

BAB II

LANDASAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Pengertian

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit yang disebabkan oleh tidak memadainya kontrol kadar glukosa dalam darah. Penyakit ini memiliki banyak subklasifikasi, termasuk tipe 1, tipe 2, diabetes yang timbul pada usia muda atau *Maturity Onset Diabetes of the Young* (MODY), diabetes gestasional, diabetes neonatal, dan diabetes yang diinduksi steroid. DM tipe 1 dan 2 merupakan subtipe utama, masing-masing dengan patofisiologi, presentasi, dan manajemen yang berbeda, tetapi keduanya memiliki potensi hiperglikemia. Kegiatan ini menguraikan patofisiologi, evaluasi, dan manajemen DM serta menyoroti peran tim interprofesional dalam mengelola pasien dengan kondisi ini (Sapra, 2023).

Diabetes Melitus merupakan serangkaian penyakit metabolismik yang dikenal sebagai diabetes melitus ditandai dengan kadar glukosa darah yang tinggi (hiperglikemia) sebagai akibat dari kekurangan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Farrell & Dempsey, 2017).

2. Klasifikasi

Diabetes bukanlah penyakit tunggal, melainkan sindrom yang ditandai dengan hiperglikemia, dan seiring berjalananya waktu, dengan peningkatan risiko kerusakan pada mata, ginjal, dan saraf, serta secara lebih spesifik, pada jantung dan pembuluh darah kaliber menengah dan besar. Diabetes dapat dibagi menjadi empat jenis utama: diabetes tipe 1, tipe 2, gestasional, dan diabetes sekunder atau jenis diabetes spesifik lainnya. Sebagian besar pasien terdiri dari dua jenis yang pertama, dan selama bertahun-tahun, banyak nama lain yang telah digunakan, termasuk onset remaja/onset dewasa, rawan ketosis/tidak rawan ketosis, dan ketergantungan insulin/tidak tergantung insulin. Semua nama ini menyiratkan ciri-ciri fenotipik yang bermasalah untuk mengkategorikan

jenis diabetes pada masing-masing pasien, dan oleh karena itu, nomenklatur yang lebih disukai saat ini adalah diabetes tipe 1 dan diabetes tipe 2 (Genuth et al., 2021).

Diabetes gestasional berlaku untuk diabetes yang didiagnosis selama kehamilan. Diabetes sekunder atau jenis diabetes spesifik lainnya mencakup spektrum besar penyebab spesifik, termasuk cacat monogenik fungsi sel beta, cacat genetik pada kerja atau struktur insulin, penyakit pankreas seperti pankreatitis dan hemokromatosis, endokrinopati, obat/kimia dan pembedahan, infeksi, dan sindrom genetik yang dimediasi oleh kekebalan tubuh yang tidak biasa dan sindrom genetik lainnya yang kadang-kadang dikaitkan dengan diabetes (Genuth et al., 2021).

a. DM Tipe 1

Diabetes tipe 1 mewakili sekitar 5% dari semua diabetes. Inti dari patofisiologi sebagian besar kasus diabetes tipe 1 adalah serangan autoimun terhadap sel beta pankreas yang mengakibatkan defisiensi insulin yang parah. Meskipun kerusakan dan kematian sel beta terutama dimediasi oleh sel T, autoantibodi yang dibentuk oleh sel B terhadap antigen pulau digunakan sebagai penanda penyakit ini dan mungkin memainkan peran patogen. Studi penelitian sering kali membutuhkan hasil positif untuk satu atau lebih autoantibodi ini untuk diagnosis diabetes tipe 1. Mungkin juga terdapat penyebab kerusakan dan penghancuran sel beta yang dimediasi oleh nonimun dan, terutama pada orang Asia, penyakit yang disebut diabetes fulminan telah dijelaskan (Genuth et al., 2021; CDC, 2020).

b. DM Tipe 2

Diabetes tipe 2 adalah jenis diabetes utama lainnya dan mencakup 90%-95% dari total kasus diabetes di Amerika Serikat dan di seluruh dunia. Diabetes Melitus Tipe 2 (T2DM) ditandai dengan resistensi insulin yang diakibatkan oleh cacat pada kerja insulin pada jaringan target (otot, hati, dan lemak), tetapi diperumit oleh kegagalan yang bervariasi dan biasanya bersifat progresif pada kapasitas sekresi

insulin sel beta (Yau et al., 2021). Hal ini disebabkan oleh kombinasi resistensi insulin, yang sebagian besar disebabkan oleh obesitas, dan kurangnya sekresi insulin, yang tampaknya merupakan langkah pembatas dalam patogenesis diabetes tipe 2. Sekresi insulin tidak mencukupi karena tingkat resistensi insulin dan disebut sebagai defisiensi insulin relatif. Penyebab defek sekresi insulin mungkin multifaktorial, tetapi biasanya dianggap sebagai metabolik dan bukan auto-imun (Genuth et al., 2021; CDC, 2020).

