

TESIS

PERUBAHAN *SELF EFFICACY* DAN *QUALITY OF LIFE*
MELALUI PELAKSANAAN *FAMILY CENTERED CARE*
PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2



Oleh :

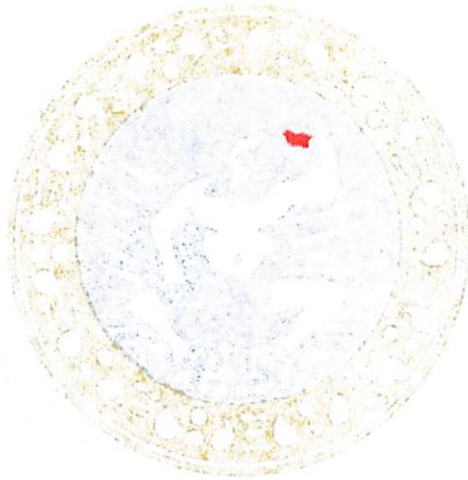
NETY MAWARDA HATMANTI

NIM : 131041071

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

TESIS

PERUBAHAN SELF EFFICACY DAN QUALITY OF LIFE
MELALUI PROGRAM KONSULTASI DAN TERAPI
PADA PENYAKIT DIABETES MELITUS TYP 2



NETY MAWARDA HATMANTI

0111111111

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2013

TESIS

PERUBAHAN *SELF EFFICACY* DAN *QUALITY OF LIFE* MELALUI PELAKSANAAN *FAMILY CENTERED CARE* PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

NETY MAWARDA HATMANTI

NIM : 131041071

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
S U R A B A Y A
2012**

21247

REVISI NO. 1 TAHUN 2008 TENTANG PERUBAHAN
SALAH SALAH SATU PASAL DAN MENYISIPKAN PASAL
DARI PERATURAN PERundang-undangan

REVISI NO. 1 TAHUN 2008 TENTANG PERUBAHAN
SALAH SALAH SATU PASAL DAN MENYISIPKAN PASAL
DARI PERATURAN PERundang-undangan

PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA
TENTANG PERUBAHAN SALAH SALAH SATU PASAL
DAN MENYISIPKAN PASAL DARI PERATURAN
PERundang-undangan

REVISI NO. 1 TAHUN 2008 TENTANG PERUBAHAN
SALAH SALAH SATU PASAL DAN MENYISIPKAN PASAL
DARI PERATURAN PERundang-undangan


21247

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Nety Mawarda Hatmanti

NIM : 131041071

Tanda Tangan : 

Tanggal : 1 Agustus 2012

LEMBAR PENGESAHAN

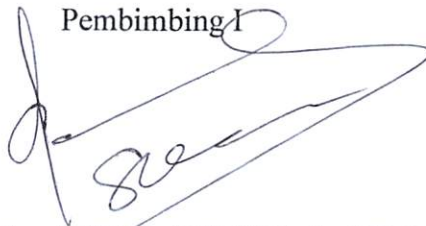
PERUBAHAN *SELF EFFICACY* DAN *QUALITY OF LIFE*
MELALUI PELAKSANAAN *FAMILY CENTERED CARE*
PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2

TESIS INI TELAH DISETUJUI

PADA TANGGAL, 1 AGUSTUS 2012

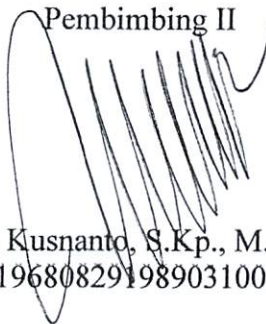
Oleh :

Pembimbing I



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H, Sp.PD.,KPTL.,FINASIM
NIP. 194708121974121001

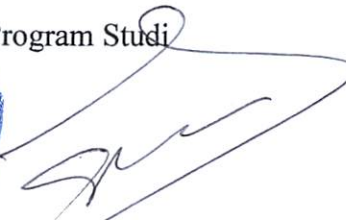
Pembimbing II



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
196808291989031002

Mengetahui,

Ketua Program Studi



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H, Sp.PD.,KPTL.,FINASIM
NIP. 194708121974121001

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Nety Mawarda Hatmanti

NIM : 131041071

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : *Perubahan Self Efficacy dan Quality of Life* melalui Pelaksanaan *Family Centered Care* pada Penderita Diabetes mellitus tipe 2

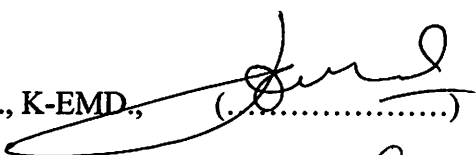
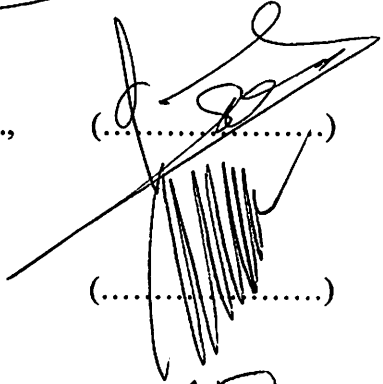
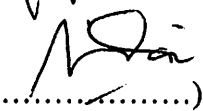

Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada tanggal 1 Agustus 2012

Panitia penguji,

1. Ketua Penguji : Sony Wibisono, dr.,Sp.PD., K-EMD, (.....)
FINASIM 
2. Penguji I : Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc.,MPDK., (.....)
DTM&H, Sp.PD., KPTI.,FINASIM 
3. Penguji II : Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes. (.....)
4. Penguji III : Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.,Ns., (.....)
MANP 
5. Penguji IV : Atika, S.Si., M.Kes (.....)


**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nety Mawarda Hatmanti

NIM : 131041071

Program Studi: Magister Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PERUBAHAN *SELF EFFICACY* DAN *QUALITY OF LIFE* MELALUI
PELAKSANAAN *FAMILY CENTERED CARE* PADA PENDERITA
DIABETES MELLITUS TIPE 2**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 1 Agustus 2012

Yang menyatakan

(Nety Mawarda Hatmanti)

SUMMARY

THE CHANGE OF SELF EFFICACY AND QUALITY OF LIFE THROUGH THE IMPLEMENTATION OF FAMILY CENTERED CARE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS

By Nety Mawarda Hatmanti

The latest epidemiology study states that Indonesia has entered the epidemic of Type 2 Diabetes melitus. The change in life style and urbanization seem to be the important causal factor for this problem which is increasing in this new millennium (PERKENI, 2011).

Diabetes mellitus is a significant problem in the global health. Up to now, Diabetes mellitus cannot be cured. Food abstinence and medication, including insulin injection for the diabetic client relates to the morbidity incidence rate which will also affect their quality of life (WHO, 2012).

WHO (2012) states that 346 millions of people in the world are suffering from Diabetes mellitus. In 2004, approximately 3.4 million people died because of high blood glucose; and 80% of the deaths of Diabetes mellitus happened to the people living in the countries with middle to low economic level. In 2030, Diabetes mellitus is predicted to become the seventh killer disease in the world. WHO (2012) predicts the mortality rate caused by Diabetes mellitus will double in 2005 until 2030. The diabetic adults will have double risk for death compared to the non-diabetic adults (PERKENI, 2011). There were 16.365 diabetic sufferers found in Surabaya, East Java in 2009 and decreased down to 15.509 cases (Dinkes Kota Surabaya, 2012).

The type of this study was quasy-experimental where sample was divided into two groups: the treatment group containing 16 respondents and the control group with 16 respondents. Counseling has been given to the treatment group, whereas the control group did not have any. The counseling was given three times for 60 minutes in the respondent's house. The counseling are about concept of type 2 Diabetes mellitus, treatment in type 2 Diabetes mellitus and family centered care. The measuring tool used in this study was the questionnaires given before the counseling and three weeks after the counseling. The result of questionnaires was processed by using descriptive analysis and Spearman's Rho correlation analysis with the coefisien correlation $r_s = 0,591$ ($p = 0.016$).

The respondents in the treatment group experienced an increase in the self efficacy and quality of life after receiving counseling in family centered care. The increase in self efficacy happening to the treatment group was 0.57 on average. The more increase in quality of life happening to the treatment group was 1.31 on average. Moreover, the control group also experienced the increase in self efficacy, totally 0.06, but not higher than the treatment group. However, the control group experienced the decrease in pretest and posttest, totally 0.07.

This research showed that there is an increase of the value of self efficacy and quality of life in the treatment group in which the difference was that the increase of self efficacy value in the treatment group was dominated by the male respondents, whereas the increase of quality of life value was dominated by the female respondents. It was resulted from the economic problems possessed by the

male respondents during the research. Therefore, when the posttest was done, the self efficacy value decreased and so was the quality of life value. Moreover, the economic condition is one of the factors which affects the change of one's behavior.

The result of study concluded that one's self efficacy and quality of live depend on how the diabetic clients applied a good management to keep on living with the disease they suffered. Last but not least, the family role which should become the supporting factor needs to be increased too because the diabetic clients live with the family in the same house everyday.

ABSTRACT**THE CHANGE OF SELF EFFICACY AND QUALITY OF LIFE THROUGH THE IMPLEMENTATION OF FAMILY CENTERED CARE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS****Quasy Experimental Study Public Health Center Kebonsari Surabaya****By Nety Mawarda Hatmanti**

Type 2 Diabetes Mellitus (DM) is a chronic incurable disease which will be suffered for a lifetime, but is uncontrollable to prevent complications. A good knowledge about management of disease is highly needed to avoid complications. One of the ways to increase the knowledge is through the counseling program with the family centered care method in which the counseling is given to the client and the family members simultaneously so that the family gives support to the client in managing the disease.

This study was purposed to prove the influence of counseling on the family centered care toward self efficacy and quality of life as well as to prove the relation between self efficacy and quality of life of the patients suffered from Type 2 Diabetes mellitus. The type of this study was quasy-experimental conducted with non-randomized control group pretest and posttest design. In this study, the treatment group had been given the counseling on the family centered care, whereas the control group had not.

The result of research showed a significant difference between self efficacy and quality of life between treatment and control group shown by the result of Mann-Whitney's test on self efficacy Z 1.978 ($p = 0.048$), whereas on quality of life Z -2.722 ($p = 0.006$). Moreover, there is a positive relation between self efficacy and quality of life. The result of Spearman's Rank test on the treatment group showed that r_s 0.591 ($p = 0.016$).

The conclusion of this study was that giving counseling on the family centered care has been more significantly proven to increase the self efficacy and quality of life of patients with Type 2 Diabetes mellitus than those without counseling. Besides, there was another evidence showing that there was a relation between self efficacy and quality of life; if self efficacy increased, quality of life would also increase. Therefore, the nurses should develop the method of family centered care so that the management of Diabetes mellitus can also be developed independently with the family support. Moreover, the further study should be done to strengthen the concept of family centered care in managing Type 2 Diabetes mellitus sufferers by modifying the assessment instrument.

Keyword : Health education, Family Centered Care, Quality of Life, Self Efficacy, Type 2 Diabetes mellitus

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan ke-Hadirat Allah SWT atas rahmat, karunia, kekuatan dan petunjuk yang telah dilimpahkan kepada penulis sehingga tesis dengan judul **“PERUBAHAN *SELF EFFICACY* DAN *QUALITY OF LIFE* MELALUI PELAKSANAAN *FAMILY CENTERED CARE* PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 2”** ini dapat diselesaikan dengan sebaik-baiknya. Tesis ini disusun dan diajukan untuk memenuhi syarat mencapai gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penulisan tesis ini, terdapat keterbatasan-keterbatasan pada diri penulis, maka sudah sewajarnya apabila dalam penyelesaian tesis ini penulis memperoleh bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Rektor Universitas Airlangga Surabaya, Prof. Dr. H. Fasich, Apt. atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan program pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dekan Fakultas Keperawatan, Purwaningsih, S.Kp., M.Kes. atas kesempatan, arahan, bimbingan dan penggunaan fasilitas yang diberikan selama proses pendidikan serta dalam penyusunan tesis ini.
3. Ketua Program Studi Magister Keperawatan Prof. Dr. Suharto, dr.,M.Sc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD.,KPTI.,FINASIM, atas segala petunjuk dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.

4. Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes, sebagai dosen pembimbing 2 yang telah memberikan arahan, bimbingan dan masukan dalam penyusunan tesis.
5. Dosen dan seluruh civitas akademik atas segala bantuannya dalam proses penyusunan tesis ini.
6. Teman-teman angkatan III Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang selalu memberikan dorongan dan semangat selama penelitian dan penyelesaian tesis ini.
7. Seluruh staf di Puskesmas Kebonsari Surabaya atas segala bantuan dan dukungannya dalam penelitian.
8. Seluruh kader posyandu lansia di wilayah Kebonsari, Pagesangan dan Jambangan atas segalan bantuannya dalam penyelesaian penelitian ini.
9. Seluruh responden di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Kiranya kepada pihak-pihak yang tidak sempat disebut disini layak pula disampaikan ucapan terima kasih. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan ridhlo-Nya sesuai dengan amal dan perbuatannya dan semoga apa yang tersirat dalam tesis ini dapat memperluas pengetahuan kita sekalian dan bermanfaat bagi kemajuan keilmuan keperawatan. Akhirnya penulis sampaikan mohon maaf atas segala kekurangan dan kekhilafan, sekaligus mohon saran yang membangun atas kekurangan dalam tesis ini.

Surabaya, Agustus 2012

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Lembar Prasyarat Gelar	iii
Lembar Pernyataan Orisinalitas	iv
Lembar Pengesahan	v
Lembar Penetapan Panitia Penguji	vi
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	vii
<i>Summary</i>	viii
Abstrak	x
Kata Pengantar	xi
Daftar Isi	xiii
Daftar Gambar	xvi
Daftar Tabel	xvii
Daftar Lampiran	xviii
Daftar Singkatan	xix

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan umum	8
1.3.2 Tujuan khusus	8
1.4 Manfaat	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktis	9

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes mellitus	10
2.1.1 Definisi Diabetes mellitus	10
2.1.2 Etiologi Diabetes mellitus Tipe 2 di Indonesia	11
2.1.3 Patofisiologi Diabetes mellitus	12
2.1.3.1 Patogenesis Diabetes Mellitus Tipe 2	13
2.1.4 Klasifikasi	13
2.1.5 Gejala Klinis	15
2.1.5.1 Gejala Akut	15
2.1.5.2 Gejala Kronik	16
2.1.6 Diagnosis	17
2.1.6.1 Pemeriksaan penyaring	19
2.1.7 Komplikasi	21
2.1.7.1 Komplikasi Akut	20
2.1.7.2 Komplikasi Kronis	23
2.1.8 Penatalaksanaan	23
2.1.8.1 Perencanaan Makan / Diet	24
2.1.8.2 Latihan Jasmani	29

	2.1.8.3 Penyuluhan	30
	2.1.8.4 Farmakologi	31
	2.1.8.5 Algoritma Penatalaksanaan Diabetes mellitus	33
2.2	Konsep <i>Family Centered Care</i>	34
	2.2.1 Definisi Keluarga	34
	2.2.2 Fungsi Dasar Keluarga	35
	2.2.3 Tipe Keluarga	36
	2.2.4 Definisi <i>Family Centered Care</i>	38
	2.2.4.1 Konsep Utama <i>Family Centered Care</i>	38
	2.2.5 Konsep Promosi Kesehatan	41
	2.2.5.1 Penyuluhan	42
2.3	Konsep <i>Self Efficacy</i>	45
	2.3.1 Definisi	45
	2.3.2 Dimensi <i>Self Efficacy</i>	45
	2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi <i>Self Efficacy</i>	46
	2.3.4 Pengaruh <i>Self Efficacy</i> terhadap Proses Dalam Diri Manusia	47
	
	2.3.5 Proses Perubahan <i>Self Efficacy</i>	49
2.4	Konsep <i>Quality of Life (QoL)</i>	52
	2.4.1 Pengertian <i>Quality of Life (QoL)</i>	52
	2.4.2 Komponen <i>Quality of Life (QoL)</i>	52
	2.4.3 Pengukuran <i>Quality of Life</i>	55
	2.4.4 Komponen Pengkajian Instrumen dari WHO tahun 2003	56
	2.4.4.1 Domain I Aspek Fisik	56
	2.4.4.2 Domain II Aspek Psikologis	56
	2.4.4.3 Domain III Hubungan Sosial	56
	2.4.4.4 Domain IV Lingkungan	57
2.5	Konsep Teori Keperawatan <i>Health Promotion Model (Nola J.Pender)</i>	57
	2.5.1 Konsep Mayor	58
	2.5.2 Asumsi Mayor dari Model Promosi Kesehatan (<i>Health Promotion Model</i>)	59
	2.5.3 Proposisi Model Promosi Kesehatan	59
	2.5.4 Penjelasan Bagan <i>Health Promotion Model</i>	61
 BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	65
3.2	Hipotesis Penelitian	67
 BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian	69
4.2	Populasi dan Sampel	69
	4.2.1 Populasi	69
	4.2.2 Sampel	70
	4.2.3 Besar sampel dan tehnik pengambilan sampel	70
4.3	Variabel penelitian dan Definisi Operasional	72
	4.3.1 Variabel penelitian	72
	4.3.2 Definisi Operasional	72

4.4	Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen	73
	4.4.1 Instrumen Penelitian	74
	4.4.2 Uji Coba Instrumen	74
	4.4.2.1 Uji Validitas	75
	4.4.2.2 Uji Reliabilitas	75
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian	76
4.6	Prosedur Pengumpulan Data	77
4.7	Kerangka Operasional	79
4.8	Pengolahan dan Analisa Data	79
	4.8.1 Pengolahan Data	79
	4.8.2 Analisa Data	80
	4.8.2.1 Analisis Deskriptif	80
	4.8.2.2 Analisis Inferensial	80
4.9	Masalah Etika	82
 BAB 5 HASIL PENELITIAN		
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	85
5.2	Karakteristik Responden	85
	5.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Penghasilan dan Lama Menderita Diabetes mellitus	85
	5.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan dan Tingkat Pendidikan	86
5.3	Hasil Penelitian	87
	5.3.1 <i>Self Efficacy</i>	87
	5.3.2 <i>Quality of Life</i>	90
5.4	Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas	93
5.5	Hasil Uji Statistik	93
 BAB 6 PEMBAHASAN		
6.1	Pengaruh <i>Family Centered Care</i> terhadap <i>Self Efficacy</i> pasien Diabetes mellitus tipe 2	97
6.2	Pengaruh <i>Family Centered Care</i> terhadap <i>Quality of Life</i> pasien Diabetes mellitus tipe 2	101
6.3	Hubungan antara <i>Self Efficacy</i> dan <i>Quality of Life</i> pasien Diabetes mellitus tipe 2	103
 BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Kesimpulan	106
7.2	Saran	106
	 DAFTAR PUSTAKA	 108

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Langkah-langkah diagnostik DM dan gangguan toleransi glukosa	20
Gambar 2.2	Pengelolaan Diabetes mellitus	34
Gambar 2.3	Sumber-sumber <i>self efficacy</i> (Bandura, 1994)	49
Gambar 2.4	Elemen dari <i>Quality of Life</i>	53
Gambar 2.5	<i>Health Promotion Model</i>	61
Gambar 3.1	Kerangka konsep penelitian	65
Gambar 4.1	Kerangka Operasional	79

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Diabetes mellitus	14
Tabel 2.2	Kriteria Diagnosis Diabetes mellitus	18
Tabel 2.3	Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dL)	20
Tabel 2.4	Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan BBR (Berat Badan Relatif)	24
Tabel 2.5	Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan IMT (Indeks Massa Tubuh) menurut Himpunan Studi Obesitas Indonesia	25
Tabel 2.6	Aktivitas fisik sehari – hari	30
Tabel 2.7	Komponen subjektif dari “ <i>well being</i> ”	54
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian	69
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penelitian	72
Tabel 4.3	Hasil Uji Reliabilitas	76
Tabel 4.4	Jadwal Penelitian	76
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan usia, penghasilan dan lama menderita Diabetes mellitus	85
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan jenis pekerjaan	86
Tabel 5.3	Distribusi Nilai <i>Pre-test</i> dan <i>Post-test Self Efficacy</i> pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	87
Tabel 5.4	Distribusi Nilai <i>Pre-test</i> dan <i>Post-test Quality of Life</i> pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	90
Tabel 5.5	Hasil Uji Normalitas dengan <i>Shapiro-Wilk</i>	93
Tabel 5.6	Hasil Uji Homogenitas dengan <i>Lavene's test</i>	93
Tabel 5.7	Hasil Uji <i>Paired t-test Self Efficacy</i> pada Kelompok Perlakuan	93
Tabel 5.8	Hasil Uji <i>Wilcoxon Self Efficacy</i> pada Kelompok Kontrol	94
Tabel 5.9	Hasil Uji <i>Mann-Whitney Self Efficacy</i> pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	94
Tabel 5.10	Hasil Uji <i>Paired t-test Quality of Life</i> pada Kelompok Perlakuan	95
Tabel 5.11	Hasil Uji <i>Wilcoxon Quality of Life</i> pada Kelompok Kontrol	95
Tabel 5.12	Hasil Uji <i>Mann-Whitney Quality of Life</i> pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	95

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian	113
Lampiran 2	Surat Keterangan Kelaikan Etik	114
Lampiran 3	Lembar Penjelasan	115
Lampiran 4	Lembar Permohonan Menjadi Responden	117
Lampiran 5	Lembar Persetujuan	118
Lampiran 6	Kuesioner Penelitian	119
Lampiran 7	Kuesioner <i>Family Centered Care</i>	120
Lampiran 8	Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	121
Lampiran 9	Kuesioner <i>Quality of Life</i>	122
Lampiran 10	Daftar Makanan Pengganti	124
Lampiran 11	Tabulasi Data Kuesioner	129
Lampiran 12	Tabulasi Nilai <i>Self Efficacy</i> dan <i>Quality of Life</i>	137
Lampiran 13	Hasil Uji Validitas Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	139
Lampiran 14	Hasil Uji Validitas Kuesioner <i>Quality of Life</i>	140
Lampiran 15	Hasil Uji Homogenitas	141
Lampiran 16	Hasil Uji <i>Paired t-test</i>	143
Lampiran 17	Hasil Uji <i>Wilcoxon Sign Rank</i>	145
Lampiran 18	Hasil Uji <i>Mann-Whitney</i>	146
Lampiran 19	Hasil Uji <i>Spearman's rho</i>	147
Lampiran 20	Booklet	148

DAFTAR SINGKATAN

ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
HGP	: <i>Hepatic Glucose Production</i>
IFG	: <i>Impaired Fasting Glucose</i>
IGT	: <i>Impaired Glucose Tolerance</i>
HLA-DR3	: <i>Human Leucocyte Antigen – DR3</i>
ICA	: <i>Islet Cell Antibody</i>
TTGO	: <i>Tes Toleransi Glukosa Oral</i>
TGT	: <i>Toleransi Glukosa Terganggu</i>
GDPT	: <i>Glukosa Darah Puasa Terganggu</i>
GDP	: <i>Glukosa Darah Puasa</i>
GDS	: <i>Glukosa Darah Sewaktu</i>
OAD	: <i>Oral Anti Diabetics</i>
HNK	: <i>Hiperglikemia Non Ketotik</i>
PGDM	: <i>Pemantauan Glukosa Darah Mandiri</i>
PPAR- γ	: <i>Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma</i>
OHO	: <i>Obat Hipoglikemik Oral</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Epidemi penyakit tidak menular muncul menjadi penyebab kematian terbesar di Indonesia saat ini. Sedangkan epidemi penyakit menular juga belum tuntas, semakin banyak pula ditemukan penyakit infeksi baru dan timbulnya kembali penyakit infeksi yang sudah lama menghilang, sehingga Indonesia memiliki beban kesehatan ganda yang berat. Berdasarkan studi epidemiologi terbaru, Indonesia telah memasuki epidemi Diabetes mellitus tipe 2. Perubahan gaya hidup dan urbanisasi nampaknya merupakan penyebab penting masalah ini dan terus menerus meningkat pada milenium baru ini (PERKENI, 2011).

