse, B., Muckelbauer, R., Kaaks, R., Teucher, B., Johnsen, N. F., ... & Nöthlings, U. (2012). Physical activity and mortality in individuals with

- diabetes mellitus: a prospective study and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 172(17), 1285-1295.
- Thoha, M. (2008). *Perilaku organisasi; konsep dasar dan aplikasinya* (Ed. 1). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Toumilehto, J. (1999). Primary prevention of non-communicable disease. In. Hitman, G.A. (Eds.). *Type 2 diabetes prediction and prevention*, (pp. 211-238). England: John Wiley and Sons, Ltd.
- Toumilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., ... & Uusitupa, M. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343-1350.
- Toumilehto, J., Toumilehto-Wolf, E., Zimmet, P., Alberti, K., & Knowler, W., (1997). Primary prevention of diabetes mellitus. In. Alberti K., Zimmet, P., Defronzo, R., Keen, H. (Eds.). *International textbook of DM 2nd Ed*, (pp. 1799-1827). London: John Wiley.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2005). *Qualitative methods in public health a field guide for applied research*. San Fransisco: Jossey-Bass A wiley imprint.
- Walter, F. M., & Emery, J. (2006). Perceptions of family history across common diseases: a qualitative study in primary care. *Family practice*, 23(4), 472-480.
- Wee, H. L., Ho, H. K., & Li, S. C. (2002). Public awareness of diabetes mellitus in Singapore. *Singapore medical journal*, 43(3), 128-134.
- Whitford, D. L., & Al-Sabbagh, M. (2010). Cultural variations in attitudes towards family risk of diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 90(2), 173-181.
- WHO. (1994). *Prevention of diabetes mellitus report of a WHO study group*. Geneva: Author.
- WHO. (2014). Genetics and diabetes. Retrieved from <http://www.who.int/genomics/about/Diabetis-fin.pdf>.
- Williams, Linda Sue., & Hopper, Paula D. (2007). *Understanding Medical Surgical Nursing*. (3rd Ed). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Wood, L. G., & Haber, J. (2010). *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. St.Louis: Mosby Elsevier.
- Zuourikian, N. Jarock, C. & Mulder, K. (2014).