Diagnosis diabetes tipe 2 mengasumsikan bahwa pasien tidak memiliki salah satu penyebab diabetes yang termasuk dalam jenis diabetes sekunder atau jenis diabetes spesifik lainnya. Karakteristik klinis klasik diabetes tipe 2 adalah obesitas, onset pada usia pertengahan hingga lanjut usia, riwayat keluarga yang positif menderita diabetes tipe 2 pada keluarga tingkat pertama, dan hiperglikemia progresif secara perlahan-lahan yang sering kali hanya bergejala minimal. Tidak seperti diabetes tipe 1, yang paling sering terjadi pada orang Kaukasia yang berasal dari Eropa Utara, diabetes tipe 2 lebih sering terjadi pada kelompok minoritas, seperti Afrika-Amerika, Hispanik, Asia, dan penduduk asli Amerika, dibandingkan dengan orang Kaukasia. Namun, seperti halnya pada diabetes tipe 1, tidak ada karakteristik klinis yang sensitif dan spesifik untuk diabetes tipe 2. Tidak ada tes laboratorium nonglikemik yang spesifik untuk diabetes tipe 2, kecuali kemungkinan tidak adanya penanda autoimun yang menjadi ciri khas diabetes tipe 1 (Genuth et al., 2021).

3. Etiologi

Tipe 1 Diabetes Melitus (T1DM) ditandai dengan rusaknya sel beta di pankreas, biasanya akibat proses autoimun. Hasilnya adalah penghancuran sel beta secara total, dan akibatnya, insulin tidak ada atau sangat rendah. Selanjutnya, Tipe 2 Diabetes Melitus (T2DM) melibatkan onset yang lebih berbahaya, di mana ketidakseimbangan antara kadar insulin dan sensitivitas insulin menyebabkan defisit fungsional insulin.

Resistensi insulin disebabkan oleh banyak faktor, tetapi umumnya berkembang dari obesitas dan penuaan (Sapra, 2023).

Rajaei et al., (2019) menyatakan latar belakang genetik untuk kedua jenis ini sangat penting sebagai faktor risiko. Seiring dengan semakin dieksplorasinya genom manusia, ditemukan beberapa lokus yang berbeda yang memberikan risiko DM. Polimorfisme telah diketahui memengaruhi risiko T1DM, termasuk kompleks histokompatibilitas utama (*major histocompatibility complex/MHC*) dan antigen leukosit manusia (*human leukocyte antigen/HLA*).

T2DM melibatkan interaksi yang lebih kompleks antara genetika dan gaya hidup. Terdapat bukti yang jelas yang menunjukkan bahwa T2DM memiliki profil keturunan yang lebih kuat dibandingkan dengan T1DM. Mayoritas pasien dengan penyakit ini memiliki setidaknya satu orang tua yang menderita T2DM (Sapra, 2023).

4. Patofisiologi

Seorang pasien dengan DM berpotensi mengalami hiperglikemia. Patologi DM bisa tidak jelas karena beberapa faktor sering kali dapat berkontribusi terhadap penyakit ini. Hiperglikemia sendiri dapat mengganggu fungsi sel beta pankreas dan berkontribusi terhadap gangguan sekresi insulin. Akibatnya, terjadi lingkaran setan hiperglikemia yang menyebabkan gangguan metabolisme. Kadar glukosa darah di atas 180 mg/dL sering dianggap hiperglikemik dalam konteks ini, meskipun karena beragamnya mekanisme, tidak ada titik batas yang jelas. Pasien mengalami diuresis osmotik akibat kejemuhan transporter glukosa dalam nefron pada kadar glukosa darah yang lebih tinggi. Meskipun efeknya bervariasi, kadar glukosa serum di atas 250 mg/dL cenderung menyebabkan gejala poliuria dan polidipsia (Sapra, 2023).