Diabetes mellitus merupakan masalah yang signifikan dalam kesehatan global. Sampai saat ini Diabetes mellitus adalah penyakit yang belum bisa disembuhkan. Pembatasan makanan, pengobatan termasuk injeksi insulin pada penderita Diabetes mellitus berhubungan dengan angka kejadian sakit yang nantinya juga akan mempengaruhi QoL (*Quality of Life*) pada penderita Diabetes mellitus (WHO, 2012). WHO mendefinisikan kesehatan tidak hanya terbatas pada tidak adanya penyakit dan kecacatan saja, melainkan juga menyangkut pada kesehatan fisik, psikologis dan kesejahteraan sosial. Pengobatan Diabetes mellitus tujuannya selain untuk mengatasi kejadian glikemia, akan tetapi juga untuk meningkatkan kualitas hidupnya (QoL) dalam menjalani penyakitnya (Choi & Kim, 2011).

Diabetes mellitus merupakan kumpulan gejala yang timbul pada seseorang akibat tubuh mengalami gangguan dalam mengontrol kadar gula darah. Gangguan

tersebut dapat disebabkan oleh sekresi hormon insulin yang tidak adekuat atau fungsi insulin terganggu (resistensi insulin) atau justru gabungan dari keduanya. Dalam Diabetes Atlas 2000 (*International Diabetes Federation*) tercantum perkiraan penduduk Indonesia di atas 20 tahun sebesar 125 juta dan dengan asumsi prevalensi Diabetes mellitus sebesar 4,6% diperkirakan pada tahun 2000 berjumlah 5,6 juta. Berdasarkan pola pertumbuhan penduduk seperti saat ini, diperkirakan pada tahun 2020 nanti akan ada sejumlah 178 juta penduduk berusia di atas 20 tahun dan dengan asumsi prevalensi Diabetes mellitus sebesar 4,6% akan didapatkan 8,2 juta pasien diabetes (Soegondo, 2011).

WHO (2012) menyatakan bahwa sebanyak 346 juta orang di dunia menderita Diabetes mellitus. Pada tahun 2004 diperkirakan sebanyak 3,4 juta orang meninggal dikarenakan kadar gula darah yang tinggi dan 80% kematian penderita Diabetes mellitus dialami oleh penduduk di negara dengan pendapatan ekonominya menengah ke bawah. Pada tahun 2030 diperkirakan penyakit Diabetes mellitus akan menjadi penyebab kematian nomor tujuh di dunia. WHO (2012) memprediksi jumlah kematian dikarenakan penyakit Diabetes mellitus akan meningkat dua kali lipat antara tahun 2005 sampai 2030. Pada orang dewasa yang terkena diabetes, resiko kematian menjadi dua kali lipat dibandingkan dengan orang dewasa tanpa Diabetes mellitus (PERKENI, 2011).

WHO (2012) menyebutkan bahwa di Indonesia penyakit Diabetes mellitus terus meningkat sampai dengan angka 8,4 juta jiwa, yang artinya 1 dari 40 penduduk menderita Diabetes mellitus dan angka ini akan diprediksi terus meningkat melebihi 21,3 juta jiwa pada tahun 2030 mendatang dan komposisinya lebih banyak pada usia muda dan usia yang produktif. Senada dengan WHO (*World Health Organization*),

International Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2009, memprediksi kenaikan jumlah penyandang Diabetes mellitus dari 7 juta pada tahun 2009 menjadi 12 juta pada tahun 2030. Meskipun terdapat perbedaan angka prevalensi, laporan keduanya menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang Diabetes mellitus sebanyak 2-3 lipat pada tahun 2030 (Anggina, 2010).

Di Indonesia prevalensi Diabetes mellitus tipe 1 secara pasti belum diketahui, tetapi diakui memang sangat jarang, karena mungkin disebabkan oleh Indonesia terletak di khatulistiwa (semakin jauh dari garis khatulistiwa, semakin banyak insiden Diabetes mellitus tipe 1) atau barangkali faktor genetik memang mendukung, juga bisa disebabkan karena diagnosis Diabetes mellitus tipe 1 yang terlambat sehingga pasien sudah meninggal akibat komplikasi sebelum didiagnosis. Lain halnya dengan Diabetes mellitus tipe 2 yang jumlahnya lebih dari 90% dari semua populasi Diabetes mellitus di Indonesia (Soegondo, 2011). Oleh karena alasan inilah, peneliti memfokuskan pada penderita Diabetes mellitus tipe 2 yang jumlahnya terus meningkat.

Dari data yang didapatkan oleh peneliti dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya, didapatkan bahwa pada tahun 2009 jumlah penderita Diabetes mellitus di kota Surabaya sebanyak 16.365 penduduk, dan menurun pada tahun 2010 sebanyak 15.509 penduduk. Di puskesmas Kebonsari didapatkan bahwa jumlah penderita Diabetes mellitus sebanyak 220 orang pada tahun 2009, dan meningkat menjadi 315 orang pada tahun 2010. Data yang didapatkan di puskesmas Kebonsari, jumlah penderita pada bulan Pebruari 2012 sebanyak 45 penderita perempuan dan 28 penderita laki laki (diantaranya 9 penderita baru terdeteksi), sedangkan pada bulan Maret 2012 didapatkan data sebanyak 50 penderita perempuan dan 27 penderita laki-

laki (diantaranya 7 penderita baru terdeteksi). Di puskesmas Kebonsari sendiri telah diadakan program untuk perkumpulan para penderita Diabetes mellitus setiap bulan sekali pada minggu kedua dan semua penderita diundang dan difasilitasi dari pihak puskesmas. Akan tetapi pada kenyataannya yang hadir hanya sedikit saja sekitar 30 orang setiap acara. Rata-rata alasan dari para penderita diantaranya mengurus cucu di rumah, tidak ada yang mengantar dan bekerja. Di puskesmas Kebonsari juga telah diadakan kunjungan ke rumah penderita Diabetes mellitus yang baru dan sudah terjadwal untuk diberikan penyuluhan dengan rentang waktu yang lama dikarenakan keterbatasan tenaga kesehatan di Puskesmas.

Diabetes mellitus merupakan penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup dan tidak bisa disembuhkan akan tetapi bisa dikontrol agar tidak terjadi komplikasi. Dalam pengelolaannya, selain dokter, perawat, ahli gizi dan tenaga kesehatan lain, peran pasien dan keluarga menjadi sangat penting. Edukasi kepada pasien dan keluarganya bertujuan dengan memberikan pemahaman mengenai perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit dan penatalaksanaan Diabetes mellitus akan sangat membantu meningkatkan keikutsertaan keluarga dalam usaha memperbaiki hasil pengelolaan. Banyak sekali intervensi yang telah dilakukan untuk pengelolaan penderita Diabetes mellitus tipe 2, diantaranya program DSME (*Diabetes Self Management Education*) yang mampu meningkatkan *self efficacy* dan *self behaviour* (Rondhianto, 2011), *peer support* yang mampu meningkatkan *self care attitudes* (Rochmi, 2009). Dari model yang pernah diterapkan untuk meningkatkan *self efficacy*, belum ada model yang mengikutsertakan keluarga dalam penatalaksanaan penyakit Diabetes mellitus tipe 2. Salah satu model yang ditawarkan oleh peneliti disini adalah model *family centered care*, dimana model ini dalam

pelayanan kesehatan mendorong partisipasi aktif dari pasien dan keluarga pasien. Model ini pada penelitian sebelumnya telah menunjukkan penurunan kesalahan dalam pemberian obat di rumah sakit dan meningkatkan kepuasan hubungan antara pasien dengan keluarga (Andrews, 2009). Penelitian lain menunjukkan bahwa *family centered care* dapat memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang mengalami fase kritis rumah sakit dan membuat keluarga bisa beradaptasi dengan kondisi keluarganya tersebut (Davidson, 2009), *family centered care* juga meningkatkan perawatan pada pasien di ruang *critical care* dengan 3 konsep yaitu kepedulian, kolaborasi dan dukungan (Mitchell, 2009).

Berdasarkan teori sosial kognitif yang dikemukakan oleh Bandura (1997) menyatakan bahwa motivasi dan tindakan manusia diatur secara ekstensif oleh pemikirannya. Faktor utama yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah *self efficacy*, yaitu keyakinan seseorang tentang kemampuannya sendiri untuk melakukan suatu tindakan yang diinginkan sehingga bisa mencapai hasil yang diinginkan. (Luszczynska, 2005). Model *self efficacy* menawarkan suatu kerangka kerja yang berguna untuk mengetahui dan melihat kepatuhan pasien dalam perilaku *self care* (Shortridge-Bagget, 2001). Ada 2 (dua) komponen kognitif dalam teori ini antara lain *efficacy expectations* (rasa percaya diri seseorang untuk mampu dalam melaksanakan suatu tugas) dan *outcome expectations* (suatu kepercayaan bahwa perilaku yang diterapkan akan sesuai dengan keinginan atau tujuan awal); dan keduanya mempengaruhi keseimbangan dari perilaku seseorang (Bandura, 1997).

Self efficacy memberikan landasan untuk keefektifan *self management* pada Diabetes mellitus karena berfokus pada perubahan perilaku penderita (Shortridge-Baggett, 2001). Beberapa penelitian telah menunjukkan hubungan yang baik antara

self efficacy dengan perilaku *self care* pada pasien diabetes, dan *self efficacy* merupakan hal berguna untuk mengetahui perilaku *self care* pada pasien Diabetes mellitus (Wu, 2007). Penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Nyunt (2010) di Bangkok menyimpulkan bahwa penderita Diabetes mellitus yang memiliki level *self efficacy* yang tinggi dan *self care* yang bagus mempunyai kemampuan yang baik untuk mengontrol glikemia. Hal tersebut menunjukkan bahwa dukungan terhadap *self efficacy* dan *self care* pada penderita Diabetes mellitus sangat baik untuk penatalaksanaan dan peningkatan pengetahuan pada penderita. Untuk meningkatkan kemampuan mengontrol keadaan glikemia pada penderita Diabetes mellitus sangat penting untuk meningkatkan *self efficacy* pada penderita, dengan cara pemberdayaan tenaga kesehatan yang profesional dan keluarga penderita.

Health-related Quality of Life (HRQoL) adalah hasil yang dilaporkan oleh pasien, biasanya ditunjukkan dengan pengukuran menggunakan instrument yang telah dibakukan dan divalidasi seperti kuisioner atau wawancara semi terstruktur. HRQoL mencakup tentang keadaan fisik, fungsinya, sosial dan keadaan emosional dari seseorang (Borrot & Bush 2008). Beberapa instrument telah tersedia untuk pengukuran HRQoL pada pasien Diabetes mellitus, termasuk instrument secara umum dan spesifik. Instrument secara umum dibuat untuk meneliti tentang aspek yang dianggap penting dalam kesehatan pasien dan dibandingkan dengan mengikuti HRQoL pada pasien di group lain. Lain halnya dengan instrument spesifik, pada instrument ini mencoba untuk mengukur dampak spesifik dari pasien dengan Diabetes mellitus yaitu tentang fungsi tubuh dan kualitas hidup pasien (*Quality of Life*) dan bisa lebih sensitif untuk perbedaan klinis yang dianggap penting. Dari hasil review menunjukkan bahwa dimensi instrument diabetes yang spesifik telah dicakup

oleh instrument yang berbeda, tetapi pada umumnya didalamnya terdapat fungsi fisiologis, fungsi psikologis, pemenuhan kebutuhan sosial, kontrol Diabetes mellitus dan kepuasan terapi. Dalam hal instrument, peneliti menggunakan instrument yang dikeluarkan oleh *World Health Organization* (WHO) untuk pengukuran *Quality of Life* karena telah terstandar.

Dari paparan di atas, mengingat Diabetes mellitus merupakan penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup, dalam pengelolaan penyakit tersebut selain dokter, perawat, ahli gizi dan tenaga kesehatan lain, maka peran pasien dan keluarga menjadi sangat penting sehingga diharapkan memiliki peran dalam meningkatkan *self efficacy* pada pasien untuk tetap mempertahankan keinginan dalam memperbaiki kondisi selama hidupnya dan juga mempertahankan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatannya saat ini (*Health-related Quality of Life*). Penelitian akan diadakan di Puskesmas Kebonsari dikarenakan jumlah penderita di wilayah kerja puskesmas tersebut semakin lama semakin meningkat. Dari segi kemudahan, di Puskesmas Kebonsari sudah terdapat perkumpulan penderita Diabetes mellitus sehingga program *family centered care* bisa dengan mudah diterapkan.

1.2 Rumusan Masalah

- 1) Apakah ada pengaruh *family centered care* terhadap *self efficacy* pasien Diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kebonsari Surabaya ?
- 2) Apakah ada pengaruh *family centered care* terhadap *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kebonsari Surabaya ?

- 3) Apakah ada hubungan antara *self efficacy* dan *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kebonsari Surabaya ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menjelaskan terjadinya perubahan *self efficacy* dan *quality of life* pada penderita Diabetes mellitus tipe 2 melalui pelaksanaan *family centered care* di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Membuktikan pengaruh *family centered care* terhadap *self efficacy* pasien Diabetes mellitus tipe 2.
- 2) Membuktikan pengaruh *family centered care* terhadap *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2.
- 3) Membuktikan adanya hubungan antara *self efficacy* dan *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

- 1) Memberikan kontribusi ilmiah tentang pengetahuan dalam pengelolaan penderita Diabetes mellitus tipe 2 dengan pendekatan psikologis melalui program *family centered care* di bidang keperawatan.
- 2) Memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan terutama Keperawatan Medikal Bedah (pengelolaan Diabetes mellitus tipe 2) dan Keperawatan Komunitas (*family centered care*).

1.4.2 Manfaat Praktis

- 1) Memberikan masukan bagi perawat komunitas dalam pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan *quality of life* pada penderita Diabetes mellitus tipe 2.
- 2) Memberikan masukan dalam melakukan intervensi untuk memandirikan penderita Diabetes mellitus dan keluarga sebagai upaya peningkatan *quality of life*.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes mellitus

2.1.1 Definisi Diabetes mellitus

Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya (ADA, 2012).

Diabetes mellitus adalah penyakit kronik yang terjadi dimana pankreas di dalam tubuh tidak dapat memproduksi cukup insulin atau ketika tubuh tidak mampu menggunakan produksi insulin secara efektif, hal ini dipacu oleh peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah (*hyperglycaemia*) (WHO, 2012).

Diabetes mellitus adalah penyakit metabolik yang kebanyakan hereditas, dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria, disertai dengan atau tidak ada gejala klinis akut ataupun kronis sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif, biasanya disertai juga gangguan metabolisme lemak dan protein (Tjokroprawiro, 2008).

Diabetes mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin yang progresif dilatar belakangi oleh resistensi insulin (Suyono, 2011).

2.1.2 Etiologi Diabetes mellitus Tipe 2 di Indonesia

Menurut Suyono (2011), jika melihat tendensi kenaikan prevalensi Diabetes mellitus secara global terutama disebabkan oleh karena peningkatan kemakmuran suatu populasi, maka dengan demikian dapat dimengerti bila suatu saat atau lebih tepat lagi dalam kurun waktu 1 atau 2 dekade yang akan datang, kekerapan Diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia akan meningkat dengan drastis, yang disebabkan oleh :

- 1) Faktor keturunan (genetik)
- 2) Faktor kegemukan / obesitas
 - (1) Perubahan gaya hidup dari tradisional ke gaya hidup barat.
 - (2) Makan berlebihan.
 - (3) Hidup santai, kurang gerak badan.
- 3) Faktor demografi
 - (1) Jumlah penduduk meningkat.
 - (2) Urbanisasi.
 - (3) Penduduk berumur di atas 40 tahun meningkat.
- 4) Berkurangnya penyakit infeksi dan kurang gizi

Menurut Subekti (2011) beberapa faktor yang dapat menyuburkan dan sering merupakan faktor pencetus Diabetes mellitus adalah :

- 1) Kurang gerak / malas
- 2) Makanan berlebihan
- 3) Kehamilan
- 4) Kekurangan produksi hormon insulin
- 5) Penyakit hormon yang kerjanya berlawanan dengan insulin

2.1.3 Patofisiologi Diabetes mellitus

Menurut Suyono (2011) badan memerlukan bahan untuk membentuk sel baru dan mengganti sel yang rusak. Di samping itu badan juga memerlukan energi supaya sel badan dapat berfungsi dengan baik. Energi berasal dari bahan makanan yang kita makan sehari-hari, yang terdiri dari karbohidrat (gula dan tepung-tepungan), protein (asam amino) dan lemak (asam lemak).

Pengolahan bahan makanan dimulai di mulut kemudian ke lambung dan selanjutnya ke usus. Di dalam saluran pencernaan itu makanan dipecah menjadi bahan dasar dari makanan itu. Karbohidrat menjadi glukosa, protein menjadi asam amino dan lemak menjadi asam lemak. Ketiga zat makanan itu akan diserap oleh usus kemudian masuk ke dalam pembuluh darah dan diedarkan ke seluruh tubuh untuk dipergunakan oleh organ-organ di dalam tubuh sebagai bahan energi. Supaya dapat berfungsi sebagai bahan energi, zat makanan itu harus masuk dulu ke dalam sel supaya dapat diolah. Di dalam sel, zat makanan terutama glukosa dibakar melalui proses kimia yang rumit, yang hasil akhirnya adalah timbulnya energi. Proses ini disebut metabolisme. Dalam proses metabolisme itu insulin memegang peran yang sangat penting yaitu bertugas memasukkan glukosa ke dalam sel, untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan energi. Insulin ini adalah hormon yang dikeluarkan oleh sel beta di pankreas.

Pada keadaan normal, kadar insulin cukup dan sensitif, insulin akan ditangkap oleh reseptor insulin yang ada pada permukaan sel otot, kemudian membuka pintu masuk sel hingga glukosa dapat masuk sel untuk kemudian dibakar menjadi energi / tenaga. Akibatnya kadar glukosa dalam darah normal. Pada Diabetes mellitus dimana didapatkan jumlah insulin yang kurang atau pada keadaan kualitas insulinnya tidak

baik (resistensi insulin), meskipun insulin ada dan reseptor juga ada, tapi karena ada kelainan di dalam sel itu sendiri pintu masuk sel tetap tidak dapat terbuka tetap tertutup hingga glukosa tidak dapat masuk sel untuk dibakar (di metabolisme). Akibatnya glukosa tetap berada diluar sel, hingga kadar glukosa dalam darah meningkat.

2.1.3.1 Patogenesis Diabetes mellitus Tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 adalah kelainan yang heterogen dengan prevalensi yang sangat bervariasi diantara kelompok etnis. Patogenesis Diabetes mellitus tipe 2 ditandai dengan adanya resistensi insulin perifer, gangguan *hepatic glucose production* (HGP) dan penurunan fungsi *cell* β yang akhirnya akan menuju ke kerusakan total sel β . Pada stadium pre-diabetes (IFG dan IGT) mula-mula timbul resistensi insulin yang kemudian disusul oleh peningkatan sekresi insulin untuk mengkompensasi resistensi insulin itu agar kadar glukosa darah tetap normal. Lama kelamaan sel β akan tidak sanggup lagi mengkompensasi resistensi insulin hingga kadar glukosa darah meningkat dan fungsi sel β makin menurun, saat itulah diagnosis Diabetes mellitus ditegakkan. Ternyata penurunan fungsi sel β itu berlangsung secara progresif sampai akhirnya sama sekali tidak mampu lagi mensekresi insulin, suatu keadaan menyerupai Diabetes mellitus tipe 1. Kadar glukosa darah makin meningkat (Suyono, 2011).

2.1.4 Klasifikasi

Pembagian penyakit Diabetes mellitus didasarkan pada *American Diabetes Association* (ADA), persatuan Diabetes mellitus Amerika tahun 2012, yaitu :

Tabel 2.1 Klasifikasi Diabetes mellitus (ADA, 2012)

Tipe 1	Sekitar 5-10% dari total penderita Diabetes mellitus. Pengobatan jenis ini tergantung 100% pada insulin, karena pankreas tidak bisa memproduksi insulin. Sebagian besar penyebabnya tidak diketahui. Biasa timbul pada anak atau dewasa muda.
Tipe 2	Kebanyakan mengenai penderita dewasa terutama umur 40 tahun ke atas. Pengobatannya tidak tergantung pada 100% insulin. Insulin diproduksi, tetapi jumlahnya tidak cukup. Sehingga pengobatannya dapat menggunakan insulin dibantu dengan obat hipoglikemik oral (OHO) atau OHO saja.
Tipe spesifik lain	Tipe ini disebabkan oleh beberapa hal, seperti defek genetik fungsi sel β , defek genetik aksi insulin, penyakit eksokrin pankreas, dan endokrinopati, dicetuskan oleh obat atau zat kimia, infeksi, bentuk lain pada Diabetes mellitus yang dipengaruhi imun, dan sindroma genetik lain yang dihubungkan dengan Diabetes mellitus.
Gestasional (Kehamilan)	Timbul pada saat hamil dimana sebelum hamil tidak menderita Diabetes mellitus.

Pada tahun 1991, Tjokroprawiro menemukan suatu jenis Diabetes mellitus yang selanjutnya dikenal dengan Diabetes mellitus tipe-X. Diabetes mellitus tipe-X ini berasal dari Diabetes mellitus tipe 2 yang karena suatu hal (genetik dan imunologi) tidak bisa diobati dengan OHO saja, tetapi harus dikombinasi dengan insulin bahkan bisa tergantung 100% pada insulin seperti Diabetes mellitus tipe 1. Diabetes mellitus tipe-X ini mirip dengan apa yang disebut *Zimmet* sebagai Diabetes mellitus tipe 1½ yang baru dipublikasikan 2 tahun kemudian.

2.1.5 Gejala Klinis

Seseorang dikatakan menderita Diabetes mellitus jika menderita dua dari tiga gejala di bawah ini (sesuai dengan kriteria *American Diabetes Association* (ADA) 2012) :

- 1) Keluhan “TRIAS” Diabetes mellitus (polidipsi, poliuri, penurunan berat badan).
- 2) Kadar glukosa darah pada waktu puasa ≥ 126 mg/dl (puasa disini artinya selama 8 jam tidak ada masukan kalori).
- 3) Kadar glukosa darah acak atau dua jam sesudah makan ≥ 200 mg/dl.
- 4) A1C $\geq 6,5\%$. A1C dipakai untuk menilai pengendalian glukosa jangka panjang sampai 2-3 bulan untuk memberikan informasi yang jelas dan mengetahui sampai beberapa efektif terapi yang diberikan.

2.1.5.1 Gejala Akut

- 1) Pada permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi tiga serba banyak yaitu :

- (1) Banyak makan (polifagia)
- (2) Banyak minum (polidipsia)
- (3) Banyak kencing (poliuria)

Singkatannya 3P. Dalam fase ini biasanya penderita menunjukkan berat badan yang terus bertambah, karena pada saat ini jumlah insulin masih mencukupi.

- 2) Bila keadaan tersebut tidak cepat diobati, lama-kelamaan mulai timbul gejala yang disebabkan oleh kurangnya insulin, dan bukan 3P lagi, melainkan hanya 2P saja (polidipsia dan poliuria) dan beberapa keluhan lain : nafsu makan mulai berkurang (tidak polifagia lagi) bahkan kadang-kadang disusul dengan mual jika kadar glukosa darah melebihi 500 mg/dl. Gejalanya :

- (1) Banyak minum

- (2) Banyak kencing
- (3) Berat badan turun dengan cepat (dapat turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu)
- (4) Mudah lelah
- (5) Bila tidak lekas diobati akan timbul rasa mual, bahkan penderita akan jatuh koma (tidak sadarkan diri) dan disebut koma *diabetic* (koma *diabetic* adalah koma pada penderita Diabetes mellitus akibat kadar glukosa darah terlalu tinggi, biasanya melebihi 600 mg/dl).

2.1.5.2 Gejala Kronik

- 1) Kesemutan (semuten)
- 2) Kulit terasa panas (wedangen), atau seperti tertusuk-tusuk jarum
- 3) Terasa tebal di kulit, sehingga kalau berjalan seperti di atas bantal atau kasur
- 4) Kram
- 5) Lelah
- 6) Mudah mengantuk
- 7) Mata kabur, biasanya sering gantiacamata
- 8) Gatal di sekitar kemaluan, terutama wanita
- 9) Gigi mudah goyah dan mudah lepas
- 10) Kemampuan seksual menurun, bahkan impoten
- 11) Para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg.

2.1.6 Diagnosis

Menurut Soegondo (2011), diagnosis Diabetes mellitus ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah. Diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria. Guna penentuan diagnosis Diabetes mellitus, pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan darah plasma vena. Penggunaan bahan darah utuh (*wholeblood*), vena, ataupun angka kriteria diagnostik yang berbeda sesuai pembakuan oleh WHO (*World Health Organization*). Sedangkan untuk tujuan pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler dengan glukometer.