DM tipe I terjadi akibat penghancuran sel beta pankreas terkait dengan kerentanan genetik dan faktor lingkungan. Hubungan genetik terkuat adalah dengan histokompatibilitas antigen leukosit (HLA) kelas II alel HLA-DQ dan HLA-DR. Penanda HLA-DR dikaitkan dengan gangguan

autoimun lainnya, seperti celiac, Graves, Hashimoto, dan penyakit Addison. Faktor lingkungan yang telah terlibat meliputi paparan obat, makanan, dan virus tertentu. Interaksi gen-lingkungan ini menghasilkan pembentukan autoantigen yang diekspresikan pada permukaan sel beta pankreas dan beredar dalam aliran darah dan limfatis. Imunitas seluler (sel T-sitotoksik dan makrofag) dan imunitas humoral (autoantibodi) dirangsang, yang mengakibatkan kerusakan sel beta dan apoptosis. Penghancuran sel beta dihasilkan dari infiltrasi limfosit dan makrofag pulau, menghasilkan pelepasan sitokin inflamasi, aktivasi T-helper dan Tcytotoxic limfosit, dan kematian sel beta pulau. Penghancuran sel beta juga terjadi dimediasi oleh produksi autoantibodi terhadap sel pulau, insulin, glutamat *glutamic acid decarboxylase* (GAD), dan protein sitoplasma lainnya. Sintesis insulin menurun dan hiperglikemia berkembang seiring berjalannya waktu (Huether & McCance, 2015).

Selain itu, meskipun tetap berada di dalam darah, glukosa makanan tidak dapat dipertahankan di dalam hati, yang menyebabkan hiperglikemia prostaglandin. Ginjal tidak dapat menyerap kembali glukosa yang telah disaring jika kadar glukosa darah cukup tinggi. Ginjal tidak dapat menyerap kembali glukosa yang telah disaring, sehingga glukosa muncul sebagai glikosida dalam urin. Ketika terlalu banyak glukosa yang dikeluarkan dalam urin, terlalu banyak cairan dan elektrolit yang hilang juga akan terjadi, keadaan ini dinamakan diuresis ostomik, sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliurea), dan rasa haus atau polidipsi (Smeltzer & Bare, 2015).

Kekurangan insulin juga akan mencegah protein dimetabolisme oleh lemak, yang akan mengakibatkan penurunan berat badan. Pasien mungkin merasakan polifagia, atau peningkatan nafsu makan, sebagai akibat dari rendahnya cadangan energi. Kelemahan dan kelelahan adalah tanda-tanda lebih lanjut. Insulin mengatur proses glikogenolisis (pemecahan glukosa yang tersimpan), glukoneogenesis (produksi glukosa baru dari asam amino dan senyawa lain), dan glukoneogenesis (produksi glukosa baru dari

glukosa yang tersimpan). Namun, proses ini akan terus berlanjut pada pasien dengan insufisiensi insulin dan selanjutnya akan menyebabkan hiperglikemia. Selain itu, pemecahan lemak menyebabkan peningkatan pembentukan badan keton yang merupakan produk sampingan dari pemecahan lemak. Jika ada secara berlebihan, keton adalah asam yang mengganggu keseimbangan asam-basa tubuh dan dapat menyebabkan kondisi yang dinaamakan ketoasidosis (Smeltzer & Bare, 2015).

Pada DM Tipe 2 konsentrasi glukagon meningkat karena sel alfa pankreas menjadi kurang responsif terhadap penghambatan glukosa, yang mengakibatkan peningkatan sekresi glukagon. Kadar glukagon yang tinggi dan tidak normal ini meningkatkan kadar glukosa darah dengan merangsang glikogenolisis dan glukoneogenesis. Seperti yang telah dibahas di bawah diabetes tipe 1, diabetes tipe 2 juga dikaitkan dengan defisiensi amilin, yang selanjutnya meningkatkan kadar glukagon. Amylin (islet amiloid polipeptida) adalah hormon sel beta lain yang menurun pada diabetes tipe 1 dan tipe 2. Amylin meningkatkan rasa kenyang dan menekan glukagon pelepasan dari sel alfa. Hal ini juga berkontribusi terhadap kerusakan sel pulau melalui pengendapan polipeptida amiloid yang tidak normal (salah lipatan) di pankreas. Pramlintide, analog sintetis dari amilin, digunakan untuk pengobatan diabetes tipe 2. Hormon yang dilepaskan dari saluran pencernaan (GI) berperan dalam insulin resistensi insulin, fungsi sel beta, dan diabetes (Huether & McCance, 2015).