Diagnosis DM dapat ditegakkan melalui 3 (tiga) cara, yaitu :

- 1) Jika keluhan klasik ditemukan, maka pemeriksaan glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dL sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM.
- 2) Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL dengan adanya keluhan klasik.
- 3) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO). Meskipun TTGO dengan beban 75gram glukosa lebih sensitif dan spesifik dibanding dengan pemeriksaan glukosa plasma puasa, namun pemeriksaan ini memiliki keterbatasan tersendiri. TTGO sulit untuk dilakukan berulang-ulang dan dalam praktek sangat jarang dilakukan karena membutuhkan persiapan khusus.

Langkah-langkah diagnostik Diabetes mellitus dan gangguan toleransi glukosa dapat dilihat pada gambar 2.1. Kriteria diagnosis Diabetes mellitus untuk dewasa tidak hamil dapat dilihat pada tabel 2.2. Apabila hasil pemeriksaan tidak memenuhi kriteria normal atau Diabetes mellitus, bergantung pada hasil yang diperoleh, maka

dapat digolongkan ke dalam kelompok toleransi glukosa terganggu (TGT) atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT).

- 1) TGT : Diagnosis TGT ditegakkan bila setelah pemeriksaan TTGO didapatkan glukosa plasma 2 jam setelah beban antara 140 – 199 mg/dL (7,8 – 11,0 mmol/L).
- 2) GDPT : Diagnosis GDPT ditegakkan bila setelah pemeriksaan glukosa plasma puasa didapatkan antara 100 – 125 mg/dL (5,6 – 6,9 mmol/L) dan pemeriksaan TTGO gula darah 2 jam < 140 mg/dL.

Tabel 2.2 Kriteria Diagnosis Diabetes mellitus(ADA, 2012)

1) Gejala klasik Diabetes mellitus + glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L). Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir, atau
2) Gejala klasik Diabetes mellitus + kadar glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L). Puasa diartikan pasien tak mendapatkan kalori tambahan sedikitnya 8 jam, atau
3) Kadar gula plasma 2 jam pada TTGO ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L). TTGO yang dilakukan dengan standart WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrus yang dilarutkan ke dalam air.

Keterangan : Pemeriksaan HbA1c ($\geq 6,5\%$) oleh ADA 2011 sudah dimasukkan menjadi salah satu kriteria diagnosis Diabetes mellitus, jika dilakukan pada sarana laboratorium yang telah terstandarisasi dengan baik.

Cara pelaksanaan TTGO (WHO, 2012) :

- 1) Tiga hari sebelum pemeriksaan, pasien tetap makan seperti kebiasaan sehari-hari (dengan karbohidrat yang cukup) dan tetap melakukan kegiatan jasmani seperti biasa.
- 2) Berpuasa paling sedikit 8 jam (mulai malam hari) sebelum pemeriksaan, minum air putih tanpa gula tetap diperbolehkan.
- 3) Diperiksa kadar glukosa darah puasa.
- 4) Diberikan glukosa 75gram (orang dewasa), atau 1,75 gram/kgBB (anak-anak), dilarutkan dalam air 250 mL dan diminum dalam waktu 5 menit.

- 5) Berpuasa kembali sampai pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan 2 jam setelah minum larutan glukosa selesai.
- 6) Diperiksa kadar glukosa darah 2 (dua) jam sesudah beban glukosa.
- 7) Selama proses pemeriksaan, subjek yang diperiksa tetap istirahat dan tidak merokok.

2.1.6.1 Pemeriksaan Penyaring

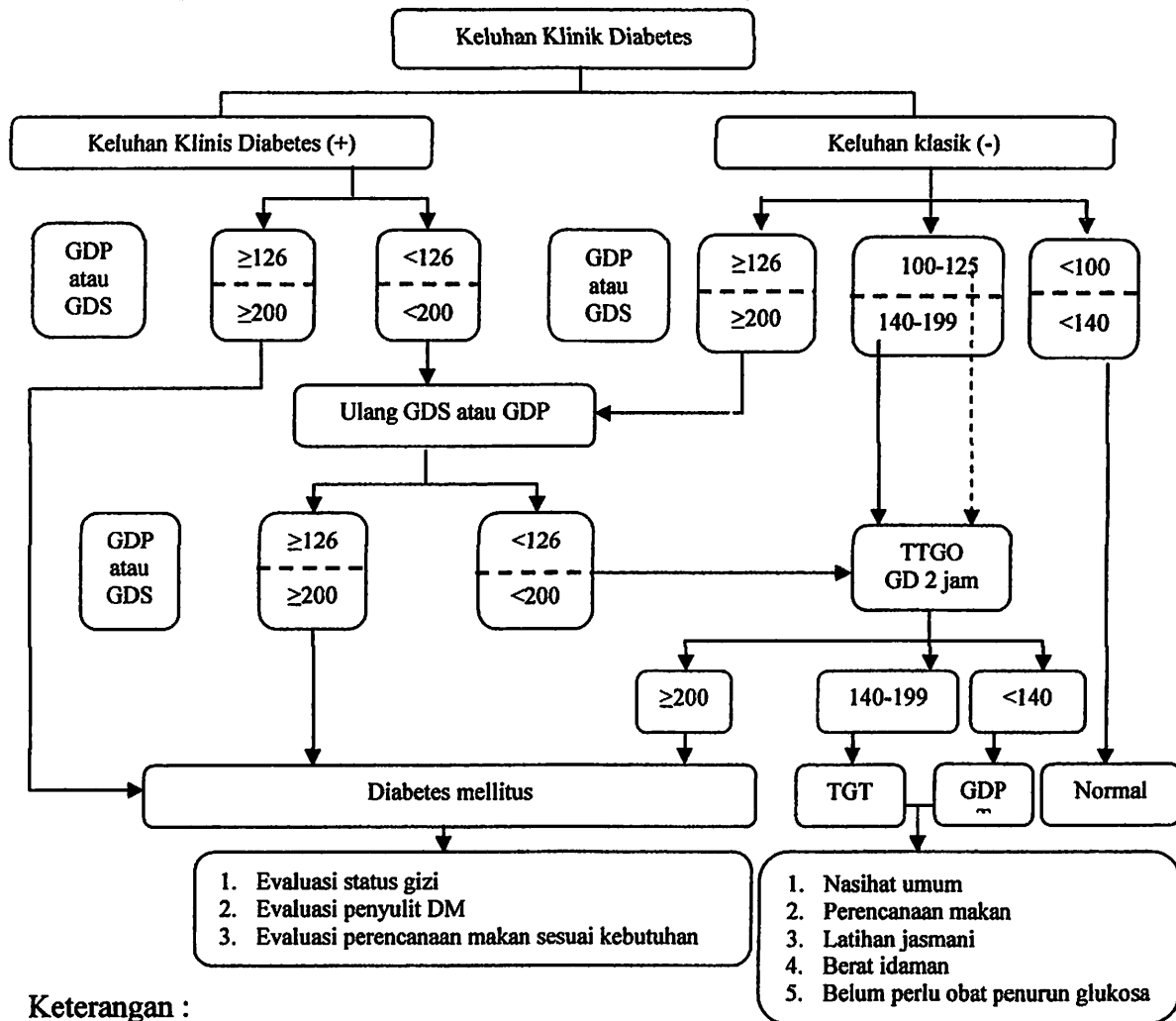
Pemeriksaan penyaring dilakukan pada mereka yang mempunyai resiko Diabetes mellitus, namun tidak menunjukkan adanya gejala Diabetes mellitus. Pemeriksaan penyaring bertujuan untuk menemukan pasien dengan Diabetes mellitus, TGT maupun GDPT, sehingga dapat ditangani lebih dini secara tepat. Pasien dengan TGT dan GDPT juga disebut sebagai intoleransi glukosa, merupakan tahapan sementara menuju Diabetes mellitus. Kedua keadaan tersebut juga merupakan faktor resiko untuk terjadinya Diabetes mellitus dan penyakit kardiovaskular di kemudian hari.

Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu atau kadar glukosa darah puasa. Pemeriksaan penyaring untuk tujuan penjarangan masal (*mass screening*) tidak dianjurkan mengingat biaya yang mahal, yang pada umumnya tidak diikuti dengan rencana tindak lanjut bagi mereka yang diketemukan adanya kelainan. Pemeriksaan penyaring dianjurkan dikerjakan pada saat pemeriksaan untuk penyakit lain atau *general check up*.

Tabel 2.3 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis Diabetes mellitus (mg/dL)

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
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 vena	< 100	100 – 125	≥ 126
	Darah kapiler	<90	90 - 99	≥ 100

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



Keterangan :

GDP = Glukosa darah Puasa

GDS = Glukosa Darah Sewaktu

GDPT = Glukosa Darah Puasa Terganggu

TGT = Toleransi Glukosa Terganggu

Gambar 2.1 Langkah-langkah diagnostik Diabetes mellitus dan gangguan toleransi glukosa (Soegondo, 2011)

2.1.7 Komplikasi

2.1.7.1 Komplikasi Akut

Menurut Boedisantoso (2011) komplikasi akut Diabetes mellitus dapat dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu hipoglikemia dan hiperglikemia.

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah keadaan klinik gangguan saraf yang disebabkan penurunan glukosa darah. Gejala ini dapat ringan berupa gelisah sampai berat berupa koma disertai kejang. Penyebab tersering hipoglikemia adalah akibat obat hipoglikemik oral sulfonilurea, khususnya klorpropamida dan glibenklamida. Hasil penelitian ini RSCM 1990-1991 yang dilakukan Karsono dkk memperlihatkan kekerapan episode hipoglikemia sebanyak 15,5 kasus per tahun, dengan wanita lebih besar daripada pria, dan sebesar 65% berlatar belakang Diabetes mellitus.

Penyebab hipoglikemia diantaranya :

- (1) Makan kurang dari aturan yang ditentukan.
- (2) Berat badan turun.
- (3) Sesudah olahraga.
- (4) Sesudah melahirkan.
- (5) Sembuh dari sakit.
- (6) Makan obat yang mempunyai sifat serupa.
- (7) Pemberian suntikan insulin yang tidak tepat.

Tanda hipoglikemia mulai muncul bila glukosa darah kurang dari 50 mg/dl, meskipun reaksi hipoglikemia bisa juga muncul pada kadar glukosa darah yang lebih tinggi. Tanda klinis dari hipoglikemi sangat bervariasi dan berbeda pada setiap orang.

Tanda-tanda hipoglikemia :

- (1) Stadium parasimpatik : lapar, mual, tekanan darah turun.
- (2) Stadium gangguan otak ringan : lemah, lesu, sulit bicara, kesulitan menghitung sederhana.
- (3) Stadium simpatik : keringat dingin pada muka terutama di hidung, bibir atau tangan, berdebar-debar.
- (4) Stadium gangguan otak berat : koma (tidak sadar) dengan atau tanpa kejang.

Keempat stadium hipoglikemia ini dapat ditemukan secara berurutan ataupun meloncat pada pemakaian obat oral maupun suntikan. Ada beberapa catatan perbedaan antar keduanya :

- (1) Obat oral memberikan tanda hipoglikemia lebih berat.
- (2) Obat oral tidak dapat dipastikan waktu serangannya, sedangkan insulin bisa diperkirakan pada puncak kerjanya, misalnya :
- (3) Obat oral sedikit memberikan gejala saraf otonom (parasimpatik dan simpatik), sedangkan akibat kelebihan insulin sangat menonjol. Hipoglikemia dapat berlangsung lama dengan koma yang dalam terutama akibat OAD kerja lama (*clorpropamida* dan *glibenclamida*).

2) Hiperglikemia

Kelompok hiperglikemia, secara anamnesis ditemukan adanya masukan kalori yang berlebihan, penghentian obat oral maupun insulin yang didahului oleh stres akut. Tanda khas adalah kesadaran menurun disertai dehidrasi berat dengan ketosis atau asidosis. Patogenesis kedua jenis sub-kelompok berbeda hanya dalam derajat defisiensi insulin. Pada dasarnya pengobatan kelompok hiperglikemia adalah

pemberian cairan untuk mengatasi dehidrasi terutama bagi sub-kelompok hiperglikemia non ketotik (HNK).

2.1.7.2 Komplikasi Kronis

Menurut Waspadji (2011) penyakit Diabetes mellitus dalam jangka panjang dapat menyebabkan komplikasi berupa gangguan pada makrovaskuler, mikrovaskuler, neuropati dan rentan terjadinya infeksi. Komplikasi ini terjadi setelah lebih dari 5 sampai 10 tahun setelah terdiagnosis Diabetes mellitus. Gangguan makrovaskuler meliputi penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskuler seperti : stroke, penyakit vaskuler perifer (oklusi arteri perifer). Gangguan mikrovaskuler diantaranya terjadinya gangguan pada mata (seperti : retinopati diebetik, katarak, glaukoma), dan nefropati (penyakit ginjal sampai dengan gagal ginjal). Pasien diabetes juga dapat mengalami neuropati yang dapat menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer (sensorimotor), otonom dan spinal. Masalah lain yaitu munculnya kaki diabetik. Hal ini terjadi karena perubahan mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati menyebabkan perubahan pada ekstremitas bawah. Komplikasinya dapat terjadi gangguan sirkulasi, terjadi infeksi, gangren, penurunan sensasi dan hilangnya fungsi saraf sensorik. Semua ini menunjang terjadinya trauma atau tidak terkontrolnya infeksi yang akhirnya menjadi gangren. Tidak jarang, dengan kontrol Diabetes mellitus yang buruk menyebabkan penderita harus menjalani amputasi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Pilar utama pengelolaan Diabetes mellitus menurut Waspadji (2011) :

- 1) Perencanaan makan / Diet

- 2) Latihan jasmani
- 3) Penyuluhan
- 4) Farmakologi

2.1.8.1 Perencanaan Makan / Diet

1) Prinsip Diet Diabetes mellitus

Menurut Tjokroprawiro (2011) prinsip diet Diabetes mellitus hendaknya diikuti pedoman “3J”, yaitu jumlah kalori, jadwal makan, dan jenis makanan.

(1) Jumlah kalori

Kebutuhan kalori dihitung berdasarkan klasifikasi gizi penderita dengan menghitung presentasi RBW (*Relative Body Weight*) atau BBR (Berat Badan Relatif) dengan rumus :

$$BBR = \frac{TB}{TB-100} \times 100\%$$

Keterangan :

BB = Berat badan (kg)

TB = Tinggi badan (cm)

Tabel 2.4 Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan BBR (Berat Badan Relatif)

No.	Klasifikasi Status Gizi	Berat Badan Relatif (BBR)
1.	<i>Undernutrition</i>	< 80%
2.	Kurus (<i>underweight</i>)	BBR < 90%
3.	Normal (ideal)	90 – 100%
4.	Gemuk (<i>overweight</i>)	> 110%
5.	Obesitas, bila BBR ≥ 120%	Obesitas Ringan BBR 120-130%
		Obesitas Sedang BBR 130-140%
		Obesitas Berat BBR > 140%
		Obesitas Morbid > 200%

Penentuan status gizi selain dengan menghitung BBR juga dapat dihitung dengan rumus Indeks Massa Tubuh (IMT):

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB}}{(\text{TB})^2}$$

Keterangan :

BB = Berat badan (kg)

TB = Tinggi badan (meter)

Tabel 2.5 Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan IMT (Indeks Massa Tubuh) menurut Himpunan Studi Obesitas Indonesia (HISOBI) 15 Mei 2004

No.	Klasifikasi Status Gizi	Indeks Massa Tubuh (IMT) (kg/m ²)
1.	Kurus (<i>underweight</i>)	< 18,5
2.	Normal	18,5 – 22,9
3.	Gemuk (<i>overweight</i>)	≥ 23
4.	Risiko obesitas (<i>at risk</i>)	23- 24,9
5.	Obesitas I	25 – 29,9
6.	Obesitas II	≥ 30

Dalam praktek, pedoman jumlah kalori yang diperlukan sehari untuk penderita

Diabetes mellitus yang bekerja biasa adalah :

- a. Kurus = berat badan x 40-60 kalori
- b. Normal = berat badan x 30 kalori
- c. Gemuk = berat badan x 20 kalori sehari
- d. Obesitas = berat badan x 10-15 kalori sehari

Faktor – faktor yang menentukan kebutuhan kalori :

- a. Jenis kelamin
- b. Umur
- c. Aktifitas fisik / pekerjaan
- d. Kehamilan / laktasi
- e. Adanya komplikasi
- f. Berat badan

(2) Jadwal makan

Menurut Triokroprawiro (2011) pada dasarnya diet Diabetes mellitus di Surabaya diberikan dengan cara tiga kali makanan utama dan tiga kali makanan antara = kudapan (*snacks*) dengan jarak (interval) tiga jam.

Contoh :

Pukul 06.30 makan pagi

Pukul 09.30 makan kecil atau buah

Pukul 12.30 makan siang

Pukul 15.30 makan kecil atau buah

Pukul 18.30 makan malam

Pukul 21.30 makan kecil atau buah

(3) Jenis makanan

Buah-buahan yang dianjurkan adalah buah yang kurang manis atau disebut Buah Golongan-B, misalnya pepaya, kedondong, pisang, apel, tomat dan semangka yang kurang manis. Buah-buahan yang manis dapat disebut Buah Golongan-A, yang seringkali mengacaukan perawatan dan harus dilarang diberikan kepada penderita Diabetes mellitus, misalnya sawo, mangga, jeruk, rambutan, durian dan anggur. Buah Golongan-A ini boleh dimakan asalkan dalam jumlah sedikit, jarang-jarang saja (sekali tempo) dan dimakan sesudah Sayur Golongan-B.

Sayur Golongan-A mengandung 6% karbohidrat dan penggunaannya harus diperhitungkan kalorinya. Sayur Golongan-B hanya mengandung 3% karbohidrat, sehingga dapat digunakan agak bebas.

3) Jenis Diet Diabetes mellitus

Menurut Tjokroprawiro (2010) diet Diabetes mellitus ada sekitar 21 jenis, yang masing-masing mempunyai komposisi dan indikasi sendiri-sendiri, yaitu :

- (1) Diet B (1978)
- (2) Diet B Puasa (1978)
- (3) Diet B-1 (1980)
- (4) Diet B-1 Puasa (1980)
- (5) Diet B2
- (6) Diet B3
- (7) Diet Be
- (8) Diet Diabetes “Bebas” = Diet Be (1983) : boleh es krim asal memberitahu dokter yang merawatnya.
- (9) Diet M (1989) untuk Diabetes mellitus yang terkait Malnutrisi (DMTM) = *Malnutrition Related Diabetes Mellitus* (MRDM)
- (10) Diet G (1999) untuk diabetisi dengan komplikasi kaki gangren
- (11) Diet KV (1999) untuk diabetisi dengan gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)
- (12) Diet GL (2000) untuk diabetisi dengan gagal ginjal berat dan perdarahan lambung
- (13) Diet H (2001) untuk diabetisi dengan kelainan fungsi hati
- (14) Diet KV-T1 (2003) adalah diet trimester I untuk diabetisi yang hamil, yang diabetesnya sudah diketahui sebelum hamil, atau diabetisi yang mengidap penyakit gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)

- (15)Diet KV-T2 (2003) adalah diet trimester II untuk diabetisi yang hamil, yang diabetesnya sudah diketahui sebelum hamil, atau diabetisi yang mengidap penyakit gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)
- (16)Diet KV-T3 (2003) adalah diet trimester III untuk diabetisi yang hamil, yang diabetesnya sudah diketahui sebelum hamil, atau diabetisi yang mengidap penyakit gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)
- (17)Diet KV-L (2003) adalah diet saat laktasi untuk diabetisi, yang hamil yang diabetesnya sudah diketahui sebelum hamil, atau diabetisi yang mengidap penyakit gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)
- (18)Diet B1-T1 (2003) adalah diet trimester I untuk diabetisi yang diabetesnya baru diketahui saat hamil
- (19)Diet B1-T2 (2003) adalah diet trimester II untuk diabetisi yang diabetesnya baru diketahui saat hamil
- (20)Diet B1-T3 (2003) adalah diet trimester III untuk diabetisi yang diabetesnya baru diketahui saat hamil
- (21)Diet B1-L (2003) adalah diet pada saat laktasi untuk diabetisi yang diabetesnya baru diketahui saat hamil

4) Diet Diabetes mellitus Sehari-hari

Diet yang digunakan sebagai bagian dari penatalaksanaan Diabetes mellitus dikontrol berdasarkan kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat. Penetapan

diet ditentukan oleh keadaan pasien, jenis Diabetes mellitus, dan program terapi keseluruhan. Untuk menu diet terlampir.

2.1.8.2 Latihan Jasmani

Prinsip latihan jasmani yang baik menurut Ilyas (2011) adalah FITT, yaitu :

(1) Frekuensi

Jumlah olahraga per-minggu sebaiknya dilakukan secara teratur 5 kali per-minggu.

(2) Intensitas

Ringan dan sedang yaitu 60 – 70 % MHR (*Maximum Heart Rate*)

(3) *Time* (Durasi)

30 menit

(4) Tipe (Jenis)

Olahraga endurans (aerobik) untuk meningkatkan kemampuan kardiorespirasi seperti jalan, jogging, berenang dan bersepeda.

Untuk meningkatkan intensitas latihan dapat digunakan MHR (*Maximum Heart Rate*) yaitu : $220 - \text{umur}$. Setelah MHR (*Maximum Heart Rate*) didapatkan, dapat ditentukan *Target Heart Rate* (THR). Misalnya intensitas latihan yang diprogramkan bagi diabetisi berusia 50 tahun sebesar 60-70% maka $\text{THR} = 60\% \times (220 - 50) = 102$. Sedangkan THR 70% adalah : $70\% \times (220 - 50) = 119$. Dengan demikian bila diabetisi ini akan berolahraga denyut nadi sebaiknya berada diantara 102 – 119 kali/menit.

Tabel 2.6 Aktivitas fisik sehari-hari

Kurangi aktivitas Hindari aktivitas sebentar	Misalnya, menonton televisi, menggunakan internet, maen game komputer
Perserang aktivitas Mengikuti olahraga rekreasi dan beraktivitas fisik tinggi pada waktu liburan	Misalnya, jalan cepat, golf, olah otot, bersepeda, sepak bola
Aktivitas harian Kebiasaan bergaya hidup sehat	Misalnya, berjalan kaki ke pasar (tidak menggunakan mobil), menggunakan tangga (tidak menggunakan lift), menemui rekan kerja (tidak hanya melalui telepon internal), jalan dari tempat parkir

Hal yang perlu diperhatikan setiap kali melakukan olahraga adalah tahap-tahap (urutan kegiatan) sebagai berikut :

(1) Pemanasan (*warm-up*)

Lama pemanasan cukup 5 – 10 menit.

(2) Latihan inti (*conditioning*)

Pada tahap ini denyut nadi diusahakan mencapai THR agar latihan benar-benar bermanfaat. Bila THR tidak tercapai maka latihan tidak akan bermanfaat, bila melebihi THR akan menimbulkan resiko yang tidak diinginkan.

(3) Pendinginan (*cooling-down*)

Lama pendinginan kurang lebih 5 – 10 menit, hingga denyut nadi mendekati denyut nadi istirahat.

(4) Peregangan (*stretching*)

Melemaskan dan melenturkan otot-otot yang masih teregang dan lebih elastis.

2.1.8.3 Penyuluhan

Tujuan jangka panjang yang ingin dicapai dengan memberikan penyuluhan antara lain :

- 1) Agar penyandang Diabetes mellitus dapat hidup lebih lama dan dalam kebahagiaan, karena kualitas hidup sudah merupakan kebutuhan bagi seseorang. Seseorang yang bertahan hidup, tetapi dalam keadaan tidak sehat akan mengganggu kebahagiaan dan kestabilan keluarga.
- 2) Untuk membantu penyandang Diabetes mellitus agar mereka dapat merawat dirinya sendiri, sehingga komplikasi yang mungkin timbul dapat dikurangi, selain itu juga jumlah hari sakit dapat ditekan.
- 3) Agar penyandang Diabetes mellitus tetap produktif sehingga dapat berfungsi dan berperan sebaik-baiknya di dalam masyarakat.
- 4) Menekan biaya perawatan baik yang dikeluarkan secara pribadi, asuransi ataupun secara nasional.

2.1.8.4 Farmakologi

1) Jenis obat antidiabetik oral

Menurut Tjokroprawiro (2011) jenis-jenis obat antidiabetik oral, yaitu :

(1) *Insulin secretagogue* (pemicu sekresi insulin) : *Sulfonilurea* dan *Glinid*

Sulfonilurea mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas, dan merupakan pilihan utama untuk pasien dengan berat badan normal dan kurang, namun masih boleh diberikan kepada pasien dengan berat badan lebih. Sedangkan *glinid* merupakan obat yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea, dengan penekanan pada meningkatkan sekresi insulin fase pertama. Obat ini diabsorpsi dengan cepat setelah pemberian secara oral dan diekskresi secara cepat melalui hati.

(2) *Insulin sensitizer* (penambah sensitivitas terhadap insulin)

Jenisnya ada *tiazolidindion*, *non tiazolidindion*, *biguanide* (*metformin*). *tiazolidindion* berikatan pada *Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma* (PPAR- γ), suatu reseptor inti di sel otot dan sel lemak. Golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di perifer. *Tiazolidindion* dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung karena dapat memperberat edema/retensi cairan dan juga pada gangguan faal hati. *Metformin* mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis), di samping juga memperbaiki ambilan glukosa perifer. Terutama dipakai pada penyandang diabetes gemuk. *Metformin* dikontraindikasikan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan hati, serta pasien-pasien dengan kecenderungan hipoksemia (misalnya penyakit serebrovaskular, sepsis, renjatan, gagal jantung) dan dapat menimbulkan efek samping mual. Sehingga sebaiknya diberikan pada saat atau sesudah makan.

(3) *Intestinal enzyme inhibitor : alfa glucosidase inhibitor* (*acarbose*)

Obat ini bekerja dengan mengurangi absorpsi glukosa di usus halus, sehingga mempunyai efek menurunkan kadar glukosa darah sesudah makan. *Acarbose* tidak menimbulkan efek samping hipoglikemia. Efek samping yang paling sering ditemukan ialah kembung dan *flatulens*.

(4) *Incretin-Enhancers*, obat ini mempunyai sifat meningkatkan incretin. Contohnya adalah DPP-4 Inhibitor (Sita-, Vilda-, Saxa-, Alo-, Dena-, Duto, Melogliptin, dll)

(5) *Fixed dose combination types*, Contohnya adalah *Glucovance*, *Avandaryl*, *Avandamet*, *Amaryl-M*, *Janumet*, *ACT Oplusmet*).

2) Insulin

Insulin diperlukan pada keadaan pasien seperti : penurunan BB yang cepat, hiperglikemia berat yang disertai ketosis, ketoasidosis diabetik, hiperglikemia hiperosmolar non ketotik, hiperglikemia dengan asidosis laktat, gagal dengan kombinasi OHO dosis hampir maksimal, stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, IMA, stroke), kehamilan dengan Diabetes mellitus yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan, gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat, dan kontraindikasi dan atau alergi terhadap OHO. Efek samping utama terapi insulin adalah terjadinya hipoglikemia. Efek samping yang lain berupa reaksi imunologi terhadap insulin yang dapat menimbulkan alergi insulin atau resistensi insulin.

2.1.8.5 Algoritma Penatalaksanaan Diabetes mellitus

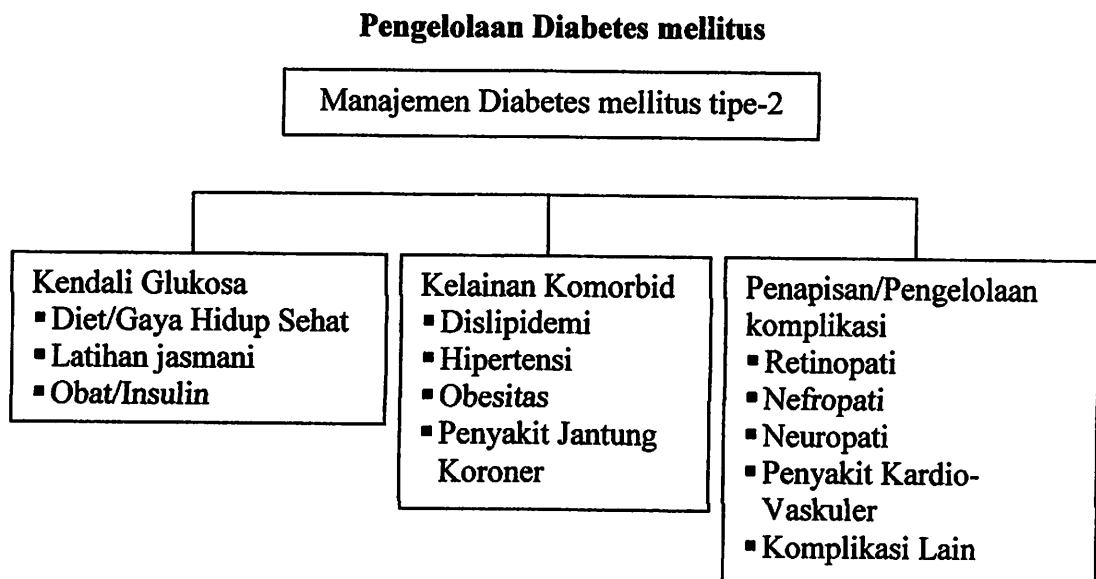
Menurut ADA (2009) di dalam Tjokropawiro (2011) algoritma penatalaksanaan Diabetes mellitus tipe 2 dibagi menjadi 2 lini, yaitu :

1) Lini pertama

Step 1 : saat diagnosis Diabetes mellitus ditegakkan segera mulai intervensi gaya hidup dan metformin, Step 2 : apabila intervensi gaya hidup dan pemberian metformin dengan dosis maksimal selama 2-3 bulan target belum tercapai, maka segera tambahkan obat lain, bisa sulfonilurea atau insulin basal. Bila A1C > 8 % maka insulin lebih direkomendasikan. Step 3 : apabila intervensi gaya hidup dan metformin dan sulfonilurea atau insulin belum mencapai target, selanjutnya adalah segera melakukan intensifikasi terapi insulin dengan cara menambahkan insulin *short acting* atau insulin *rapid acting* diberikan sebelum makan pada salah satu waktu makan yang dipilih untuk mengatasi gula darah setelah makan (disebut regimen basal plus).

2) Lini kedua

Pada kondisi khusus algoritma lini kedua dapat dipertimbangkan, khususnya pada pasien rentan terjadi hipoglikemia, maka dapat dipertimbangkan dengan menambah pioglitazone atau GLP-1 agonist (*Glucagon-Like Peptide 1 agonist*). Apabila target AIC belum tercapai, maka dapat ditambah sulfonilurea. Sebagai alternatif intervensi lini kedua distop dan insulin basal dimulai. Bila target ini belum tercapai, selanjutnya adalah segera melakukan intensifikasi insulin. Dalam algoritma ini nampak bahwa insulin sudah mulai dipakai pada step kedua setelah step pertama gagal mempertahankan gula darah dengan target AIC < 7 %.



Gambar 2.2 Pengelolaan Diabetes mellitus

(Dikutip dari : *Harrison's Principle of Internal Medicine*, 2005 Fig : 323-14, hal:2174)

2.2 Konsep *Family Centered-Care*

2.2.1 Definisi Keluarga

U.S Bureau of the Census (Friedman, 2010) menggunakan definisi keluarga yang berorientasi tradisional, yaitu sebagai berikut keluarga terdiri atas individu yang

bergabung bersama ikatan pernikahan, darah atau adopsi dan tinggal di dalam suatu rumah tangga yang sama.

Whall (1986) dalam Friedman (2010) mendefinisikan keluarga sebagai sebuah kelompok yang mengidentifikasi diri dan terdiri atas dua individu atau lebih yang memiliki hubungan khusus, yang dapat terkait dengan hubungan darah atau hukum atau dapat juga tidak, namun berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap dirinya sebagai keluarga.

Beavers dan Hampson (1993) dalam Friedman 2010 menyebutkan bahwa keluarga akan bisa berfungsi secara optimal, dengan ditandai oleh :

- 1) Menunjukkan tingkat kemampuan keterampilan negosiasi yang tinggi dalam menghadapi masalahnya secara terus-menerus.
- 2) Mengungkapkan berbagai perasaan, kepercayaan dan perbedaan mereka dengan jelas, terbuka dan spontan.
- 3) Menghargai perasaan anggotanya.
- 4) Memotivasi otonomi anggotanya.
- 5) Mengharapkan anggota keluarga untuk memikul tanggung jawab pribadi terhadap tindakan yang mereka lakukan.
- 6) Menunjukkan perilaku afiliatif (kedekatan dan kehangatan) satu sama lain.

2.2.2 Fungsi Dasar Keluarga

Friedman (1986) dalam Setyowati (2008) mengidentifikasi lima tugas kesehatan keluarga, sebagai berikut :

- 1) Mengenal masalah kesehatan
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
- 5) Mempertahankan hubungan dengan (menggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat

2.2.3 Tipe Keluarga

1) Tipe Keluarga Tradisional

(1) Keluarga inti

Terdiri dari suami, istri dan anak (kandung maupun anak angkat).

(2) Keluarga besar

Keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang punya hubungan darah, misalnya kakek, nenek, keponakan, paman, bibi.

(3) Keluarga “*dyad*”

Terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

(4) “*Single parent*”

Terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung maupun angkat).

(5) “*Single adult*”

Terdiri dari seorang dewasa (misalnya seseorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah)

2) Tipe Keluarga non Tradisional

(1) *The unmarried teenage mother*

Terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

(2) *The stepparent family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

(3) *Commune family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama.

(4) *The non marital heterosexual cohibiting family*

Keluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

(5) *Gay dan Lesbian family*

Seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana suami-istri (*marital partners*)

(6) *Cohibiting couple*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

(7) *Group marriage family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk seksual dan memperbesar anaknya.

(8) *Group network family*

Keluarga inti yang dibatasi set aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

(9) *Foster family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara di dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

(10) *Homeless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

(11) *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.2.4 Definisi *Family Centered Care*

Family Centered Care adalah suatu pendekatan inovatif dalam pelayanan kesehatan dimana perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi didasarkan atas kolaborasi antara pasien, keluarga dan penyedia layanan kesehatan (perawat). *Family Centered Care* dapat digunakan dalam semua setting layanan kesehatan dan pada semua usia. (Andrews, 2009).

2.2.4.1 Konsep Utama *Family Centered Care*

1) **Saling menghormati dan menghargai**

Perawat dalam hal ini mendengarkan, menghormati dan menghargai pilihan dan perspektif dari pasien dan keluarga pasien. Pengetahuan, nilai, keyakinan dan latar belakang budaya dimasukkan ke dalam perencanaan keperawatan.

2) Bertukar informasi

Perawat berkomunikasi dengan pasien dan keluarganya mengenai informasi yang sangat berguna dan tidak meragukan untuk membantu pasien dan keluarga dalam mengambil keputusan. Dalam hal ini informasi yang diterima oleh pasien dan keluarganya harus tepat, lengkap dan akurat sehingga membantu pasien dan keluarga untuk berkolaborasi mengambil keputusan dalam perencanaan keperawatan.

3) Keikutsertaan

Mendorong dan mendukung pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan terhadap hal yang mereka pilih.

4) Kolaborasi / kerjasama

Pasien, keluarga, praktisi kesehatan dan pimpinan pelayanan kesehatan bekerjasama dalam pembuatan kebijakan dan pengembangan program, pelaksanaan, evaluasi dalam memperbaiki fasilitas yang ada, dalam pendidikan profesional serta pemberian perawatan.

(Mc.Guire, 1998)

Menurut *Community Research* (2004), ada dua filosofi utama yang berhubungan dengan keluarga, yang pertama adalah keluarga merupakan fokus utama perawatan dalam memenuhi kebutuhan penderita dalam konteks keluarga. Sebaliknya filosofi kedua adalah *family centered care* berfokus pada kebutuhan perawatan keluarga dan pasien. Hal ini akan menekankan, saling mengenali dan membangun kekuatan dan interaksi di dalam keluarga. Filosofi dari *family centered care* berawal dari lingkungan dimana keluarga mempunyai hak untuk mendukung kesehatan jiwa keluarganya dan sebagai bahan penting untuk mendukung perbaikan

hidup. Keterlibatan keluarga kemudian menjadi kunci utama untuk perawatan awal pada psikologis seseorang. Sebagai tambahan, *family centered care* mempunyai akibat yang tidak diinginkan jika dalam perawatan anggota keluarga, keluarga mengambil keputusan yang kurang tepat, oleh karena itu membutuhkan perhatian dan pemberian informasi yang jelas dari tenaga kesehatan. Dalam filosofi *family centered care* membutuhkan kerjasama dari semua pihak, sikap dan perilaku dari pemberi informasi kepada individu merupakan seseorang yang bisa menjadi model yang berdasarkan pada pertukaran informasi dan hubungan kerjasama. Beberapa studi menunjukkan partisipasi keluarga yang terbatas dalam pengambilan keputusan untuk perawatan. Salah satu studi yang melibatkan 12 keluarga yang anggota keluarganya dirawat menyatakan bahwa tidak satupun pemberi perawatan yang memberikan informasi tentang efek pengobatan pada pasien. Pada tahun yang sama, survey yang dilakukan kepada 36 terapis yang bekerja di pusat kesehatan jiwa mengungkapkan bahwa 52% kasus yang ada bahwa keluarga tidak pernah ikut terlibat karena para terapis yakin bahwa keluarga tidak memberikan keuntungan bagi perawatan pasien, bahkan penolakan untuk pemberian informasi mengenai klien ditemukan sebanyak 10% kasus.

Family centered care merupakan salah satu *evidence based best practice*. Banyak penelitian yang mengemukakan bahwa keterlibatan keluarga mempercepat pemulihan pasien yang sakit jiwa dan ketergantungan, menurunkan resiko kematian, menurunkan ketergantungan dari perawat, menurunkan angka kekambuhan dan perawatan kembali, mengurangi dampak komplikasi pengobatan, mendukung hubungan interpersonal klien dan hubungan keluarga. *Family centered care* meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan efektivitas biaya dan antara

penyedia layanan kesehatan dengan klien berkolaborasi untuk menciptakan kepuasan besar dalam pelayanan kesehatan yang profesional (*Community research*, 2004).

2.2.5 Konsep Promosi Kesehatan

Istilah dan pengertian promosi kesehatan adalah merupakan pengembangan dari istilah pengertian yang sudah dikenal selama ini, seperti : pendidikan kesehatan, penyuluhan kesehatan, KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). Promosi kesehatan/pendidikan kesehatan merupakan cabang dari ilmu kesehatan yang bergerak bukan hanya dalam proses penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan semata, akan tetapi di dalamnya terdapat usaha untuk memfasilitasi dalam rangka perubahan perilaku masyarakat. WHO (*World Health Organization*) merumuskan promosi kesehatan sebagai proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu, untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial masyarakat harus mampu mengenal, mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi maupun lingkungannya. (Notoatmodjo, 2005)

Menurut Green (dalam Notoatmodjo, 2005), promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perilaku dan lingkungan

yang kondusif bagi kesehatan. Green juga mengemukakan bahwa perilaku oleh tiga faktor utama, yaitu :

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang meliputi pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi. Faktor-faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku maka sering disebut faktor pemudah. Pendidikan kesehatan ditujukan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik bagi diri sendiri, keluarga maupun masyarakat.
- 2) Faktor pemungkin (*enabling factors*), yang meliputi sarana, prasarana dan fasilitas yang mendukung terjadinya perubahan perilaku. Bentuk pendidikan kesehatannya adalah memberdayakan masyarakat agar mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan.
- 3) Faktor penguat (*reinforcing factors*) merupakan faktor penguat bagi seseorang untuk mengubah perilaku seperti tokoh masyarakat, undang-undang, peraturan-peraturan, surat keputusan.

2.2.5.1 Penyuluhan

Salah satu kegiatan promosi kesehatan adalah pemberian informasi atau pesan kesehatan berupa kesehatan untuk memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan agar memudahkan terjadinya perilaku sehat (Notoatmodjo, 2005). Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia baik secara individu, kelompok maupun masyarakat

untuk meningkatkan kesadaran akan nilai kesehatan sehingga dengan sadar mau mengubah perilakunya menjadi perilaku sehat (Muninjaya, 2004).

Menurut Basuki (2011) penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang berlangsung secara terus menerus yang kemajuannya harus terus diamati terutama oleh mereka yang memberikannya. Tujuan penyuluhan bagi penderita Diabetes mellitus antara lain :

- 1) Meningkatkan pengetahuan
- 2) Mengubah sikap
- 3) Mengubah perilaku serta meningkatkan kepatuhan
- 4) Meningkatkan kualitas hidup

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan yang dicakup dalam konsep kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

- 1) Tahu yaitu mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.
- 2) Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui serta menginterpretasikan materi secara benar.
- 3) Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata.
- 4) Analisis diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat

dilihat dari penggunaan kata kerja seperti menggambarkan (membuat bagan), memisahkan dan mengelompokkan.

- 5) Evaluasi, ini berkaitan kemampuan dalam mengambil keputusan atau penilaian terhadap suatu materi atau objek (Notoatmodjo, 2005).

Menurut Basuki (2011), informasi yang harus disampaikan kepada penderita Diabetes mellitus diantaranya :

- 1) Informasi bagi penderita Diabetes mellitus
 - (1) Pengetahuan dasar tentang Diabetes mellitus
 - (2) Pemantauan mandiri Diabetes mellitus
 - (3) Sebab-sebab tingginya kadar glukosa darah
 - (4) Obat hipoglikemi oral
 - (5) Perencanaan makan
 - (6) Perawatan kaki
 - (7) Kegiatan jasmani
 - (8) Tanda-tanda hipoglikemi
 - (9) Komplikasi Diabetes mellitus
- 2) Informasi bagi lingkungan tempat penderita Diabetes mellitus
 - (1) Pengaturan makan
 - (2) Olahraga
 - (3) Perawatan kaki
 - (4) Pengenalan tanda-tanda hipoglikemi dan hiperglikemi

2.3 Konsep *Self Efficacy*

2.3.1 Definisi

Self Efficacy didefinisikan sebagai rasa percaya diri seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk melakukan dan melaksanakan suatu tindakan untuk mencapai sebuah tujuan (Bandura, 1997). *Self efficacy* akan menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, dan memotivasi dirinya sendiri untuk bertindak dan berperilaku.

2.3.2 Dimensi *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1997), *self efficacy* terdiri dari 3 dimensi :

1) *Magnitude* (Tingkat)

Dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya.

2) *Generality* (Keadaan umum)

Berkaitan dengan seberapa besar/luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan untuk dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan *self efficacy* seseorang.

3) *Strength* (Kekuatan)

Dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1997) *self efficacy* seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Self efficacy* tersebut dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi empat faktor yang terdiri atas :

1) *Performance accomplishment*

Suatu pengalaman menguasai suatu prestasi atau prestasi yang pernah dicapai oleh individu tersebut di masa lalu. Faktor ini adalah pembentuk *self efficacy* yang paling kuat. Prestasi yang baik pada masa lalu yang pernah dialami oleh subyek akan membuat peningkatan pada *efficacy expectation*, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkan *self efficacy* seseorang.

2) *Vicarious experience*

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain, dan meniru perilaku mereka untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh. *Self efficacy* akan meningkat jika mengamati keberhasilan yang telah dicapai oleh orang lain, sebaliknya *self efficacy* akan menurun apabila individu mengamati seseorang yang memiliki kemampuan setara dengan dirinya mengalami kegagalan. Pengaruh yang diberikan faktor ini terhadap *self efficacy* adalah berdasarkan kemiripan orang yang diamati dengan diri pengamat itu sendiri. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan dengan dirinya, maka semakin besar potensi *self efficacy* yang akan disumbangkan oleh faktor ini.

3) *Verbal persuasion*

Persuasi verbal dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Individu mendapat pengaruh atau sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa

diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, begitupun sebaliknya. Faktor ini sifatnya dapat berasal dari luar atau dalam diri individu sendiri, namun yang membedakan dengan *vicarious experience* adalah pada faktor ini subjek mendapatkan *feedback* langsung dari pihak lain, sedangkan pada *viscariious experience* subjek sendirilah yang secara aktif mengamati pihak lain tanpa intervensi dari pihak yang diamati. Besar pengaruh yang dapat diberikan oleh pemberi persuasi adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi serta kriteria kerealistisan tentang apa yang dipersuasikan. Selain itu, subjek dapat memberikan persuasi kepada dirinya sendiri dengan semacam *self talk* kepada dirinya sendiri.

4) *Emotional arousal*

Kondisi emosional (*mood*) juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait *self efficacy* nya. Keadaan emosi yang menyertai individu ketika dirinya sedang melakukan suatu kegiatan akan mempengaruhi *self efficacy* seseorang pada bidang tersebut. Emosi yang dimaksudkan adalah emosi yang kuat seperti takut, stres, cemas dan gembira. Emosi-emosi tersebut dapat meningkatkan ataupun menurunkan *self efficacy* seseorang.

2.3.4 Pengaruh *Self Efficacy* terhadap Proses Dalam Diri Manusia

Menurut Bandura (1997) *self efficacy* akan mempengaruhi proses dalam diri manusia, yaitu :

1) Proses kognitif

Self efficacy mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat *self efficacy* seseorang.

2) Proses motivasional

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Di samping itu, kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. *Self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan *self efficacy* mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen, seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi turun.

3) Proses afektif

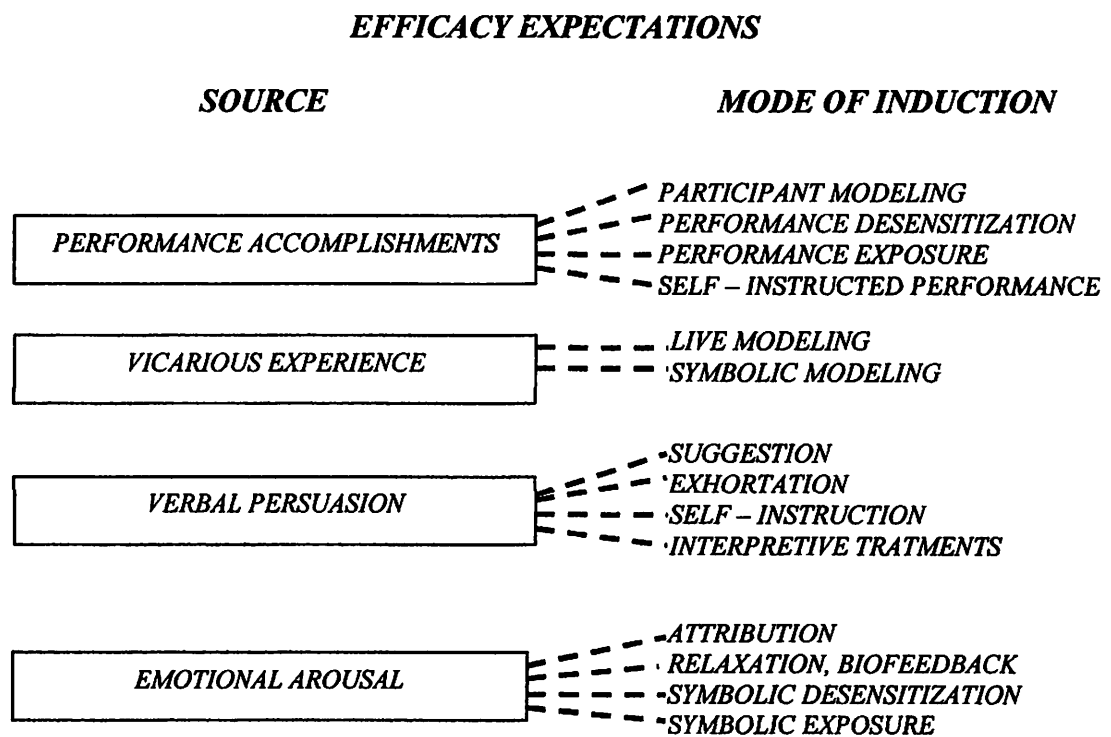
Self efficacy berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya *self efficacy* seseorang yang tinggi dapat menurunkan tingkat stres dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik dan *self efficacy* yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

4) Proses seleksi

Proses kognitif, motivasional dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan bagaimana mempertahankannya. Dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

2.3.5 Proses Perubahan *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1997) suatu perubahan tingkah laku hanya akan terjadi apabila adanya perubahan *self efficacy* pada individu yang bersangkutan. Perubahan *self efficacy* perlu dilakukan untuk memperbaiki kesulitan dan adaptasi tingkah laku individu yang memiliki masalah perilaku.