Ghrelin adalah peptida yang diproduksi di perut dan pulau pankreas yang mengatur asupan makanan, keseimbangan energi, dan sekresi hormon. Penurunan kadar ghrelin yang bersirkulasi telah dikaitkan dengan resistensi insulin dan peningkatan kadar insulin puasa. Incretin adalah sebuah golongan peptida yang dilepaskan dari saluran pencernaan sebagai respons terhadap asupan makanan dan berfungsi untuk meningkatkan sekresi insulin dan memiliki banyak efek positif lainnya metabolisme. Incretin yang paling banyak dipelajari disebut peptida mirip glukagon 1 (GLP-1), dan penelitian

telah menunjukkan bahwa responsitas sel beta terhadap GLP-1 berkurang baik pada pradiabetes maupun diabetes tipe 2 (Huether & McCance, 2015).

5. Manifestasi Klinis

Berbagai keluhan yang dapat ditemukan pada pasien DM, meliputi:

a. Keluhan klasik DM yaitu (PERKENI, 2021):

- a. Glukosuria (terdapat glukosa dalam urin), poliuria (peningkatan dalam berkemih), polidipsia (rasa haus akibat kehilangan cairan yang berlebihan), polifagia (peningkatan selera makan akibat menurunnya simpanan kalori), dan penurunan berat badan.
- b. Keluhan lainnya dapat berupa: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria, dan pruritus vulva pada wanita.

6. Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis DM adalah sebagai berikut (Ignatavicius & Workman, 2015):

- a. Kadar Gula Darah Puasa (GDP), nilai rujukan kurang dari 100 mg/dl (5,6 mmol/L). pada lansia terjadi peningkatan 1 mg/dl setiap dekade usia.
- b. Kadar Gula Darah (GD) 2 jam *Post Prandial* (PP), nilai rujukan kurang dari 140 mg/dl (7,8 mmol/L).
- c. Kadar Gula Darah sewaktu, nilai rujukan kurang dari 200 mg/dl.
- d. Pemeriksaan HbA1c, nilai rujukan lebih dari 6,5%.

7. Penatalaksanaan

Fisiologi dan pengobatan diabetes sangat kompleks dan memerlukan banyak intervensi untuk keberhasilan pengelolaan penyakit. Edukasi diabetes dan keterlibatan pasien sangat penting dalam manajemen. Pasien memiliki hasil yang lebih baik jika mereka dapat mengatur pola makan (pembatasan karbohidrat dan kalori secara keseluruhan), berolahraga secara teratur (lebih dari 150 menit setiap minggu), dan memonitor glukosa secara mandiri. Pengobatan seumur hidup sering kali diperlukan untuk mencegah komplikasi yang tidak diinginkan. Idealnya, kadar glukosa harus

dipertahankan pada 90 hingga 130 mg/dL dan HbA1c kurang dari 7%. Meskipun kontrol glukosa sangat penting, manajemen yang terlalu agresif dapat menyebabkan hipoglikemia, yang dapat berakibat buruk atau fatal (Sapra, 2023).

Karena T1DM adalah penyakit yang terutama disebabkan oleh ketiadaan insulin, maka pemberian insulin melalui suntikan harian, atau pompa insulin, merupakan pengobatan andalan. Pada T2DM, diet dan olahraga mungkin merupakan pengobatan yang memadai, terutama pada awalnya. Terapi lain dapat menargetkan sensitivitas insulin atau meningkatkan sekresi insulin oleh pankreas. Subkelas khusus untuk obat-obatan termasuk biguanides (metformin), sulfonilurea, meglitinida, penghambat alfa-glukosidase, tiazolidinediones, agonis glukagon-like-peptida-1, penghambat dipeptidil peptidase IV (DPP-4), selektif, amilinomimetik, dan penghambat natrium-glukosa transporter-2 (SGLT-2). Metformin adalah lini pertama obat diabetes yang diresepkan dan bekerja dengan menurunkan glukosa plasma basal dan postprandial. Pemberian insulin mungkin juga diperlukan untuk pasien T2DM, terutama mereka yang pengelolaan glukosanya tidak memadai pada stadium lanjut penyakit ini. Pada pasien obesitas berat, bedah bariatrik adalah cara yang mungkin untuk menormalkan kadar glukosa. Operasi ini direkomendasikan untuk individu yang tidak responsif terhadap pengobatan lain dan yang memiliki komorbiditas yang signifikan (Sapra, 2023).