Gambar 2.3 Sumber-sumber *self efficacy* (Bandura, 1997)

Self efficacy dapat diubah dengan menggunakan 4 faktor yang membentuknya, yaitu :

1) *Performance accomplishment*

(1) *Participant modelling*

Hal ini dilakukan dengan menirukan model yang telah berprestasi atau sukses dalam bidang tertentu.

(2) *Performance desensilization*

Menghilangkan pengaruh buruk akibat kegagalan pada masa lalu seperti dengan mencari cara untuk dapat bangkit kembali dari kebangkrutan. Apabila cara yang ditempuh berhasil untuk bangkit dari kebangkrutan terdahulu, maka *self efficacy* akan meningkat.

(3) *Performance exposure*

Menonjolkan keberhasilan yang pernah diraih dibandingkan dengan kegagalan di masa lalu. Contohnya jika seseorang pernah tidak naik kelas, maka hal yang dilakukan adalah dengan mengingatkan kembali prestasi lain pada masa lalu pernah dicapainya.

(4) *Self instructed performance*

Melatih diri untuk melakukan yang terbaik sehingga seseorang mampu untuk meningkatkan kemampuan dirinya sendiri sampai ke batas maksimalnya. Jika hasil yang didapatkannya maksimal pula maka *self efficacy* akan meningkat.

2) *Vicarious experience*

(1) *Live modelling*

Mengamati model yang nyata yang eksis di dunia ini.

(2) *Symbolic modelling*

Mengamati model simbolik, film, komik, cerita.

3) *Verbal persuasion*

(1) *Suggestion*

Mempengaruhi dengan kata-kata berdasar kepercayaan subjek terhadap pemberi persuasi.

(2) *Exhortation*

Nasihat atau peringatan yang mendesak / memaksa.

(3) *Self instruction*

Selain dapat diberikan oleh orang lain, persuasi juga dapat diberikan oleh subjek kepada dirinya sendiri dengan berkomunikasi dengan dirinya sendiri untuk dapat melakukan sesuatu.

(4) *Intrepretive treatment*

Menggunakan interpretasi baru yang berdasarkan fakta lebih meyakinkan daripada memperbaiki interpretasi lama yang salah dan cenderung menurunkan *self efficacy*.

4) *Emotional arousal*

(1) *Attribution*

Mengubah atribusi atau penanggungjawab suatu kejadian emosional. Hal ini berkaitan dengan cara pandang yang biasa digunakan oleh subjek.

(2) *Relaxation biofeedback*

Relaksasi digunakan untuk menurunkan gelombang otak subjek sehingga lebih mudah untuk menerima sesuatu dibandingkan ketika seseorang berada

pada kondisi sadar penuh (gelombang otak *beta*). Dengan melakukan relaksasi, gelombang otak akan turun sampai ke level *alpha*.

(3) *Symbolic desensilization*

Menghilangkan sikap emosional dengan modeling simbolik seperti benda-benda mati yang memiliki karakteristik sama dengan sikap emosional positif yang diharapkan.

(4) *Symbolic exposure*

Memunculkan emosi secara simbolik yang menguntungkan (meningkatkan *self efficacy*) meskipun sedang tidak dalam kondisi yang semestinya.

2.4 Konsep *Quality of Life* (QoL)

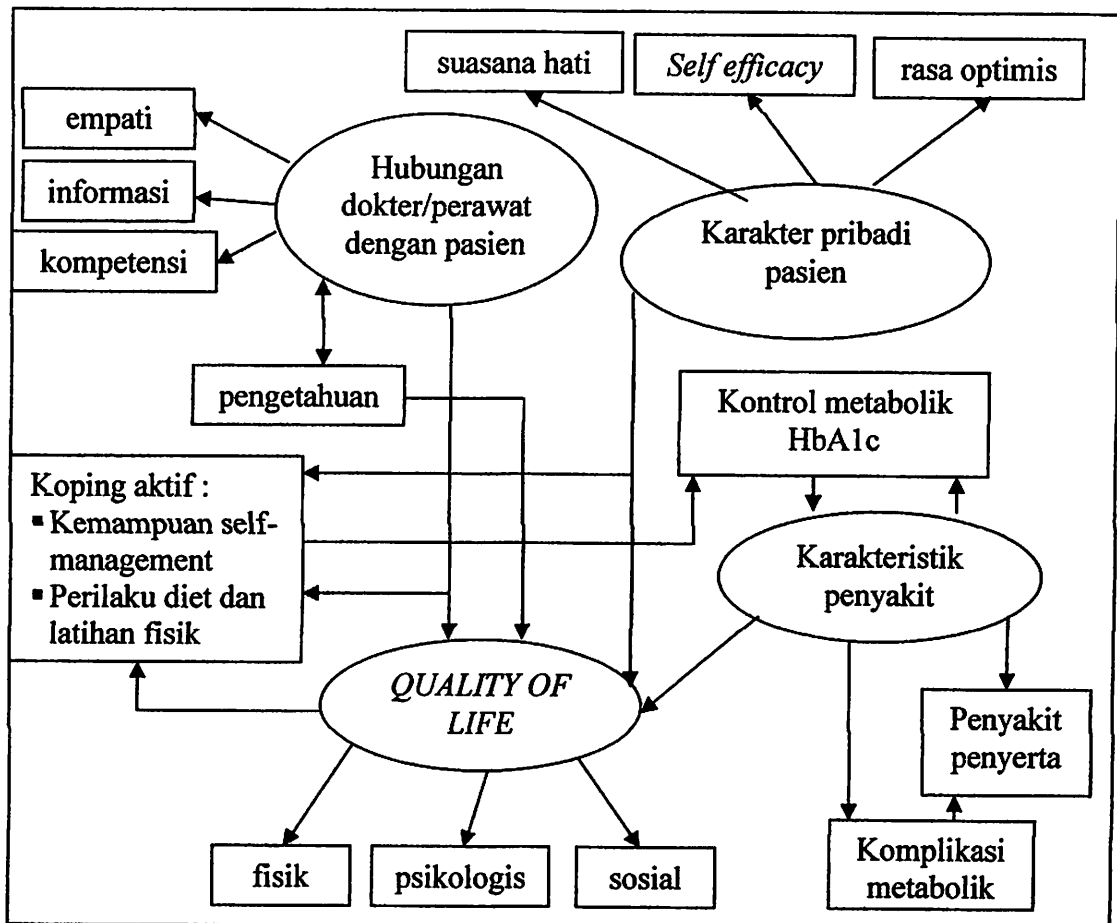
2.4.1 Pengertian *Quality of Life* (QoL)

Quality of Life (QoL) atau yang biasa disebut dengan “*Well Being*” adalah suatu multi dimensi dan keadaan seseorang yang memperlihatkan kualitas dalam kehidupannya. Pengukuran untuk mengetahui *Quality of Life* (QoL) seseorang dilakukan dengan melakukan pengukuran pada semua aspek kehidupan yang menyangkut kualitas hidupnya, aspek *Quality of Life* (QoL) berhubungan khususnya dengan status kesehatan dan biasanya pada perjalanan proses penyakit seperti Diabetes mellitus tipe 2.

2.4.2 Komponen *Quality of Life* (QoL)

Quality of Life (QoL) mempunyai beberapa pengertian, walaupun demikian hal itu dianggap sebagai multi dimensi faktor dan mempunyai beberapa faktor yang mempengaruhinya. Hal ini biasanya untuk mengetahui *Quality of Life* (QoL) dari

persepsi masing-masing individu. Faktor multidimensi dan elemen-elemen yang berhubungan dengan *Quality of Life* (QoL) telah dijelaskan oleh Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop, dan Klapp (2002).



Gambar 2.4 Elemen dari *Quality of Life* (QoL) (didaptasi dari Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop, dan Klapp, 2002).

1) Konsep secara umum

Konsep dari *Quality of Life* secara luas meliputi bagaimana cara mendeskripsikan “kebaikan” dari seorang individu pada semua aspek kehidupannya. Evaluasi ini meliputi salah satu kejadian reaksi emosional dalam kehidupan, kelanjutan hidup, pemenuhan kebutuhan hidup dan kepuasan,

kepuasan terhadap pekerjaan dan hubungan dengan orang lain (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Pada literatur yang diketemukan, komponen *Quality of Life* biasanya sering disebut dengan “*well being*”

Tabel 2.7 Komponen subjektif dari “*well being*”

Pengaruh Baik	Pengaruh Buruk	Kepuasan Hidup	Bidang Kepuasan
Kebahagiaan	Rasa bersalah dan rasa malu	Keinginan untuk merubah kehidupan	Pekerjaan
Rasa sukacita	Kesedihan	Kepuasan terhadap kehidupan saat ini	Keluarga
Kepuasan	Kecemasan dan ketakutan		Waktu luang
Harga diri	Kemarahan	Kepuasan masa lalu	Kesehatan
Kasih sayang	stres	Kepuasan terhadap masa depan	Keuangan
Kebahagiaan	Depresi	Arti orang lain dan kejadian dalam kehidupan	Diri sendiri
Sukacita	Iri hati		Berkelompok

2) *Health related QoL (HRQoL)*

HRQoL berhubungan erat dengan aspek kesehatan dimana hal itu juga termasuk dalam komponen umum dalam *Quality of Life (QoL)*. Pengertian dari HRQoL sendiri diperoleh dari perkembangan dari alat ukur HRQoL sendiri, contohnya karakteristik individu tentang seluruh kepuasan hidupnya, perasaan psikologis, kesejahteraan fisik dan sosial tentang keputusan hidupnya, dan kepuasan dalam mengontrol proses penyakit (Bottomley, 2002 in O'Connor, 2004).

3) *Diabetes Spesific Quality of Life*

Penyakit yang berhubungan dengan HRQoL sudah dideskripsikan oleh Polonsky (2000) sebagai konstruksi multidimensi, dimana setiap dimensinya dapat mempengaruhi *Quality of Life (QoL)*. Domain spesifik diabetes dipikirkan dan

dimasukkan ketika pemikiran HRQoL dihubungkan dengan penyebab dengan perasaan dari kesejahteraan secara psikologis, fisik dan sosial individu.

Ada beberapa faktor dalam masyarakat modern yang mendorong perlunya pertimbangan serta pengukuran kualitas hidup, khususnya pada penderita Diabetes mellitus, mempertahankan kualitas hidup adalah salah satu tujuan utama pengobatan Diabetes mellitus, paling sedikit ada 2 alasan :

- 1) Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang tidak dapat diobati secara tuntas, namun apabila terkontrol dengan baik dapat menghambat atau mencegah keluhan fisik akibat komplikasi akut maupun kronisnya.
- 2) Kualitas hidup yang rendah serta masalah psikologis dapat memperburuk gangguan metabolik baik secara langsung melalui stress hormonal maupun tidak langsung melalui *compliance* yang buruk.

Kondisi ini sangat penting menggunakan pengkajian multidimensi untuk mengetahui kualitas hidup serta pengukuran secara spesifik tentang penyakit dan secara umum. Penilaian kualitas hidup seharusnya digunakan untuk petunjuk dan evaluasi terhadap pengobatan dan intervensi. Instrumen kualitas hidup dari WHO meliputi 25 item, dimana untuk mengukurnya sudah sesuai dengan aspek kesehatan fisik, aspek psikologis, aspek hubungan sosial dan aspek lingkungan (WHO, 2012).

2.4.3 Pengukuran *Quality of Life*

Pengukuran *Quality of Life* dilakukan dengan cara pengukuran perubahan fisik, fungsional, mental dan sosial sehingga dapat digunakan untuk mengevaluasi keuntungan dan kerugian suatu program atau pengobatan yang baru. Ada dua dimensi yang diukur dalam mengukur *Quality of Life* seseorang :

- 1) Pengukuran fungsi atau status sehat, yang bersifat objektif.
- 2) Persepsi sehat yang bersifat subjektif.

2.4.4 Komponen Pengkajian Instrumen dari WHO tahun 2003

2.4.4.1 Domain I Aspek Fisik

- 1) Nyeri dan kenyamanan : bebas dari rasa nyeri, seberapa jauh rasa nyeri mengganggu aktivitas sehari-hari.
- 2) Kekuatan dan kelemahan.
- 3) Aktivitas seksual : frekuensi, kepuasan seksual, masalah seksual, disfungsi ereksi.
- 4) Istirahat dan tidur : durasi tidur, kualitas tidur, masalah-masalah dalam istirahat dan tidur.
- 5) Fungsi sensoris.

2.4.4.2 Domain II Aspek Psikologis

- 1) Pikiran positif : menikmati hidup, kemampuan untuk berkonsentrasi.
- 2) Pikiran, belajar, ingatan dan konsentrasi.
- 3) Harga diri : seberapa jauh arti kehidupannya.
- 4) Penampilan : kepuasan terhadap diri sendiri, bentuk tubuh.
- 5) Perasaan negatif : merasa kesepian

2.4.4.3 Domain III Hubungan Sosial

- 1) Hubungan sosial : kemampuan bergaul dengan lingkungan sosial.
- 2) Dukungan sosial : dukungan dari teman, keluarga dan tenaga kesehatan.
- 3) Aktivitas pemberi pelayanan : ketersediaan informasi kesehatan.

2.4.4.4 Domain IV Lingkungan

- 1) Kenyamanan fisik
- 2) Lingkungan rumah dan kondisi tempat tinggal
- 3) Kepuasan kerja

2.5 Konsep teori Keperawatan *Health Promotion Model* (Nola J. Pender).

Model Promosi Kesehatan adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Tujuan dari teori ini adalah membantu perawat dalam memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang sebagai bekal untuk melakukan konseling promosi gaya hidup sehat. Pada prinsipnya model ini menekankan pada 2 teori sebagai berikut (1) *expectancy value theory* (teori nilai pengharapan) dan (2) *social cognitive theory* (teori sosial kognitif) :

1) *Expectancy value theory* (teori nilai pengharapan)

Setiap individu mempunyai nilai harapan tertentu dalam dirinya tentang perilaku kesehatan yang ingin dicapai. Harapan tersebut bersifat rasional dan ekonomis sehingga individu akan tetap berusaha untuk mencapai dan mempertahankan harapan tersebut. Individu tidak akan melakukan sesuatu tindakan yang tidak berguna dan tidak bernilai bagi dirinya dan tidak akan melakukan kegiatan walaupun kegiatan tersebut menarik bagi dirinya jika dirasakan tidak mungkin kegiatan tersebut dicapainya. Dua hal pokok dalam nilai harapan ini adalah: a) hasil tindakan bernilai positif, b) melakukan tindakan untuk menyempurnakan hasil yang diinginkan (Pender, 2011).

2) *Social cognitive theory* (teori sosial kognitif)

Teori ini menjelaskan tentang interaksi antara pikiran, perilaku dan lingkungan yang saling mempengaruhi. Teori ini menekankan pada pentingnya proses kognitif dalam merubah perilaku seseorang. Terdapat 3 macam kepercayaan diri dalam teori ini: a) *Self attribution* (pengenalan diri) , b) *Self evaluation* (evaluasi diri) untuk memotivasi diri dan mengatur perilaku serta lingkungan, c) *Self efficacy* (kemajuan diri) merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan tindakan tertentu yang berkembang melalui pengalaman, belajar dan pengalaman orang lain.

2.5.1 Konsep Mayor

- 1) Manusia: organisme biopsikososial yang merupakan bagian dari lingkungan, namun juga berperan dalam menciptakan lingkungan, sehingga hubungan antara manusia dan lingkungan bersifat *reciprocal* (timbang balik). Karakteristik individu dan pengalaman hidup membentuk perilaku kesehatan seseorang.
- 2) Lingkungan: merupakan bentuk fisik, kultural dan sosial dimana kehidupan berlangsung yang dapat dimanipulasi oleh individu untuk menciptakan kondisi positif yang dapat memfasilitasi pencapaian perilaku kesehatan.
- 3) Keperawatan: kolaborasi antara individu, keluarga dan komunitas untuk menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kehidupan manusia.
- 4) Kesehatan: dalam konteks individu diartikan sebagai aktualisasi diri melalui perilaku yang diharapkan, pemenuhan kebutuhan perawatan diri, dan kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain. Kesehatan merupakan pengalaman hidup yang berkembang.

- 5) Sakit: peristiwa tidak menyenangkan yang terjadi dalam kehidupan, dapat berlangsung dalam jangka waktu pendek (akut) atau panjang (kronis) yang menyebabkan individu terhalang atau justru mencari kesehatan.

2.5.2 Asumsi Mayor dari Model Promosi Kesehatan (*Health Promotion Model*)

- 1) Manusia mencoba menciptakan kondisi agar tetap hidup di mana mereka dapat mengekspresikan keunikannya.
- 2) Manusia mempunyai kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk penilaian terhadap kemampuannya.
- 3) Manusia menilai perkembangan sebagai suatu nilai yang positif dan mencoba mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas.
- 4) Setiap individu secara aktif berusaha mengatur perilakunya.
- 5) Individu merupakan makhluk biopsikososial yang kompleks, berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus, menjelmakan lingkungan yang diubah secara terus menerus.
- 6) Profesional kesehatan merupakan bagian dari lingkungan interpersonal yang berpengaruh terhadap manusia sepanjang hidupnya.
- 7) Pembentukan kembali konsep diri manusia dengan lingkungan adalah penting untuk perubahan perilaku.

2.5.3 Proposisi Model Promosi Kesehatan

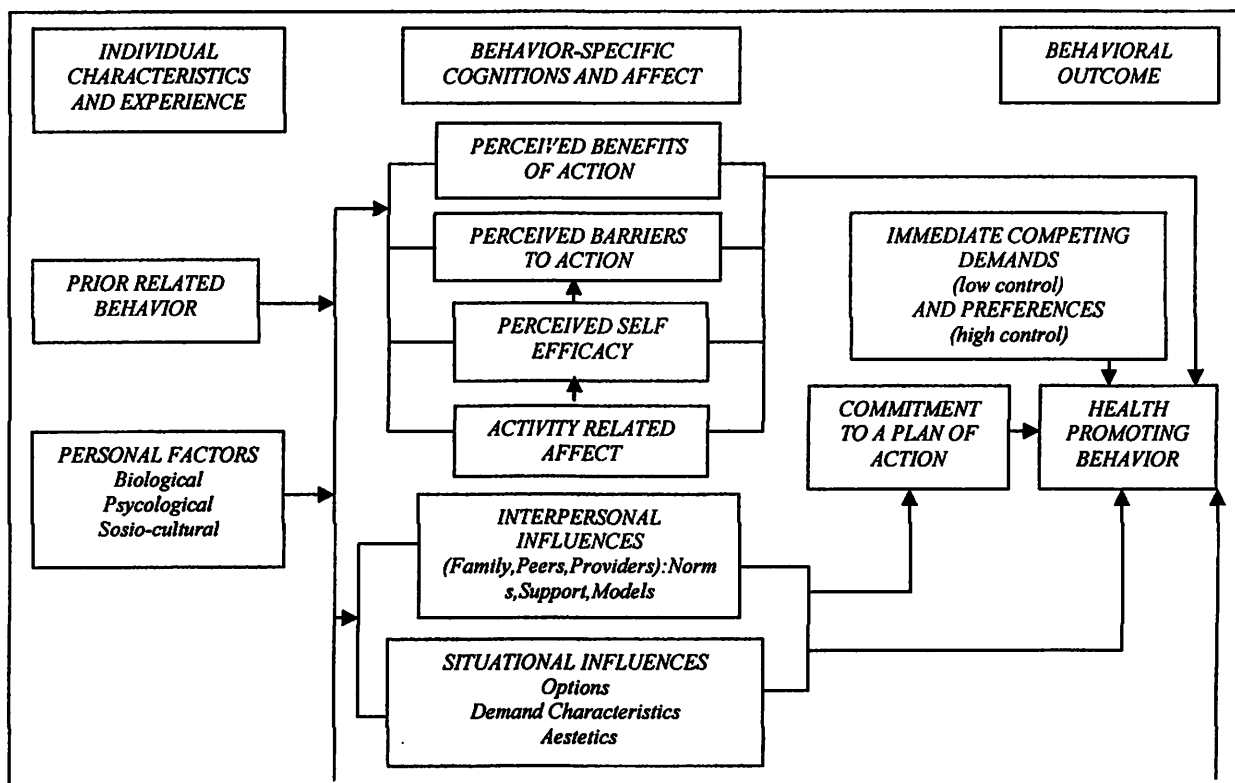
- 1) Perilaku sebelumnya dan karakteristik yang diperoleh mempengaruhi kepercayaan dan perilaku untuk meningkatkan kesehatan.

- 2) Manusia melakukan perubahan perilaku di mana mereka mengharapkan keuntungan yang bernilai bagi dirinya.
- 3) Rintangan yang dirasakan dapat menjadi penghambat kesanggupan melakukan tindakan, suatu mediator perilaku sebagaimana perilaku nyata.
- 4) Promosi atau pemanfaatan diri akan menambah kemampuan untuk melakukan tindakan dan perbuatan dari perilaku.
- 5) Pemanfaatan diri yang terbesar akan menghasilkan sedikit rintangan pada perilaku kesehatan spesifik.
- 6) Pengaruh positif pada perilaku akibat pemanfaatan diri yang baik dapat menambah hasil positif.
- 7) Ketika emosi yang positif atau pengaruh yang berhubungan dengan perilaku, maka kemungkinan menambah komitmen untuk bertindak.
- 8) Manusia lebih suka melakukan promosi kesehatan ketika model perilaku itu menarik, perilaku yang diharapkan terjadi dan dapat mendukung perilaku yang sudah ada.
- 9) Keluarga, kelompok dan pemberi layanan kesehatan adalah sumber interpersonal yang penting yang mempengaruhi, menambah atau mengurangi keinginan untuk berperilaku promosi kesehatan.
- 10) Pengaruh situasional pada lingkungan eksternal dapat menambah atau mengurangi keinginan untuk berpartisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
- 11) Komitmen terbesar pada suatu rencana kegiatan yang spesifik lebih memungkinkan perilaku promosi kesehatan dipertahankan untuk jangka waktu yang lama.

- 12) Komitmen pada rencana kegiatan kemungkinan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika seseorang mempunyai kontrol yang sedikit dan kebutuhan yang diinginkan tidak tersedia.
- 13) Komitmen pada rencana kegiatan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika tindakan-tindakan lain lebih atraktif dan juga lebih suka pada perilaku yang diharapkan.
- 14) Seseorang dapat memodifikasi kognisi, mempengaruhi interpersonal dan lingkungan fisik yang mendorong melakukan tindakan kesehatan.

2.5.4 Penjelasan Bagan *Health Promotion Model*

Model Promosi Kesehatan telah mengalami revisi pada tahun 2002. Pada model revisi ini menekankan pada 10 kategori determinan dari perilaku promosi kesehatan.



Gambar 2.5 *Health Promotion Model* from Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002), (Alligood & Tomey, 2006).

Keterangan:

Health Promotion Model revisi menjelaskan tentang variabel-variabel yang berdampak pada perilaku kesehatan seseorang, sebagai berikut :

1) Karakteristik dan pengalaman individu

(1) Perilaku terdahulu

Pengulangan perilaku terdahulu dapat mempengaruhi perilaku promosi kesehatan secara langsung dan tidak langsung. Perilaku terdahulu tersebut menjadi faktor predisposisi perilaku kesehatan yang dipilih pada saat ini.

(2) Faktor personal

Faktor ini dikategorikan menjadi biologis, psikologis dan sosiokultural. Faktor-faktor ini menjadi prediktif dari perilaku yang diterapkan dan terbentuk dari perilaku yang diharapkan.

- a. Faktor biologis personal, meliputi: umur, jenis kelamin, indeks masa tubuh, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, kecerdasan dan keseimbangan.
- b. Faktor psikologis personal, meliputi: kepercayaan diri, motivasi diri, kompetensi personal, perilaku kesehatan dan definisi kesehatan.
- c. Faktor sosiokultural personal, meliputi: ras, suku, penyesuaian diri, pendidikan dan status sosial ekonomi.

2) Variabel perilaku dan sikap spesifik yang disadari

- (1) Melihat manfaat tindakan, merupakan hasil positif yang diharapkan dari perilaku kesehatan yang dilakukan.

- (2) Melihat hambatan tindakan, merupakan segala sesuatu yang dapat menghambat perilaku kesehatan seperti biaya yang terlalu mahal, tidak ada waktu, dll.
- (3) Melihat kekuatan diri (*self efficacy*), merupakan kemampuan seseorang untuk memutuskan menggunakan atau menghindari perilaku promosi kesehatan yang akan dilakukan. *Self efficacy* mempengaruhi hambatan terhadap suatu tindakan, sehingga *self efficacy* yang tinggi berdampak pada hambatan yang rendah dan sebaliknya.
- (4) Sikap yang berhubungan dengan perilaku, mendeskripsikan perasaan positif dan negatif subyektif yang terjadi sebelum, selama maupun setelah perilaku berdasarkan pada stimulus perilaku tersebut. Sikap ini mempengaruhi *self efficacy*, sehingga semakin positif perasaan subyektif berdampak pada *self efficacy* yang tinggi.
- (5) Pengaruh interpersonal, merupakan kesadaran terhadap perilaku, kepercayaan atau sikap dari orang lain. Pengaruh interpersonal meliputi norma, dukungan sosial, *role model*. Sumber primer dari pengaruh interpersonal antara lain keluarga, kelompok dan penyedia layanan kesehatan.
- (6) Pengaruh situasional, merupakan kesadaran dan persepsi personal terhadap situasi yang dihadapi yang berdampak pada perilaku.

3) Hasil Perilaku

- (1) Komitmen terhadap rencana, merupakan maksud dan tujuan dari seseorang untuk membuat strategi perencanaan agar dapat menerapkan perilaku kesehatan secara optimal.

- (2) Kebutuhan dan pilihan lain yang mendesak, merupakan perilaku alternatif dari seseorang yang mempunyai kontrol lemah dikarenakan adanya lingkungan yang memungkinkan seperti pekerjaan atau tanggung jawab terhadap keluarga.

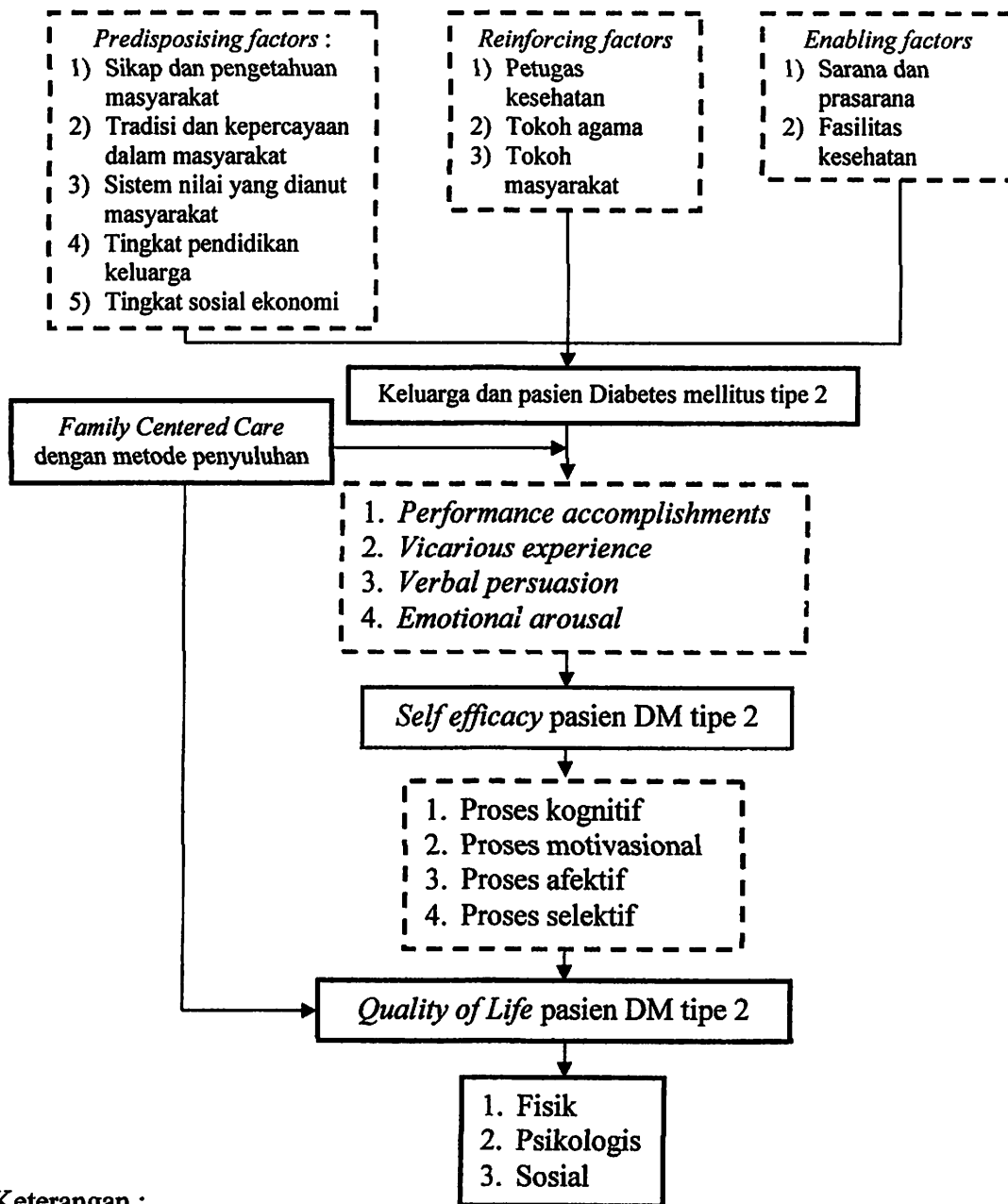
Perilaku promosi kesehatan, merupakan perilaku akhir yang diharapkan atau hasil dari sebuah pengambilan keputusan kesehatan untuk mencapai kehidupan yang optimal, produktif dan terpenuhinya kebutuhan personal.

B A B 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian

Dari gambar 3.1 di atas dapat dijelaskan bahwa metode *Family Centered Care* dengan tehnik penyuluhan adalah pembelajaran kepada penderita dan keluarga tentang cara mengasuh anggota keluarga yang menderita Diabetes Mellitus. Penyuluhan yang akan peneliti berikan diharapkan dapat menambah pengetahuan keluarga dan penderita menjadi salah satu bagian dari *predisposing factor*. *Predisposing factor* ini bersama dengan *enabling factors* dan *reinforcing factors* adalah 3 faktor yang akan mempengaruhi perilaku seseorang.

Perawat mempunyai peranan yang besar dalam program promosi kesehatan sesuai dengan teori *Health Promotion Model* yang dikemukakan Nola J.Pender, yaitu dalam hal kolaborasi dengan individu, keluarga dan lingkungan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kehidupan manusia. Tujuan dari teori ini adalah membantu perawat dalam memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang sebagai bekal untuk melakukan konseling promosi gaya hidup sehat. Dalam model ini menekankan dua teori yaitu *expectancy value theory* (teori nilai pengharapan) dan *social cognitive theory* (teori sosial kognitif). Dalam *social cognitive theory* menekankan dalam merubah kognitif seseorang sehingga bisa merubah perilaku seseorang.

Salah satu jenis yang digunakan dalam mengubah perilaku seseorang adalah dengan promosi kesehatan yaitu dengan *family centered care* yang metodenya dengan pemberian penyuluhan bukan hanya pada individu tetapi juga pada keluarga individu tersebut. Dengan adanya penyuluhan akan memfasilitasi pasien untuk mengembangkan pengalaman yang dimilikinya (*performance accomplishment*), mendapatkan pengalaman baru dari orang lain dan lingkungan (*vicarious experience*), mendapatkan dorongan dan persuasi yang baik tentang penyakitnya dari

perawat (*verbal persuasion*), dan membangkitkan emosi pasien untuk melakukan perubahan kearah yang lebih baik. Sehingga pasien mempunyai sumber-sumber yang cukup untuk mengembangkan *self efficacy*-nya. Melalui proses tersebut, pasien akan mempunyai pemahaman yang cukup tentang penyakitnya meliputi persepsi pasien tentang kerentanan (*susceptible*), keparahan (*severity*), manfaat dari tindakan yang dilakukan, persepsi tentang sedikitnya hambatan dan adanya petunjuk dan arahan untuk mengatasi penyakitnya. Berdasarkan teori *Health Promotion Model* proses tersebut diatas dapat meningkatkan *self efficacy* pasien.

Menurut Bandura, *self efficacy* akan mempengaruhi empat proses dalam diri manusia, yaitu cara individu berpikir (kognitif), perasaan (afektif), motivasional, dan seleksi terhadap perilaku perawatan yang dipilih oleh individu. *Self efficacy* yang baik akan membuat individu merasa mampu untuk melakukan perawatan secara mandiri ketika berada di rumah dan melakukan perilaku perawatan mandiri (*self care behaviour*) yang berdampak pada penurunan komplikasi dan peningkatan kualitas hidupnya. Dimana kualitas hidup akan menyangkut aspek fisik, psikologis dan sosial seseorang.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- 1) Ada pengaruh *family centered care* terhadap *self efficacy* pasien Diabetes mellitus tipe 2.
- 2) Ada pengaruh *family centered care* terhadap *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2.

- 3) Ada hubungan antara *self efficacy* dan *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *quasy experiment* dengan desain penelitian *non randomized control group pretest posttest design*. Dalam penelitian ini melibatkan dua kelompok subjek yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, namun tidak dilakukan randomisasi. Pada kelompok perlakuan dilakukan suatu perlakuan sedangkan pada kelompok kontrol tidak dilakukan perlakuan.

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian
Non randomized control group pretest posttest design

Kelompok	Pretest	Perlakuan	Posttest
Kelompok perlakuan	O1	X	O2
Kelompok kontrol	O3	-	O4

(Kuntoro,2008)

Keterangan :

- O1 : Observasi awal (*pretest*) *self efficacy* dan *quality of life* pada kelompok perlakuan
- O2 : Observasi akhir (*posttest*) *self efficacy* dan *quality of life* pada kelompok perlakuan
- O3 : Observasi awal (*pretest*) *self efficacy* dan *quality of life* pada kelompok kontrol
- O4 : Observasi akhir (*posttest*) *self efficacy* dan *quality of life* pada kelompok kontrol
- X : Perlakuan / eksperimen berupa *family centered care* dengan menggunakan konsep promosi kesehatan

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua penderita Diabetes mellitus tipe 2 yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

1) Kriteria inklusi :

- (1) Kesadaran composmentis
- (2) Keadaan umum penderita baik
- (3) Usia > 15 tahun
- (4) Bisa membaca dan menulis
- (5) Penderita berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari
- (6) Penderita memiliki keluarga (minimal keluarga inti)

2) Kriteria eksklusi :

- (1) Penderita yang tinggal sendirian

4.2.3 Besar sampel dan teknik pengambilan sampel

Besar sampel dalam penelitian ini adalah jumlah penderita baru Diabetes mellitus tipe 2 yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari April 2012 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *non probability sampling*, yaitu *purposive sampling*. Teknik ini merupakan metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Perhitungan jumlah sampel minimal yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut (Dharma, 2011) :

$$n = \frac{2 \sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan rumus :

- $Z_{1-\alpha/2}$: Standar normal deviasi untuk α (standar normal deviasi $\alpha=1,96$)
- $Z_{1-\beta}$: Standar normal deviasi untuk β (standar normal deviasi $\beta=0,842$)
- μ_1 : Nilai mean kelompok ujicoba yang didapat dari literatur atau berdasarkan pengalaman peneliti, menurut literatur mean skor *self efficacy* adalah sebesar 11 dengan standar deviasi (SD) = 2
- μ_2 : Nilai mean kelompok ujicoba yang didapat dari pendapat (judgment) peneliti sebesar 9 dengan standar deviasi 2
- $\mu_1 - \mu_2$: Beda mean yang dianggap bermakna secara klinik antara kedua kelompok
- σ : Estimasi standar deviasi dari beda mean kedua kelompok berdasarkan literatur
- σ^2 : Estimasi varian kedua kelompok berdasarkan literatur yang dihitung dengan rumus : $\frac{1}{2} (\mu_1^2 + \mu_2^2) = \frac{1}{2} (2^2 + 2^2) = 4$

Berdasarkan rumus estimasi jumlah sampel untuk penelitian yang bertujuan menguji hipotesis beda 2 mean kelompok dapat dihitung sebagai berikut :

$$n = \frac{2 \sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = n_2 \frac{2 (4) (1,96 + 0,842)^2}{(11 - 9)^2}$$

$$n = \frac{62,809}{4}$$

$$n = 16 \text{ orang}$$

Pada penelitian ini jumlah minimal sampel yang diperlukan untuk setiap kelompok adalah sebesar 16 orang, sehingga total sampel yang diperlukan adalah 32 orang.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari pelaksanaan *family centered care*, *self efficacy* dan *quality of life*.

4.3.2 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	<i>Family Centered Care</i>	Proses pemberian pembelajaran kepada penderita dan keluarga tentang cara mengasuh anggota keluarga yang menderita Diabetes mellitus tipe 2 dengan tujuan meningkatkan pemahaman dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita Diabetes mellitus tipe 2. Tindakan dilakukan 3 kali (sesuai dengan kebutuhan), setiap pertemuan ± 60 menit	Pemberian informasi tentang : 1) Konsep Diabetes mellitus tipe 2 a. Definisi b. Klasifikasi c. Gejala klinis d. Diagnosis e. Komplikasi f. Pemeriksaan 2) Penatalaksanaan Diabetes mellitus tipe 2 a. Diet b. Aktivitas c. Farmakologis 3) Tugas keluarga dalam perawatan klien dengan Diabetes mellitus tipe 2 a. Mengenal masalah keluarga b. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga yang menderita Diabetes mellitus tipe 2 c. Melakukan tindakan yang benar sesuai keputusan d. Memodifikasi / menciptakan lingkungan yang kondusif bagi penderita e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan	-	-	-

			<p>Metode : Ceramah, diskusi (tanya jawab), konseling</p>			
2.	<i>Self efficacy</i>	Keyakinan akan kemampuan individu untuk mengatur atau melakukan perilaku yang mendukung kesehatan yang diukur sebelum dan sesudah pemberian penyuluhan	<p>Pertanyaan tentang <i>self efficacy</i> penderita Diabetes mellitus tipe 2 yang terdiri dari 20 item, terdiri atas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keyakinan terhadap kemampuan pengecekan gula darah (3 item) 2) Keyakinan terhadap kemampuan pengaturan diet dan menjaga berat badan ideal (11 item) 3) Keyakinan terhadap kemampuan melakukan aktivitas fisik (2 item) 4) Keyakinan terhadap kemampuan perawatan kaki (1 item) 5) Keyakinan terhadap kemampuan mengikuti program pengobatan (3 item) 	Kuesioner	Interval	-
3.	<i>Quality of Life</i>	Kemampuan seseorang untuk melakukan fungsi hidupnya secara normal di masyarakat menurut persepsinya sendiri	Jawaban responden tentang aspek / dimensi kualitas hidup yang meliputi kesehatan fisik, aspek psikologis, aspek hubungan sosial dan aspek lingkungan berdasarkan kriteria dari WHO tahun 2003	Kuesioner	Interval	-

4.4 Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen

4.4.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini ada 2 (dua), yaitu kuesioner DSMES (*Diabetes Management Self Efficacy Scale*) dan kuesioner *quality of life* dari WHO yang keduanya telah dimodifikasi oleh peneliti. Kuisisioner DMSES dikembangkan oleh van der Bijl (1999) dan dimodifikasi oleh Shi (2010) untuk mengukur *self efficacy* penderita DM tipe 2. Peneliti menggunakan alat ukur ini karena alat ukur ini sudah terstandarisasi dan spesifik untuk penderita DM tipe 2 dan banyak digunakan didalam penelitian *self efficacy* penderita DM tipe 2. Kuesioner ini terdiri dari 20 item dengan skala *likert* 1-4. Nilai 1: tidak yakin, 2 :cukup yakin 3 : yakin , 4 : sangat yakin. Rentang skor adalah 20 – 80. Kuesioner ini berisi keyakinan terhadap kemampuan pengecekan gula darah (3 item), pengaturan diet dan menjaga berat badan ideal (11 item), aktivitas fisik (2 item), perawatan kaki (1 item), dan mengikuti program pengobatan (3 item).

Kuesioner *Quality of Life* dari WHO terdiri dari 25 item pernyataan dengan skala likert 1-4. Nilai 1: tidak yakin, 2 :cukup yakin 3 : yakin , 4 : sangat yakin. Rentang skor adalah 25 – 100. Kuisisioner ini meliputi aspek fisik (7 item), aspek psikologis (6 item), aspek hubungan sosial (3 item) dan aspek lingkungan (8 item) penderita Diabetes mellitus (WHO, 2003).

4.4.2 Uji Coba Instrumen

Instrumen yang di uji cobakan yaitu kuisisioner DMSES (*Diabetes Management Self Efficacy Scale*) dan *quality of life* dari WHO.

4.4.2.1 Uji Validitas

Validitas menunjukkan ketepatan pengukuran suatu instrumen, artinya suatu instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut mengukur apa yang seharusnya diukur (Dharma, 2011). Kuntoro (2008) uji validitas dapat menggunakan uji korelasi dengan cara membandingkan antara skor setiap pernyataan dengan skor totalnya. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment*. Item atau indikator dinyatakan valid jika nilai signifikansi r hitung kurang dari 0,05. Dari uji coba instrument DMSES (*Diabetes Management Self Efficacy Scale*) yang dilakukan oleh peneliti pada 32 orang pasien Diabetes mellitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

Hasil uji validitas untuk kuesioner *self efficacy* menunjukkan bahwa 15 indikator untuk variabel *self efficacy* nilai signifikansinya kurang dari 0,05 sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan untuk mengukur variabel *self efficacy*, sedangkan sebanyak 5 indikator yang dinyatakan tidak valid sehingga peneliti menghilangkan 5 pernyataan yang ada di dalam kuesioner.

Hasil uji validitas untuk kuesioner *quality of life* menunjukkan bahwa 21 indikator untuk variabel *quality of life* nilai signifikansinya kurang dari 0,05 sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan untuk mengukur variabel *quality of life*, sedangkan sebanyak 4 indikator yang dinyatakan tidak valid sehingga peneliti akan menghilangkan pernyataan yang tidak valid dari isi kuesioner.

4.4.2.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Reliabilitas menunjukkan apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrumen digunakan kembali secara berulang. Reliabilitas juga dapat didefinisikan sebagai

derajat suatu pengukuran bebas dari random *error* sehingga menghasilkan suatu pengukuran yang konsisten. Reliabilitas dipengaruhi oleh random error yang bersumber dari variasi observer, variasi subjek dan variasi instrumen. Item pengukuran dikatakan reliabel jika memiliki nilai koefisien alfa lebih besar dari 0,6.

Tabel 4.3
Hasil Uji Reliabilitas

Variabel	Alpha	Reliabilitas
<i>Self efficacy</i>	0.9210	Reliabel
<i>Quality of Life</i>	0.9232	Reliabel

Nilai reliabilitas konsistensi internal ditunjukkan dalam tabel diatas, untuk koefisien alfa dinyatakan reliabel karena lebih besar dari 0,6. Dengan demikian item pengukuran pada masing-masing indikator dalam variabel-variabel penelitian dinyatakan reliabel dan selanjutnya dapat digunakan dalam penelitian.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 4 minggu di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya. Berikut ini adalah jadwal penelitian yang akan dilakukan.

Tabel 4.4 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1.	Pengumpulan bahan, materi dan studi pendahuluan					
2.	Pengajuan usulan penelitian					
3.	Studi pendahuluan					
4.	Ujian proposal dan revisi proposal					
5.	Uji kelayakan etik dan revisi					
6.	Pelaksanaan penelitian					
	Pencarian penderita Diabetes mellitus dan <i>informed consent</i> dan <i>pre</i>					

	<i>test</i>																			
	Perlakuan 3x penyuluhan																			
	<i>Post test</i>																			
7.	Analisa data dan penyusunan hasil																			
8.	Ujian hasil																			
9.	Revisi dan pengumpulan tesis																			

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

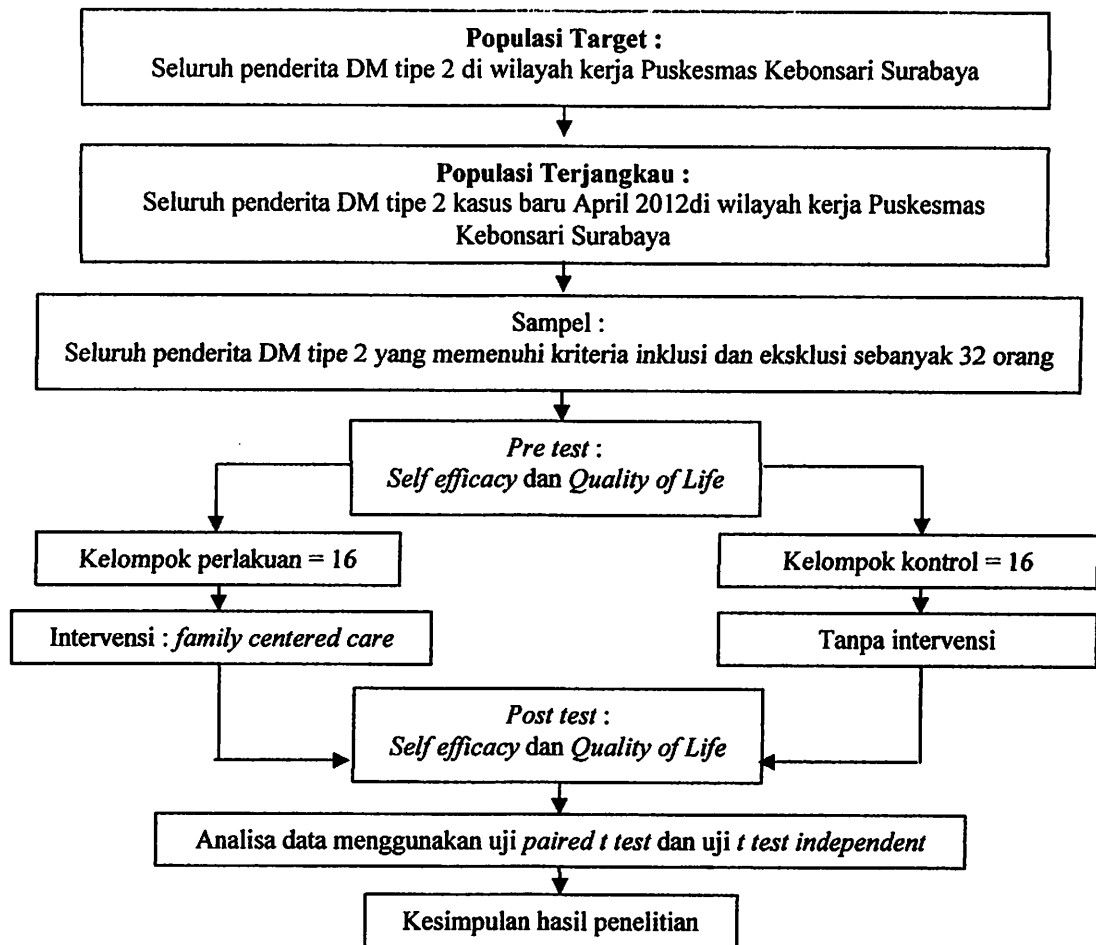
Tahap persiapan :

- 1) Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya, yang kemudian akan memberikan tembusan ke Puskesmas Kebonsari Surabaya.
- 2) Setelah mendapatkan ijin dan mendapatkan surat pengantar, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Puskesmas dengan meminta dibuatkan surat tugas dari Puskesmas Kebonsari untuk melakukan penyuluhan, kemudian mulai melakukan pengumpulan data penderita Diabetes mellitus tipe 2 sebanyak 32 orang secara random di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.
- 3) Peneliti mengelompokkan responden menjadi 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan (masing-masing 16 responden).
- 4) Peneliti memberikan *informed consent* kepada responden dan keluarga (untuk kelompok perlakuan) dan responden (untuk kelompok kontrol), memberikan lembar permohonan menjadi responden dan keluarga, meminta tanda tangan apabila mereka bersedia untuk diteliti.