B. Konsep Dasar Kepercayaan Pengobatan Tradisional

1. Pengertian

Kepercayaan adalah kesediaan untuk rentan terhadap orang lain, berdasarkan keyakinan akan kepercayaan, keterbukaan, kompetensi, dan kepedulian mereka. Ini adalah kondisi psikologis yang melibatkan niat menerima kerentanan, dengan harapan positif terhadap niat orang lain, tanpa kemampuan untuk memantau mereka. Kepercayaan dibangun melalui perilaku mempercayai (*trusting*) dan bisa dipercaya (*trustworthy*), yang

melibatkan risiko dan dukungan terbuka terhadap orang lain (Chen et al., 2010; Elgar, 2011; Johnson & Johnson, 1991).

Pengobatan adalah suatu usaha untuk penyembuhan penyakit. Umumnya pengobatan ini dilakukan oleh orang yang ahli dalam menanganinya. Pengobatan sistem modern menyebutnya dengan tenaga medis atau dokter, pengobatan sistem tradisional dikenal dengan penyembuh atau dukun. Dokter dan penyembuh adalah dua profesi yang amat dikenal masyarakat. Mengutip Doni Saputra, Setyoningsih menuliskan bahwa kedua profesi tersebut adalah pekerja-pekerja sosial yang menyelenggarakan upaya penyembuhan seseorang dari penyakitnya, tetapi dengan memakai cara-caranya sendiri (Setyoningsih & Artaria, 2016).

Pengobatan tradisional adalah suatu metode pengobatan atau perawatanya menggunakan tata cara yang tradisional. Baik dari ilmunya, pengalamannya, keterampilan yang diwariskan secara turun temurun berdasarkan tradisi (tradisional) dalam suatu wilayah masyarakat. Pengobatan tradisional adalah jumlah total pengetahuan, keterampilan, dan praktek-praktek yang berdasarkan pada teori-teori, keyakinan, dan pengalaman masyarakat yang mempunyai adat budaya yang berbeda, baik dijelaskan atau tidak, digunakan dalam pemeliharaan kesehatan serta dalam pencegahan, diagnosa, perbaikan atau pengobatan penyakit secara fisik dan juga mental (Wahyuni, 2021).

Berdasarkan beberapa kesimpulan di atas dapat disimpulkan bahwa Kepercayaan terhadap pengobatan tradisional adalah kesediaan individu untuk rentan, mengandalkan metode penyembuhan yang dilakukan oleh penyembuh atau dukun, berdasarkan keyakinan akan keahlian, keterampilan, dan niat baik mereka. Kepercayaan ini melibatkan penerimaan bahwa proses penyembuhan mungkin tidak dapat dimonitor sepenuhnya, namun diharapkan dapat membawa hasil yang positif. Selain itu, kepercayaan ini juga dipengaruhi oleh pengalaman budaya, tradisi, dan hubungan sosial yang terjalin antara pasien dan penyembuh.

2. Jenis Pengobatan Tradisional

Berdasarkan cara pengobatan / perawatan, Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dilakukan dengan menggunakan cara keterampilan, ramuan atau kombinasi dengan memadukan antara pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang menggunakan cara keterampilan. Selanjutnya diklasifikasi menjadi teknik manual, terapi energi dan terapi olah pikir. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan cara ramuan dapat menggunakan Obat Tradisional. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan cara kombinasi dengan memadukan antara keterampilan dan ramuan merupakan kombinasi Pelayanan Kesehatan Tradisional yang memiliki kesamaan, keharmonisan, dan kecocokan yang merupakan satu kesatuan sistem keilmuan kesehatan tradisional (Kemenkes RI, 2018).

Menurut Putri (2018) terdapat beberapa jenis pengobatan tradisional yang berkembang di Indonesia, yaitu sebagai berikut:

- a. Pengobatan tradisional dengan ramuan obat, yaitu pengobatan tradisional dengan ramuan asli Indonesia adalah yang didapat langsung dari bahan-bahan alami di Indonesia, terolah secara sederhana atas dasar pengalaman dan dipergunakan dalam pengobatan tradisional.
- b. Pengobatan tradisional spiritual/kebatinan, yaitu pengobatan tradisional atas dasar kepercayaan merupakan cara pengobatan yang tidak bisa dibuktikan secara medis namun dapat memberikan kesembuhan.
- c. Pengobatan tradisional dengan memakai peralatan, beberapa pengobatan tradisional yang menggunakan alat seperti akupunktur dan pijat tradisional.
- d. Pengobatan tradisional yang telah mendapat pengarahan dan pengaturan pemerintah, yang dimaksud adalah dukun beranak.

Dalam pengobatan tradisional dikenal istilah battra, yaitu orang yang memberikan terapi pengobatan. Pengobat tradisional diklasifikasikan dalam jenis-jenis berikut:

- a. Pengobat tradisional keterampilan, yaitu pengobat tradisional pijat urut patah tulang, sunat, dukun bayi, refleksi dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis.
 - b. Pengobat tradisional ramuan, yaitu pengobat tradisional ramuan Indonesia (jamu), gurah, tabib, sinshe, bomeopati, aromaterapis, dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis.
 - c. Pengobat tradisional pendekatan agama, pengobat tradisional dengan pendekatan agama Islam, Kristen, Khatolikm Hindu, Konghucu, atau Budha.
 - a. Pengobat tradisional supranatural, terdiri dari pengobat tradisional tenaga dalam (prana), paranormal, reiky master, qigong, dukun kebatinan, dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis.
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengobatan tradisional

Berikut adalah beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat dalam memilih pengobatan tradisional:

a. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan yang terbatas mengenai penggunaan jamu, serta banyaknya informasi yang tidak tepat diterima oleh masyarakat menjadi permasalahan baru yang menyebabkan konsumsi jamu sebagai obat tradisional mengalami naik turun (Adiyasa & Meiyanti, 2021).

b. Sosial budaya

Nilai-nilai budaya, kepercayaan turun-temurun, serta pengaruh keluarga dan lingkungan sosial turut memengaruhi keputusan masyarakat dalam memilih pengobatan tradisional. Misalnya, persepsi dan kepercayaan terhadap obat tradisional berhubungan dengan preferensi pemilihan obat (Iqbal et al., 2022).

c. Sumber dan media informasi

Akses informasi melalui media sosial, keluarga, dan tenaga kesehatan berperan penting dalam membentuk perilaku masyarakat terhadap pengobatan tradisional. Tersedianya media informasi dan

pengetahuan terbukti sebagai faktor dominan yang memengaruhi penggunaan obat tradisional (Katili et al., 2022).

d. Perilaku dan persepsi tentang kesehatan

Sikap dan persepsi individu terhadap kesehatan, termasuk persepsi tentang keseriusan penyakit dan manfaat pengobatan, memengaruhi keputusan dalam menggunakan pengobatan tradisional. Faktor sikap dan persepsi keseriusan penyakit yang dirasakan memiliki pengaruh signifikan terhadap pemanfaatan kearifan lokal sebagai obat tradisional (Widiarti et al., 2016)

e. Akses terhadap layanan kesehatan

Jarak dan ketersediaan fasilitas kesehatan memengaruhi pilihan masyarakat untuk menggunakan pengobatan tradisional (Liana, 2017).

f. Kepercayaan terhadap keamanan pengobatan

Kepercayaan masyarakat terhadap keamanan dan efektivitas pengobatan tradisional, seperti herbal dan jamu, menjadi faktor penting dalam keputusan penggunaannya. Kepercayaan terhadap keamanan dari pengobatan herbal memengaruhi penggunaan pengobatan herbal (Alnaz et al., 2023).

C. Konsep Dasar Kepatuhan

1. Pengertian

Kepatuhan didefinisikan sebagai perilaku individu sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Kepatuhan dapat dimulai dari sikap mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana (Kozier et al., 2018). Kepatuhan adalah sejauh mana individu mematuhi suatu aturan yang dianjurkan dalam menjalankan perawatan, pengobatan, dan perilaku yang direkomendasikan oleh perawat, dokter, atau profesional kesehatan lainnya. Kepatuhan mencerminkan sejauh mana individu berperilaku sesuai dengan pedoman yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan (Pratama & Wahyuningsih, 2021).

2. Teknik Mengatasi Ketidakpatuhan

Saat perawat mengidentifikasi ketidakpatuhan, penting untuk mengambil langkah-langkah berikut: (Berman et al., 2016).

a. Tentukan mengapa klien tidak mengikuti rejimen

Bergantung pada alasan yang pasien ungkapkan, perawat dapat memberikan informasi, mengoreksi kesalahpahaman, berupaya mengurangi biaya, atau menyarankan konseling jika masalah psikologis mengganggu kepatuhan. Penting juga bagi perawat untuk mengevaluasi kembali kesesuaian anjuran kesehatan yang diberikan.

b. Tunjukkan kepedulian

Tunjukkan perhatian yang tulus tentang masalah dan keputusan klien dan pada saat yang sama menerima hak klien atas suatu tindakan.

c. Dorong perilaku sehat melalui penguatan positif

Jika Pria yang tidak meminum obat jantungnya berjalan setiap hari, perawat mungkin berkata, "Cara berjalanmu benar-benar baik". Gunakan alat bantu untuk memperkuat pengajaran.

d. Membangun hubungan terapi kebebasan, saling pengertian, dan tanggung jawab timbal balik dengan klien dan orang pendukung.