Tahap pelaksanaan :

- 1) Penelitian dilakukan dalam 2 (dua) tahap, yaitu dengan cara mengalokasikan sampel menjadi dua kelompok (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol).
- 2) Peneliti melaksanakan *pre-test self efficacy* dan *quality of life* pada kelompok perlakuan (penderita dan keluarga) pada saat pertemuan pertama dan kelompok kontrol saat mereka berkunjung ke Puskesmas Kebonsari Surabaya.
- 3) Penelitian dilakukan selama 4 minggu. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Shi (2010) perubahan *self efficacy* dapat dilihat segera setelah pelaksanaan suatu intervensi setelah 1 – 2 minggu setelah pelaksanaan intervensi dan *quality of life* diukur setelah pengukuran *self efficacy*.
- 4) Peneliti melaksanakan *family centered care* dengan metode penyuluhan pada kelompok perlakuan sebanyak 3 kali dan jadwal disepakati bersama oleh peneliti, ahli gizi, penderita dan keluarganya di rumah salah satu responden. Masing-masing sesi dilakukan selama 60 menit. Metode yang digunakan adalah ceramah, diskusi (tanya jawab), konseling dan pemberian booklet pada pertemuan pertama. Setiap akhir pertemuan peneliti menanyakan kembali pada responden mengenai materi yang telah disampaikan.
- 5) Pada kelompok kontrol, peneliti hanya menyebarkan kuesioner pada saat awal dan akhir penelitian tanpa ada penyuluhan.
- 6) Peneliti melakukan *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. *Post test self efficacy* dan *quality of life* dilakukan pada saat minggu ke 2 setelah dilakukan intervensi. Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis dan diolah.

4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional

4.8 Pengolahan dan Analisa Data

4.8.1 Pengolahan data

Kegiatan dalam pengolahan data meliputi : memeriksa data (*editing*), memberi kode (*coding*), dan menyusun data (*tabulating*). Kegiatan *editing* adalah memeriksa data yang telah terkumpul dari kuesioner, yang dilakukan dengan menjumlah yaitu memeriksa jumlah lembar dan isian kuesioner, serta melakukan koreksi terhadap kelengkapan pengisian kuesioner. Jika terdapat jawaban yang tidak jelas atau butir pertanyaan tidak terisi, responden diminta untuk melengkapinya. Sedangkan *coding* adalah pemberian kode dilakukan untuk mempermudah pengolahan data. Contoh

pemberian kode pada penelitian ini adalah R untuk responden, serta untuk karakteristik responden menggunakan kode angka. Pada tahap tabulating disesuaikan dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel-variabel yang diukur untuk mengetahui pengaruh *family centered care* terhadap *self efficacy* dan *quality of life*.

4.8.2 Analisa Data

4.8.2.1 Analisis deskriptif

Analisis ini digunakan untuk memberikan deskripsi data yang disajikan dalam bentuk tabel. Analisa ini digunakan untuk mendeskripsikan karakter responden dan variabel penelitian. Variabel yang berbentuk kategorik (jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan) atau dikategorisasikan (*self efficacy*, *quality of life*) disajikan dalam bentuk proporsi. Sedangkan variabel yang berbentuk numerik (umur, jumlah penghasilan dan lama sakit) disajikan berupa nilai tendensi sentral dalam bentuk mean, median, modus dan deviasi standar dengan CI 95%. Menurut Azwar (2010) pengkategorisasian dapat dilakukan dengan memperhatikan nilai mean dan standar deviasi dari variabel.

4.8.2.2 Analisis Inferensial

Analisis inferensial digunakan untuk menguji signifikansi variabel penelitian dengan menggunakan bantuan dari software SPSS, dilakukan untuk mengetahui :

- 1) Perbedaan *self efficacy* pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah pelaksanaan intervensi penyuluhan di dalam *family centered care* digunakan uji *paired t test*. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.
- 2) Perbedaan *self efficacy* pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan penyuluhan menggunakan uji *paired t test*. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.

- 3) Perbedaan *self efficacy* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menggunakan uji *independent t test*. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.
- 4) Perbedaan *quality of life* pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah pelaksanaan intervensi penyuluhan di dalam *family centered care* digunakan uji *paired t test*. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.
- 5) Perbedaan *quality of life* pada kelompok kontrol tanpa dilakukan intervensi menggunakan uji *paired t test*. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.
- 6) Perbedaan *quality of life* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menggunakan uji *independent t test*. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.
- 7) Mengetahui hubungan antara *self efficacy* dan *quality of life* pada penderita DM tipe 2 setelah pemberian *family centered care* dengan menggunakan metode penyuluhan menggunakan analisis korelasi Pearson.

Uji *paired t test* dilakukan karena peneliti ingin mengetahui perbedaan sebelum dan setelah pelaksanaan suatu intervensi di dalam suatu sampel dan datanya ratio. Sedangkan uji *t test independent* dilakukan karena peneliti ingin melakukan komparasi antar dua sampel bebas dan datanya ratio. Sedangkan untuk mengetahui hubungan antara *self efficacy* dan *quality of life* dilakukan analisis korelasi *pearson*. Hasil dari perhitungan akan menghasilkan angka dan tanda positif atau negatif. Interpretasi nilai korelasi (r) menurut Sugiyono (2000) adalah : 0,800 – 1,00 : sangat tinggi, 0,600-0,799 : tinggi, 0,400 – 0,599 : sedang, 0,200 – 0,399 : rendah, 0,000-0,199 : sangat rendah. Tanda positif menunjukkan bahwa dua variabel mempunyai hubungan positif, sedangkan tanda negatif menunjukkan bahwa kedua variabel mempunyai hubungan yang negatif. Maksudnya hubungan positif adalah jika

variabel ke-1 nilainya tinggi maka variabel ke-2 nilainya tinggi juga, begitupun sebaliknya. Tanda negatif menunjukkan bahwa semakin tinggi variabel ke -1 maka semakin rendah nilai variabel ke-2, begitupun sebaliknya.

Sebelum dilakukan uji *t test* maupun uji korelasi *Pearson* dilakukan uji normalitas menggunakan menggunakan uji *Shapiro-Wilk* dan uji homogenitas dengan *Levene's Test*. Data dikatakan terdistribusi normal jika nilai $p > \alpha$ sedangkan data dikatakan homogen jika $p > \alpha$ (α yang dipilih adalah 0,05). Jika setelah dilakukan uji tersebut didapatkan data tidak normal, maka uji *paired t test* diganti dengan menggunakan uji *Wilcoxon*, uji *t test independent* diganti dengan uji *Mann-Whitney*. Sedangkan uji *Pearson* diganti dengan uji *Spearman Rho*.

4.9 Masalah Etika

1) *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dari tujuan penelitian, setelah responden memberikan persetujuan maka responden harus menandatangani surat persetujuan. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden jika responden menolak untuk diteliti.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Nama responden dalam kuisisioner ditulis dengan inisial atau kode, hal ini untuk menjaga kerahasiaan dan privasi dari masing-masing responden.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti.

BAB 5
HASIL DAN ANALISIS

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya. Waktu penelitian dilaksanakan selama 6 minggu, yaitu mulai tanggal 26 Mei 2012 sampai dengan 6 Juli 2012. Puskesmas Kebonsari Surabaya adalah puskesmas milik pemerintah kota Surabaya yang terletak di Jalan Kebonsari Manunggal No.32 Surabaya. Puskesmas Kebonsari memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan balai pengobatan umum, KIA/KB, gizi, spesialis kulit kelamin, laboratorium dan apotek. Jam pelayanan di Puskesmas Kebonsari adalah hari Senin – Kamis (08.00 – 14.30), hari Jum'at (08.00 – 11.30) dan hari Sabtu (08.00 – 13.00). Puskesmas Kebonsari mempunyai 3 (tiga) puskesmas pembantu, yaitu di Jambangan, Karah dan Pagesangan.

5.2 Karakteristik Responden

5.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Penghasilan dan Lama Menderita Diabetes mellitus

Tabel 5.1
Distribusi responden berdasarkan usia, penghasilan dan lama menderita Diabetes mellitus di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya tanggal 26 Mei – 6 Juli 2012 (n perlakuan = 16, n kontrol = 16)

No.	Variabel	Mean	SD	Min-Maks
1.	Usia (tahun)			
	a. Kelompok perlakuan	59,44	7,908	45 – 73
	b. Kelompok kontrol	56,44	10,086	36 – 71
2.	Penghasilan (rupiah)			
	a. Kelompok perlakuan	1.500.000	353.600,000	1.000.000 – 2.000.000
	b. Kelompok kontrol	1.300.000	544.700,000	600.000 – 2.000.000

3.	Lama menderita Diabetes mellitus			
a.	Kelompok perlakuan	5,25	4,139	1 – 16
b.	Kelompok kontrol	5,5	6,663	1 – 26

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa rata-rata usia responden pada kelompok perlakuan adalah 59,44 tahun dan pada kelompok kontrol 56,44 tahun. Rata-rata penghasilan responden pada kelompok perlakuan adalah 1.500.000 rupiah dan pada kelompok kontrol 1.300.000 rupiah dan lama sakit yang diderita kelompok perlakuan rata-rata adalah 5,25 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol adalah 5,5 tahun.

5.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan dan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2
Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan jenis pekerjaan di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya tanggal 26 Mei – 6 Juli 2012 (n perlakuan = 16, n kontrol = 16)

No.	Variabel	Kategori	Jumlah	Presentase
1.	Jenis kelamin			
a.	Kelompok perlakuan	Laki-laki	7	43,75 %
		Perempuan	9	56,25 %
b.	Kelompok kontrol	Laki-laki	6	37,5 %
		Perempuan	10	62,5 %
2.	Pekerjaan			
a.	Kelompok perlakuan	Tidak bekerja	6	37,5 %
		Wirasawasta	6	37,5 %
		Pegawai swasta	0	0
		Pegawai negeri	0	0
		Petani	0	0
		Lain-lain	4	25 %
b.	Kelompok kontrol	Tidak bekerja	8	50 %
		Wirasawasta	4	25 %
		Pegawai swasta	1	6,25 %
		Pegawai negeri	1	6,25 %
		Petani	0	0
		Lain-lain	2	12,5 %
3.	Tingkat Pendidikan			
a.	Kelompok perlakuan	SD	2	12,5 %
		SLTP	7	43,75 %
		SLTA	7	43,75 %
		Perguruan Tinggi	0	0

b. Kelompok kontrol	SD	4	25 %
	SLTP	6	37,5 %
	SLTA	4	25 %
	Perguruan Tinggi	2	12,5 %

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar jenis kelamin responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol adalah perempuan, yaitu pada kelompok perlakuan 9 orang (56,25 %) sedangkan pada kelompok kontrol 10 orang (62,5 %). Berdasarkan jenis pekerjaan, sebagian besar jenis pekerjaan responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol adalah tidak bekerja, yaitu pada kelompok perlakuan 6 orang (37,5 %) sedangkan pada kelompok kontrol 8 orang (50 %). Sedangkan berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar tingkat pendidikan responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol adalah SLTP, yaitu pada kelompok perlakuan 7 orang (43,75 %) sedangkan pada kelompok kontrol 6 orang (37,5 %).

5.3 Hasil Penelitian

5.3.1 *Self Efficacy*

Tabel 5.3
Distribusi Nilai *Pre-Test* dan *Post-Test Self Efficacy*
pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol
di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya tanggal 26 Mei – 6 Juli 2012

No.	Variabel	Mean	SD	Min-Maks
1.	Kelompok perlakuan			
	a. <i>Pre-Test</i>	37,31	10,018	17 – 51
	b. <i>Post-Test</i>	37,88	10,353	17 – 51
2.	Kelompok kontrol			
	a. <i>Pre-Test</i>	38,88	7,553	23 – 50
	b. <i>Post-Test</i>	38,94	7,206	23 – 49

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa rata-rata nilai *self efficacy* responden sebelum intervensi pada kelompok perlakuan adalah 37,31 dan kelompok kontrol adalah 38,88. Sehingga untuk rata-rata nilai *self efficacy* pada kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan. Sedangkan rata-rata nilai *self efficacy* responden setelah intervensi pada kelompok perlakuan adalah 37,88 dan

kelompok kontrol adalah 38,94. Sehingga untuk rata-rata nilai *self efficacy* pada setelah intervensi pada kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan.

Berdasarkan lampiran 12 dapat diketahui bahwa terjadi peningkatan nilai rata-rata *self efficacy* pada kelompok perlakuan sebesar 0,57 yaitu dari rata-rata sebelum intervensi 37,31 menjadi 37,88 pada saat setelah intervensi. Dari 16 responden, terdapat 8 orang responden yang mengalami perubahan nilai *self efficacy* diantaranya pada responden laki laki terdapat peningkatan sebanyak 4 orang (50%), pada responden perempuan terdapat peningkatan sebanyak 3 orang (37%) dan terdapat penurunan nilai *self efficacy* pada 1 responden laki-laki (13%). Perubahan nilai *self efficacy* (*pre-post*) terbesar sebanyak 2 poin terdapat pada 3 responden laki-laki, sedangkan pada responden perempuan hanya 1 responden.

Peningkatan nilai *self efficacy* yang terjadi pada kelompok perlakuan yang terjadi pada 4 responden laki-laki usianya berada di rentang >50 tahun - < 70 tahun. Dari pendidikan responden, 3 orang (75%) berpendidikan SLTA dan 1 orang (25%) berpendidikan SLTP. Dari bidang pekerjaan, 2 orang responden (50%) bekerja sebagai wirasawasta dan sebanyak 2 orang responden (50%) adalah pensiunan. Dari penghasilan responden, sebanyak 2 orang responden (50%) mempunyai penghasilan sebanyak 2.000.000/[bulan, 1 orang responden (25%) sebanyak 1.500.000/bulan dan 1 orang responden (25%) yang tidak mempunyai penghasilan. Dari lama menderita Diabetes mellitus, sebanyak 2 orang responden (50%) selama 1 tahun, 1 orang responden (25%) selama 9 tahun dan 1 orang responden (25%) selama 16 tahun. Dari jangka waktu yang paling lama menderita Diabetes mellitus yaitu 16 tahun, peningkatan nilai *self efficacy* nya pada responden tersebut paling rendah dibandingkan dengan peningkatan nilai *self efficacy* responden yang lain.

Peningkatan nilai *self efficacy* yang terjadi pada kelompok perlakuan yang terjadi pada 3 responden perempuan usianya berada di rentang >50 tahun - < 60 tahun. Dari pendidikan responden, 1 orang berpendidikan SD, 1 orang berpendidikan SLTP dan 1 orang berpendidikan SLTA. Dari bidang pekerjaan, 3 orang responden (100%) tidak bekerja dan sebagai ibu rumah tangga. Dari penghasilan responden, sebanyak 3 orang responden (100%) tidak mempunyai penghasilan. Dari lama menderita Diabetes mellitus, sebanyak 1 orang responden selama 1 tahun, 1 orang responden selama 4 tahun dan 1 orang responden selama 7 tahun. Dari jangka waktu yang paling lama menderita Diabetes mellitus yaitu 7 tahun, peningkatan nilai *self efficacy* nya pada responden tersebut paling tinggi dibandingkan dengan peningkatan nilai *self efficacy* responden yang lain.

Penurunan nilai *self efficacy* yang terjadi pada kelompok perlakuan yang terjadi pada 1 responden laki-laki usianya berada di rentang >60 tahun - <70 tahun, dengan pendidikan SLTA dan pekerjaan sebagai pensiunan, dari penghasilan responden sebesar 1.500.000/bulan, lama menderita Diabetes mellitus selama 8 tahun.

Berdasarkan lampiran 12 dapat diketahui bahwa terjadi perubahan nilai rata-rata *self efficacy* pada kelompok kontrol sebesar 0,06 yaitu dari rata-rata *pre-test* 38,88 menjadi 38,94 pada saat *post-test* tanpa intervensi. Dari 2 orang responden yang mengalami perubahan nilai *self efficacy* pada kelompok kontrol diantaranya 1 orang responden perempuan (50%) mengalami penurunan nilai *self efficacy* dan 1 orang responden perempuan (50%) yang mengalami peningkatan nilai *self efficacy*.

Peningkatan nilai *self efficacy* pada kelompok kontrol terdapat pada 1 responden perempuan dengan rentang usia >50 tahun - <60 tahun, dengan

pendidikan SLTP, tidak bekerja (ibu rumah tangga), tidak mempunyai penghasilan dan lama menderita Diabetes mellitus selama 11 tahun.

Penurunan nilai *self efficacy* pada kelompok kontrol terdapat pada 1 responden perempuan dengan rentang usia >50 tahun - < 60 tahun, dengan pendidikan SLTP, tidak bekerja (ibu rumah tangga), tidak mempunyai penghasilan dan lama menderita Diabetes mellitus selama 3 tahun.

5.3.2 Quality of Life

Tabel 5.4
Distribusi Nilai *Pre-Test* dan *Post-Test* *Quality of Life*
pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol
di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya tanggal 26 Mei – 6 Juli 2012

No.	Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks
1.	Kelompok perlakuan					
	a. <i>Pre-Test</i>	60,31	62,50	64	6,640	44 – 69
	b. <i>Post-Test</i>	61,62	63,50	63	7,238	44 – 73
2.	Kelompok kontrol					
	a. <i>Pre-Test</i>	64,38	61	61	8,310	54 – 79
	b. <i>Post-Test</i>	64,31	61,50	54	8,356	23 – 49

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa rata-rata nilai *quality of life* responden sebelum intervensi pada kelompok perlakuan adalah 60,31 dan kelompok kontrol adalah 64,38. Sehingga untuk rata-rata nilai *quality of life* pada kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan. Sedangkan rata-rata nilai *quality of life* responden setelah intervensi pada kelompok perlakuan adalah 61,62 dan kelompok kontrol adalah 64,31. Sehingga untuk rata-rata nilai *quality of life* pada kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan.

Berdasarkan lampiran 12 dapat diketahui bahwa terjadi peningkatan nilai rata-rata *quality of life* pada kelompok perlakuan sebesar 1,31 yaitu dari rata-rata sebelum intervensi 60,31 menjadi 61,62 pada saat setelah intervensi. Diantara 16 responden, terdapat 10 orang responden yang mengalami perubahan nilai *quality*

of life, diantaranya peningkatan nilai *quality of life* pada 9 orang responden (90%) dan penurunan nilai *quality of life* pada 1 orang responden (10%) Dari 9 orang responden yang mengalami peningkatan nilai *quality of life* terdiri dari 5 orang responden perempuan (55%) dan 4 orang responden laki-laki (45%). Sedangkan yang mengalami penurunan nilai *quality of life* adalah 1 responden perempuan.

Peningkatan nilai *quality of life* yang terjadi pada kelompok perlakuan yang terjadi pada 5 responden perempuan usianya berada di rentang >45 tahun - <70 tahun. Dari pendidikan responden, 3 orang (60%) berpendidikan SLTP dan 2 orang (40%) berpendidikan SLTA. Dari bidang pekerjaan, 2 orang responden (40%) bekerja sebagai wirasawasta dan sebanyak 3 orang responden (60%) tidak bekerja (ibu rumah tangga). Dari penghasilan responden, sebanyak 2 orang responden (60%) mempunyai penghasilan sebanyak 1.500.000/bulan, 2 orang responden (40%) tidak mempunyai penghasilan. Dari lama menderita Diabetes mellitus sangat bervariasi, sebanyak 3 orang responden (60%) rentang 1-5 tahun dan 2 orang responden (40%) rentang >5-10 tahun. Dari jangka waktu yang paling lama menderita Diabetes mellitus yaitu 7 tahun, peningkatan nilai *quality of life* nya pada responden tersebut paling tinggi dibandingkan dengan peningkatan nilai *quality of life* responden yang lain.

Peningkatan nilai *quality of life* yang terjadi pada kelompok perlakuan yang terjadi pada 4 responden laki-laki usianya berada di rentang >50 tahun - < 70 tahun. Dari pendidikan responden, 3 orang (75%) berpendidikan SLTA dan 1 orang (25%) berpendidikan SLTP. Dari bidang pekerjaan, 3 orang responden (75%) sebagai pensiunan dan 1 orang responden (25%) sebagai wirasawasta. Dari penghasilan responden, sebanyak 1 orang responden (25%) mempunyai penghasilan sebanyak

2.000.000/bulan, 2 orang responden (50%) mempunyai penghasilan sebanyak 1.500.000/bulan dan 1 orang responden (25%) tidak mempunyai penghasilan. Dari lama menderita Diabetes mellitus sangat bervariasi, sebanyak 3 orang responden (75%) rentang 1-10 tahun dan 1 orang responden (25%) rentang >10-20 tahun. Dari jangka waktu yang paling lama menderita Diabetes mellitus yaitu 16 tahun, peningkatan nilai *quality of life* nya pada responden tersebut berada pada rentang rata-rata peningkatan nilai *quality of life*. Sedangkan peningkatan nilai tertinggi pada *quality of life* terdapat pada responden yang mengalami Diabetes mellitus selama 8 tahun.

Penurunan nilai *quality of life* yang terjadi pada kelompok perlakuan yaitu pada 1 responden perempuan, dengan rentang usia 50-60 tahun, tidak mempunyai pekerjaan (ibu rumah tangga), sehingga tidak mempunyai penghasilan dan menderita Diabetes mellitus selama 7 tahun.

Berdasarkan lampiran 12 dapat diketahui bahwa terjadi penurunan nilai rata-rata *quality of life* pada kelompok kontrol sebesar 0,07 yaitu dari rata-rata *pre-test* 64,38 menjadi 64,31 pada saat *post-test* tanpa intervensi.

Peningkatan nilai *quality of life* pada kelompok kontrol terdapat pada 1 responden perempuan dengan rentang usia >60 tahun - <70 tahun, dengan pendidikan SLTP, tidak bekerja (ibu rumah tangga), tidak mempunyai penghasilan dan lama menderita Diabetes mellitus selama 1 tahun.

Penurunan nilai *quality of life* pada kelompok kontrol terdapat pada 1 responden laki-laki dengan rentang usia >50 tahun - < 60 tahun, dengan pendidikan SD, bekerja sebagai wiraswasta, dengan penghasilan 600.000/bulan dan lama menderita Diabetes mellitus selama 12 tahun.

5.4 Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas

Tabel 5.5 Hasil Uji Normalitas dengan Shapiro-Wilk

No	Kelompok	Variabel	Test	Mean	SD	p
1	Perlakuan	<i>Self Efficacy</i>	<i>Pre test</i>	37,31	10,018	0,080
			<i>Post test</i>	37,88	10,353	0,078
		<i>Quality of Life</i>	<i>Pre test</i>	60,31	6,640	0,078
			<i>Post test</i>	61,62	7,238	0,426
2	Kontrol	<i>Self Efficacy</i>	<i>Pre test</i>	38,88	7,553	0,024
			<i>Post test</i>	38,94	7,206	0,029
		<i>Quality of Life</i>	<i>Pre test</i>	64,38	8,310	0,019
			<i>Post test</i>	64,31	8,356	0,024

Berdasarkan hasil uji normalitas sebagaimana tercantum pada tabel 5.9 dengan menggunakan Uji *Shapiro-Wilk* pada variabel *self efficacy* dan *quality of life* pada kelompok perlakuan dapat diketahui bahwa nilai $p > \alpha$ (0,05) jadi dapat dinyatakan bahwa data terdistribusi dengan normal. Sedangkan pada variabel *self efficacy* dan *quality of life* pada kelompok kontrol nilai $p < \alpha$ (0,05) jadi pada variabel tersebut dinyatakan bahwa data terdistribusi tidak normal.

Tabel 5.6 Hasil Uji Homogenitas dengan Lavene's test

No	Variabel	Test	Kelompok	F	p
1	<i>Self Efficacy</i>	<i>Pre test</i>	Perlakuan	3,755	0,062
			Kontrol		
2	<i>Quality of Life</i>	<i>Pre test</i>	Perlakuan	0,896	0,352
			Kontrol		

Berdasarkan hasil uji homogenitas sebagaimana tercantum pada tabel 5.6 dengan menggunakan Uji *Levene's* pada variabel *self efficacy* dan *quality of life* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat diketahui bahwa nilai $p > \alpha$ (0,05) sehingga dapat dinyatakan bahwa semua data homogen.