Dengan memberikan pengetahuan, keterampilan, dan informasi, perawat memberi klien kendali atas kesehatan mereka dan membangun hubungan kerja sama, yang menghasilkan kepatuhan yang lebih besar.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Kepatuhan dipengaruhi oleh berbagai faktor, menurut Elmita et al., (2019) faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien DM dalam melakukan kontrol berobat adalah, sebagai berikut:

a. Pekerjaan

Pasien yang bekerja di sektor formal dan terikat oleh jam kerja lebih tidak patuh, karena kesempatan untuk datang ke fasilitas kesehatan menjadi terbatas. Penelitian lainnya juga menyatakan bahwa, pekerjaan erat kaitannya dengan jenis pekerjaan dan durasi jam kerja yang berbeda (Cho & Kim, 2014).

b. Pendapatan

Penderita dengan tingkat pendapatan keluarga yang rendah tidak selalu menjadi penyebab ketidakpatuhan, karena saat ini masyarakat yang termasuk dalam kategori miskin dapat mengakses pengobatan secara gratis tanpa perlu mengeluarkan biaya untuk berobat. Masyarakat dengan kondisi ekonomi rendah dapat terus mengakses pelayanan kesehatan berkat adanya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (Rasajati et al., 2015).

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi tinggi rendahnya pengetahuan seseorang. Sehingga pendidikan memang memiliki peran penting dalam pembentukan perilaku. Dapat diartikan bahwa tingkat pendidikan akan membentuk pengetahuan seseorang yang kemudian akan meningkatkan perilaku patuh (Afrianti & Rahmiati, 2021). Selain itu, Pendidikan berpotensi untuk meningkatkan kematangan intelektual dan memperluas pengetahuan, melalui pemahaman yang mendalam. Dengan informasi yang diperoleh, pasien akan memahami manfaat dari saran atau nasihat yang diberikan oleh petugas kesehatan, sehingga dapat meningkatkan motivasi untuk lebih patuh dalam menjalani pengobatan yang dianjurkan (Elmita et al., 2019).

d. Persepsi Pasien terhadap Tenaga Kesehatan

Pasien yang memiliki persepsi positif terhadap sikap tenaga kesehatan menunjukkan tingkat kepuasan yang tinggi terhadap pelayanan yang diberikan. Hal ini berimplikasi pada kecenderungan pasien untuk kembali menggunakan layanan tersebut dikemudian hari. Sebaliknya, pasien yang memiliki persepsi negatif terhadap sikap tenaga kesehatan cenderung merasa tidak puas dengan pelayanan yang diterima, yang dapat menyebabkan mereka memilih untuk tidak kembali lagi (Orah, 2015).

e. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor pendukung kepatuhan pasien terhadap fungsi yang dimilikinya yaitu sebagai support system bagi anggota keluarga yang sakit, keluarga selalu siap memberikan pertolongan jika diperlukan (Marilyn et al., 2019).

4. Dimensi Kepatuhan

WHO membagi kepatuhan kedalam 5 (lima) dimensi, yaitu: (WHO, 2003)

a. Dimensi sosial ekonomi

Dimensi sosial ekonomi terdiri dari sosial ekonomi rendah, kemiskinan, pendidikan yang rendah, pengangguran, kurangnya dukungan sosial serta budaya dan keyakinan tentang penyakit dan terapi serta disfungsi keluarga.

b. Dimensi sistem pelayanan kesehatan

Dimensi sistem pelayanan kesehatan merupakan kondisi yang dapat meningkatkan kepatuhan pasien sehingga terjadi hubungan yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan.

c. Dimensi kondisi penyakit

Dimensi kondisi penyakit berpengaruh terhadap kepatuhan diantaranya beratnya gejala yang di alami pasien, tingkat ketidakmampuan pasien baik fisik, sosial, psikologis maupun keparahan penyakit.

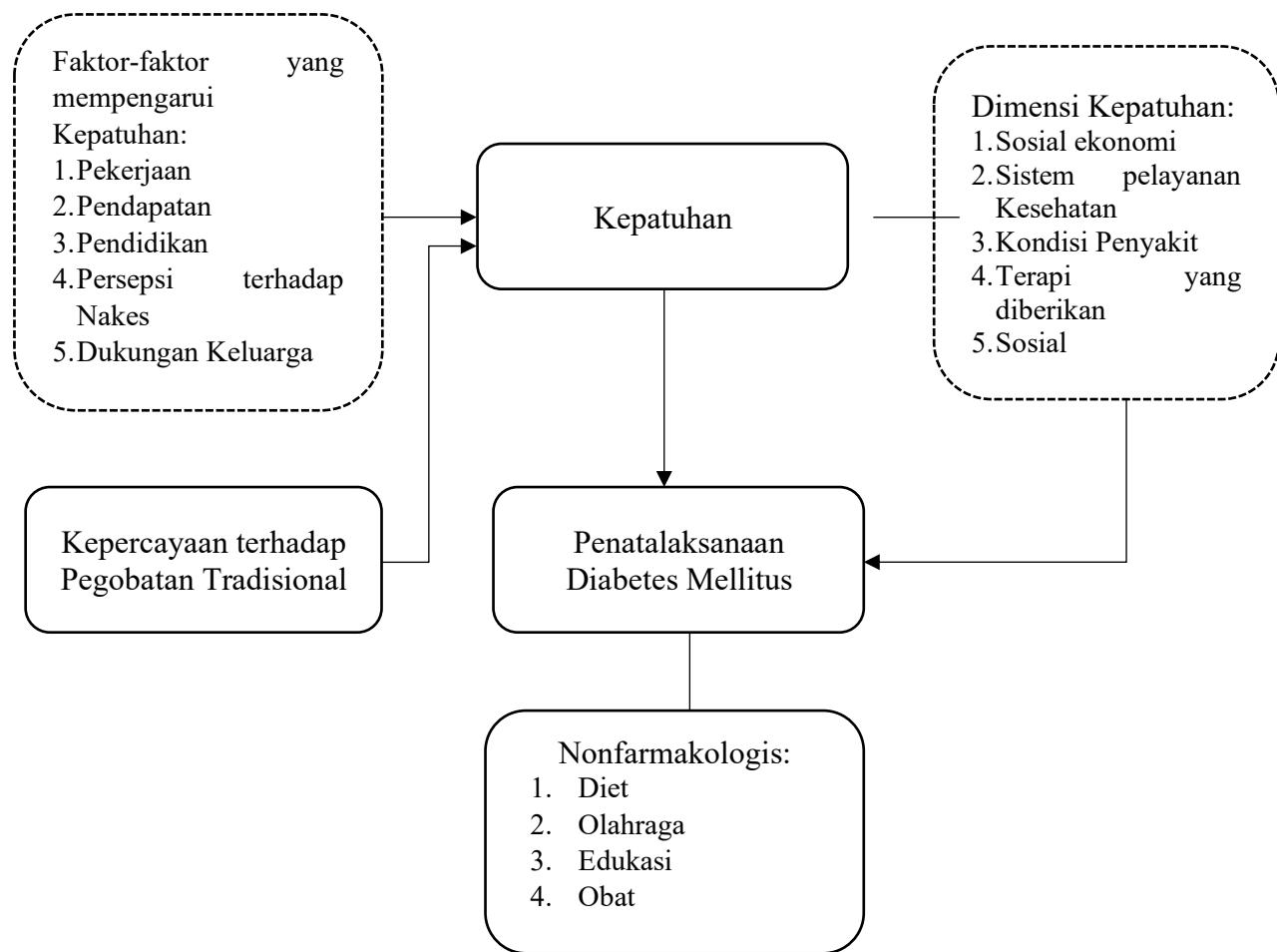
d. Dimensi terapi

Dimensi terapi yang berpengaruh adalah durasi dari terapi, kegagalan terapi sebelumnya, frekuensi perubahan terapi serta ketersediaan dukungan medis

e. Dimensi social

Dimensi pasien yang menjadi hambatan dalam meningkatkan kepatuhan pasien adalah kurangnya informasi dan ketrampilan dalam memegemen diri, kedulitan dalam memotivasi pasien serta kurang dukungan dalam perubahan perilaku.

D. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

(Berman et al., 2016; Elmita et al., 2019; Kemenkes RI, 2018; Kozier et al., 2018; Sapra, 2023; Setyoningsih & Artaria, 2016; Wahyuni, 2021; WHO, 2003)

Keterangan:

----- : Tidak Diteliti
_____ : Diteliti