5.5 Hasil Uji Statistik

1) Pengaruh penyuluhan di dalam *family centered care* terhadap *self efficacy*

Tabel 5.7 Hasil Uji Paired t-test Self Efficacy pada Kelompok Perlakuan

Kelompok	<i>Self efficacy</i>	t	p
Perlakuan	<i>Pre test</i>	-2,058	0,057
	<i>Post test</i>		

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan hasil uji *paired t-test* pada kelompok perlakuan dengan nilai t hitung -2,058 dan $p\ 0,057 > 0,05$ (α), artinya tidak terdapat perbedaan nilai *self efficacy pre-test* dan *post-test* yang bermakna pada kelompok perlakuan yang diberikan penyuluhan di dalam *family centered care*. Walaupun pada hasil uji statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna *self efficacy* pada kelompok perlakuan, akan tetapi dari lampiran 12 dapat diketahui bahwa nilai *self efficacy* pada kelompok perlakuan lebih banyak mengalami peningkatan daripada kelompok kontrol.

Tabel 5.8 Hasil Uji Wilcoxon Self Efficacy pada Kelompok Kontrol

Kelompok	Self efficacy	z	p
Kontrol	<i>Pre test</i>	-0,447	0,655
	<i>Post test</i>		

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan hasil uji *Wilcoxon* pada kelompok kontrol dengan nilai z hitung -0,447 dan $p\ 0,655 > 0,05$ (α), artinya tidak terdapat perbedaan nilai *self efficacy pre-test* dan *post-test* yang bermakna pada kelompok kontrol yang tidak diberikan penyuluhan di dalam *family centered care*.

2) Perbedaan *Self Efficacy* pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.9 Hasil Uji Mann-Whitney Self Efficacy pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No	Variabel	z	p
1	<i>Self efficacy</i> kelompok perlakuan	-1,978	0,048
2	<i>Self efficacy</i> kelompok kontrol		

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui hasil uji *Mann-Whitney* terhadap variabel *difference* (Δ) nilai *pre-test* dan *post-test self efficacy* antara kelompok perlakuan dan kontrol, yaitu nilai Z hitung -1,978 dengan $p\ 0,048 < 0,05$ artinya terdapat perbedaan bermakna *difference* (Δ) *pre-test* dan *post-test* nilai *self efficacy* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

3) Pengaruh Penyuluhan di Dalam *Family Centered Care* Terhadap *Quality of Life*

Tabel 5.10 Hasil Uji *Paired t-test Quality of Life* pada Kelompok Perlakuan

Kelompok	<i>Quality of Life</i>	t	p
Perlakuan	<i>Pre test</i>	-1,926	0,073
	<i>Post test</i>		

Berdasarkan tabel 5.10 didapatkan hasil uji *Paired t-test* pada kelompok perlakuan dengan nilai t hitung -1,926 dan p 0,073 > 0,05 (α), artinya tidak terdapat perbedaan nilai *quality of life pre-test* dan *post-test* setelah diberikan penyuluhan di dalam *family centered care*. Walaupun pada hasil uji statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna *quality of life* pada kelompok perlakuan, akan tetapi dari lampiran 12 dapat diketahui bahwa nilai *quality of life* pada kelompok perlakuan lebih banyak mengalami peningkatan daripada kelompok kontrol.

Tabel 5.11 Hasil Uji *Wilcoxon Quality of Life* pada Kelompok Kontrol

Kelompok	<i>Quality of Life</i>	Z	p
Kontrol	<i>Pre test</i>	-0,447	0,655
	<i>Post test</i>		

Berdasarkan tabel 5.11 didapatkan hasil uji *Wilcoxon* pada pada kelompok kontrol didapatkan nilai Z hitung -0,447 dan p 0,655 > 0,05 (α), artinya tidak terdapat perbedaan nilai *quality of life pre-test* dan *post-test* pada kelompok kontrol yang tidak diberikan penyuluhan dalam *family centered care*.

4) Perbedaan *Quality of Life* pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.12 Hasil Uji *Mann-Whitney Quality of Life* pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No	Variabel	Z	p
1	<i>Quality of Life</i> kelompok perlakuan	-2,722	0,006
2	<i>Quality of Life</i> kelompok kontrol		

Berdasarkan tabel 5.12 dapat diketahui hasil uji *Mann-Whitney* terhadap variabel *difference* (Δ) nilai *pre-test* dan *post-test quality of life* antara kelompok perlakuan dan kontrol, yaitu nilai *Z* hitung -2,722 dengan p 0,006 < 0,05 artinya terdapat perbedaan bermakna variabel *difference* (Δ) nilai *pre-test* dan *post-test quality of life* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

5) Hubungan antara *self efficacy* dan *quality of life* setelah diberikan penyuluhan dalam *family centered care*

Berdasarkan hasil uji *Spearman rho* didapatkan nilai p 0,016 < 0,05 (α), artinya terdapat hubungan yang bermakna antara *self efficacy* dan *quality of life* setelah diberikan penyuluhan di dalam *family centered care*. Sedangkan nilai r_s hitung 0,591 menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang sedang (Sugiyono, 2000).

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* pasien Diabetes mellitus tipe 2

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan hasil bahwa terjadi rata-rata nilai *self efficacy* pada kelompok kontrol setelah intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata nilai *self efficacy* pada kelompok perlakuan, walaupun pada kedua kelompok baik kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama-sama terjadi peningkatan nilai *self efficacy*.

Peningkatan nilai *self efficacy* pada kelompok perlakuan lebih banyak pada responden laki-laki dari pada responden perempuan. Peningkatan juga terjadi pada responden dengan pendidikan paling tinggi SLTA dengan penghasilan 2.000.000/bulan. Dilihat dari lamanya menderita Diabetes mellitus, pada responden yang paling lama terkena yaitu 16 tahun, peningkatan *self efficacy* nya lebih sedikit dibandingkan dengan peningkatan nilai *self efficacy* pada responden lainnya. Sedangkan untuk responden perempuan yang jangka waktunya paling lama terkena yaitu 7 tahun, peningkatan nilai *self efficacy* nya pada responden tersebut paling tinggi diantara responden perempuan yang mengalami peningkatan lainnya.

Pada responden kelompok kontrol, terdapat 1 responden perempuan yang mengalami peningkatan nilai *self efficacy* dan 1 responden perempuan yang mengalami penurunan nilai *self efficacy*. Dari data kelompok perlakuan dan kelompok kontrol bisa dilihat bahwa variasi untuk terjadi perubahan nilai *self efficacy* banyak terdapat pada kelompok perlakuan dimana untuk jenis kelamin laki-

laki lebih banyak mengalami peningkatan daripada jenis kelamin perempuan. Jenjang pendidikan juga ikut mempengaruhi peningkatan, pada responden yang nilai *self efficacy* nya meningkat didominasi oleh responden yang lulusan SLTA, penghasilan juga ikut mempengaruhi perubahan nilai *self efficacy* terutama pada responden laki-laki, sedangkan pada responden perempuan tidak terlihat bahwa penghasilan mendominasi peningkatan nilai *self efficacy*.

Dari hasil uji statistik pada kelompok perlakuan dengan menggunakan *Paired t-test* yang tercantum di tabel 5.7 didapatkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna nilai *self efficacy pre-test* dan *post-test* pada kelompok yang diberikan penyuluhan di dalam *family centered care*. Walaupun pada hasil uji statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna, tetapi dapat dilihat pada lampiran 12 bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata *self efficacy* pada kelompok perlakuan, jumlah responden yang mengalami peningkatan juga lebih banyak pada kelompok perlakuan.

Dari hasil uji statistik pada kelompok kontrol dengan menggunakan *Wilcoxon Sign Rank test* yang tercantum di tabel 5.8 didapatkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna nilai *self efficacy pre-test* dan *post-test* pada kelompok yang tidak diberikan penyuluhan di dalam *family centered care*. Tetapi seperti terlihat pada lampiran 12, didapatkan bahwa 1 responden mengalami peningkatan dan 1 responden mengalami penurunan nilai *self efficacy*. Terjadi peningkatan dikarenakan responden pada saat masuk dalam responden penelitian, mengikuti acara posyandu lansia di daerahnya yang pada saat itu temanya tentang penatalaksanaan pada Diabetes mellitus, sehingga dimungkinkan dari pengetahuan yang didapat oleh responden tersebut akan mempengaruhi kognitif dari responden sehingga bisa

merubah perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2005). Ada 1 responden pada kelompok kontrol yang mengalami penurunan nilai *self efficacy*, hal ini dikarenakan pada saat terjadi penelitian, responden mendapatkan masalah ekonomi, dimana perilaku seseorang juga salah satunya dipengaruhi oleh tingkat sosial ekonomi (Notoatmodjo, 2005).

Dari hasil uji statistik *Mann-Whitney* pada variabel *difference* (Δ) nilai *pre-test* dan *post-test* didapatkan hasil ada perbedaan bermakna pada *self efficacy* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Jika dilihat dari lampiran 12 dapat disimpulkan bahwa antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama-sama terjadi peningkatan *difference* (Δ) nilai *pre-test* dan *post-test self efficacy*, walaupun pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan, tetapi nilainya lebih rendah daripada kelompok perlakuan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Walker, 2007 (cit. Rondhianto, 2010) waktu penerimaan seseorang terhadap penyakit yang dideritanya juga akan mempengaruhi *self efficacy* seseorang. Selain itu tingkat penghasilan yang lebih tinggi juga ikut berperan dalam *self efficacy* seseorang dikarenakan mereka akan mempunyai sumber daya ekonomi yang lebih untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang memadai dan sesuai. Selain itu berdasarkan lampiran 12 terlihat bahwa pada kelompok perlakuan jumlah responden laki-laki lebih banyak dari pada kelompok kontrol. Sehingga hal ini juga bisa berpengaruh terhadap perbedaan *self efficacy* pada kedua kelompok. Berdasarkan penelitian dari Mystakidou, 2010 (cit. Rodhianto, 2010) menyebutkan bahwa laki-laki memiliki *self efficacy* lebih tinggi dari pada perempuan. Pada hasil penelitian juga dapat diketahui bahwa perubahan

peningkatan *self efficacy* pada kelompok perlakuan lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki.

Menurut Bandura (1997), *self efficacy* terdapat 3 dimensi, diantaranya (1) *magnitude* (tingkat) dimana tingkat kesulitan seseorang juga akan berpengaruh pada pemilihan perilaku yang akan dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya, (2) *generality* (keadaan umum) dimana berbagai pengalaman pribadi yang dibandingkan dengan pengalaman orang lain juga mampu meningkatkan *self efficacy* seseorang, (3) *strength* (kekuatan) dimana dimensi ini merupakan kekuatan keyakinan yang dimiliki oleh seseorang akan kemampuan yang dimilikinya. Jika harapan seseorang lemah bisa jadi disebabkan oleh karena kegagalan, tetapi seseorang yang punya harapan yang kuat maka walaupun gagal, dia akan tetap mau berusaha. Menurut Bandura (1977), *self efficacy* seseorang itu dipengaruhi oleh beberapa faktor yang bisa menyebabkan *self efficacy* itu meningkat, menurun, diperoleh ataupun diubah, faktor yang bisa mempengaruhi diantaranya (1) pengalaman masa lalu seseorang, (2) pembelajaran dari pengalaman orang lain, (3) persuasi verbal dari orang lain, dan (4) kondisi emosional seseorang. Menurut Bandura (1994) suatu perubahan tingkah laku hanya akan terjadi apabila ada perubahan *self efficacy* pada individu yang bersangkutan. Perubahan *self efficacy* perlu dilakukan untuk memperbaiki kesulitan dan adaptasi tingkah laku individu yang memiliki masalah perilaku.

Menurut *Community Research* (2004), ada dua filosofi utama yang berhubungan dengan keluarga, yang pertama keluarga sebagai fokus dari perawatan dan yang kedua *family centered care* dimana pusat perawatannya ada pada keluarga dan pasien. Dalam hal ini jika keluarga juga mendapatkan pengetahuan tentang

penyakit anggota keluarganya, maka hal itu akan mendukung perbaikan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit. Jika sudah ada perbaikan kesehatan, maka diharapkan *self efficacy* anggota keluarga yang sakit bisa tumbuh dikarenakan adanya dukungan positif dari anggota keluarga yang lain.

6.2 Pengaruh *Family Centered Care* terhadap *Quality of Life* pasien Diabetes mellitus tipe 2

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan hasil bahwa pada rata-rata nilai *quality of life* pada kelompok kontrol lebih tinggi daripada kelompok perlakuan. Berdasarkan lampiran 12 didapatkan data bahwa terdapat peningkatan nilai rata-rata *pre-test* dan *post-test quality of life* pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan. Pada peningkatan nilai *quality of life*, responden perempuan lebih banyak mengalami peningkatan daripada responden laki-laki. Hal ini berbeda dengan pembahasan sebelumnya tentang peningkatan *self efficacy* dimana pada peningkatan *self efficacy* lebih banyak pada responden laki-laki. Pada kelompok perlakuan, ada responden yang mengalami peningkatan nilai *quality of life* dengan nilai yang cukup tinggi, hal ini disebabkan karena responden mendapatkan penyuluhan dan juga berobat ke dokter, sehingga pengetahuan responden bertambah dan keluarga juga sangat mendukung tentang perbaikan kondisi responden serta diet Diabetes mellitus responden, sehingga nilai *quality of life* nya bertambah sangat tinggi (11 poin) dibandingkan dengan responden lain. Dari peningkatan nilai *quality of life*, sebagian besar mempunyai pendidikan SLTA, sedangkan pekerjaannya adalah pensiunan. Untuk lama menderita Diabetes mellitus, kebanyakan responden berada pada rentang 1-10 tahun. Hal ini juga akan berpengaruh pada *quality of life*

seseorang, dimana pengetahuan, perilaku diet dan latihan fisik dapat mempengaruhi *quality of life* seseorang (Rose, 2002). Pada responden yang pensiunan, maka kegiatan yang dilakukan adalah kebanyakan aktifitas fisik untuk mengisi kesibukannya sehari-hari.

Dari hasil uji statistik *Paired t-test* pada tabel 5.10 didapatkan hasil pada kelompok perlakuan bahwa tidak terdapat perbedaan nilai *quality of life pre-test* dan *post-test* setelah diberikan penyuluhan dalam *family centered care*. Walaupun pada hasil uji statistik didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna nilai *quality of life pre-test* dan *post-test*, akan tetapi dari lampiran 12 dapat diketahui bahwa nilai *quality of life* pada kelompok perlakuan lebih banyak daripada kelompok kontrol.

Dari hasil uji statistik *Wilcoxon Sign Rank* pada tabel 5.11 didapatkan hasil pada kelompok kontrol bahwa tidak terdapat perbedaan nilai *quality of life pre-test* dan *post-test* tanpa diberikan penyuluhan dalam *family centered care*.

Dari hasil uji statistik *Mann-Whitney* pada variabel *difference* (Δ) nilai *pre-test* dan *post-test* didapatkan hasil ada perbedaan bermakna pada *quality of life* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Jika dilihat dari lampiran 12 dapat disimpulkan bahwa antara kelompok perlakuan terjadi peningkatan *difference* (Δ) nilai *pre-test* dan *post-test quality of life*.

Menurut Polonsky (2000), alasan seseorang yang terkena Diabetes mellitus harus mempertahankan *quality of life* ada 2, diantaranya (1) Diabetes mellitus adalah penyakit kronik yang tidak bisa diobati secara tuntas, sehingga jika hal itu tidak terkontrol dengan baik, maka akan menjadi lebih buruk, (2) *quality of life* yang rendah pada seseorang akan dapat memperburuk gangguan metabolik baik secara

langsung maupun tidak langsung. Menurut WHO, 2003 domain dalam *quality of life* ada 4 domain, diantaranya (1) aspek fisik, (2) aspek psikologis yang dalam hal ini salah satunya adalah perasaan positif dalam melakukan sesuatu yang mendukung untuk kesehatannya, (3) hubungan sosial, dimana dalam hal ini adanya dukungan dari teman, keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan, (4) lingkungan.

Dari hasil penelitian yang didapatkan hasil bahwa *quality of life* pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan, hal ini dikarenakan pada saat penyuluhan dalam *family centered care*, responden dan keluarga diberikan pengetahuan tentang penyakit Diabetes mellitus dan juga tentang perawatan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Hal ini juga akan bisa meningkatkan *quality of life* seseorang dalam menikmati kehidupan dengan sakit yang dideritanya. Sedangkan pada kelompok kontrol, ada responden yang mendapatkan pengetahuan ada yang tidak, pengetahuan yang didapatkanpun juga tidak diperoleh seluruh anggota keluarga, hanya beberapa anggota keluarga saja, sehingga *quality of life* responden tidak mengalami peningkatan sama sekali.

6.3 Hubungan antara *Self Efficacy* dan *Quality of Life* pasien Diabetes mellitus tipe 2

Berdasarkan hasil uji *Spearman rho* didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan dengan kekuatan korelasi sedang yang bermakna antara *self efficacy* dan *quality of life* setelah diberikan penyuluhan di dalam *family centered care*.

Menurut Bandura (1994) perubahan tingkah laku hanya akan terjadi apabila adanya perubahan *self efficacy* pada individu yang bersangkutan. *Self efficacy* akan mempengaruhi empat proses dalam diri manusia, yaitu proses kognitif, motivasional,

afektif dan seleksi. Dari segi proses kognitif, *self efficacy* akan berpengaruh terhadap bagaimana pola pikir yang dimiliki seseorang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. Sebagian besar individu akan berpikir dahulu sebelum melakukan suatu tindakan. Seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi akan dapat mendorong seseorang untuk melakukan tindakan untuk mencapai kesuksesan sehingga bisa memperkuat *self efficacy* seseorang. Dari proses motivasional, seseorang dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. *Self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Dari proses afektif, *self efficacy* akan mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya akan mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, tetapi sebaliknya jika seseorang memiliki *self efficacy* yang tinggi maka akan bisa menurunkan tingkat stres dan kecemasan. Dari proses seleksi akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

Dari hasil penelitian didapatkan ada korelasi positif antara *self efficacy* dengan *quality of life*. Pada hasil penelitian memang didapatkan hasil *self efficacy* meningkat pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Seseorang yang memiliki *self efficacy* yang baik, akan mendorong seseorang untuk berperilaku yang positif dalam kehidupannya, sehingga dalam menjalani penyakit Diabetes mellitus yang dideritanya, penderita mampu mempertahankan dietnya, dan mampu melakukan pola hidup yang sehat sesuai dengan diet Diabetes mellitus. Dalam proses penyuluhan dalam *family centered care* pada penderita dan keluarganya, maka penderita dan keluarga akan mendapatkan pengetahuan tentang Diabetes mellitus. Pengetahuan

yang didapat oleh penderita dan keluarganya akan mengalami proses keognitif, dimana penderita dan keluarga akan menjadi tahu, selanjutnya diharapkan bisa memahami materi penyuluhan yang diberikan, sehingga penderita dan keluarga diharapkan bisa mengaplikasikan pengetahuan yang telah didapatkan tersebut dalam kehidupan sehari-hari. Pengetahuan yang didapat yang telah diaplikasikan dengan baik, maka akan memperbaiki kondisi seseorang untuk lebih patuh pada diet yang dijalani sehingga penderita bisa mengontrol kadar gulanya dengan baik. Jika penderita bisa mengontrol kadar gulanya dengan baik, secara tidak langsung kualitas hidup penderita akan meningkat karena dengan keinginan yang konsisten untuk tetap mempertahankan kadar gula darah dalam rentang normal maka *quality of life* nya juga akan meningkat.

BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka kesimpulan yang didapat adalah sebagai berikut:

- 1) Pemberian penyuluhan dalam *family centered care* memberikan pengaruh yang signifikan dalam peningkatan *self efficacy* pasien Diabetes mellitus tipe 2.
- 2) Penerapan penyuluhan di dalam *family centered care* memberikan pengaruh yang signifikan dalam peningkatan *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2.
- 3) Terdapat hubungan yang positif antara *self efficacy* dan *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2. Dimana peningkatan *self efficacy* akan berpengaruh terhadap peningkatan *quality of life*.

7.2 Saran

- 1) *Family centered care* merupakan salah satu model yang baru dikembangkan dalam keperawatan, oleh karena itu perlu adanya sosialisasi kepada para perawat tentang metode *family centered care*, sehingga metode ini bisa dilakukan di semua tatanan pelayanan kesehatan.
- 2) Perawat dapat mengaplikasikan penyuluhan yang menggunakan konsep *family centered care* dalam melakukan pendidikan kesehatan pada pasien Diabetes mellitus tipe 2 sehingga akan meningkatkan *self efficacy* dan *quality of life* pasien sehingga akan lebih meningkatkan pengelolaan diabetes secara mandiri

oleh pasien dan keluarga dan terjadi kerjasama, kolaborasi antara pasien dan keluarganya.

- 3) Penelitian lanjutan dalam jangka waktu yang lebih lama dengan sampel yang lebih besar dapat dilakukan untuk mengevaluasi pengaruh penyuluhan dalam *family centered care* terhadap *self efficacy* ataupun *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2.
- 4) Penelitian lanjutan yang lebih mendalam dapat dilakukan untuk mengevaluasi faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap *self efficacy* dan *quality of life*, seperti : faktor-faktor internal dan eksternal dari penderita, misal: faktor demografi, tipe kepribadian, kualitas dukungan sosial dan lain-lain.
- 5) Penelitian lanjutan dengan menggunakan parameter objektif, yaitu perubahan kadar gula darah puasa atau perubahan nilai Hb A1C dapat dilakukan untuk mengevaluasi pengaruh penyuluhan dalam *family centered care* terhadap *self efficacy* dan *quality of life*.
- 6) Penelitian lanjutan dengan memodifikasi kuesioner yang digunakan dalam pengukuran *self efficacy* dan *quality of life*, dengan menambahkan *daily activities* pada penderita Diabetes mellitus tipe 2 sehingga *quality of life* bisa dilihat dengan lebih objektif.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes-2012. *Journal of Diabetes Care*, Vol.35, Supplement 1, January 2012, S11-S63. Diperoleh dari <http://care.diabetesjournals.org/> pada tanggal 18 April 2012.
- ADA. (2012). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes Care*, Vol.35, Supplement 1, January 2012, S64-S71. Diperoleh dari <http://care.diabetesjournals.org/> pada tanggal 18 April 2012.
- Alligood M.R., Tomey Ann Marriner, (2006). *Nursing Theorists and Their work*. Ed.6 USA : Mosby Inc.
- Almatsier, S. (2004). *Penuntun Diet*. Edisi ke-2. Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Andrews M. Susan. (2009). Patient Family – Centered Care ini the Ambulatory Surgery Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24 (4), 244-246.
- Anggina L.L., Hamzah Ali, Pandhit. (2010). Hubungan antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Diabetes Mellitus dalam Melaksanakan Program Diet di Poli Penyakit Dalam RSUD Cibabat Cimahi. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy*. Diperoleh dari <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html> pada tanggal 3 Februari 2012.
- Basuki, E. (2011). Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu. Dalam Soegondo et all (Ed.). *Tehnik Penyuluhan Diabetes Mellitus*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Boedisantoso, A., Subekti, I.,(2011). Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu. Dalam Soegondo et all (Ed.). *Komplikasi Akut Diabetes Mellitus*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Borrot N., Bush R., (2008). *Measuring Quality of Life among those with type 2 diabetes in primary care*. Diakses 15 Februari 2012, dari Healthy Communities Research Centre, The University of Queensland Web site : <http://www.uq.edu.au/health/healthycomm/docs/QoL.pdf>
- Choi Yong Jun, Kim Ho Tae., (2011). “The Relationship between Diabetes Mellitus and Health-Related Quality of Life in Korean Adults : The Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2007-2009). *Diabetes & Metabolism Journal*. 35:587-594

- Community Research, Planning and Evaluation Team. (2004). Putting Family-Centered Care Philosophy into Practice. *Centre for Addiction and Mental Health*.
- Davidson, Judy E.,(2009). *Family-Centered care Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness*. Diakses 16 Maret 2012, dari web site : <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/3/28.short>
- Dharma Kelana K., (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta : Trans Info Media.
- Diener,E.,Suh,E.M.,Lucas,R.,&Smith,H.L.(1999). Subjective well-being:three decades of progress.*Psychological Bulletin*, 125 (2), 276 – 302.
- Friedman, Marilyn M., Vicky R.Bowden, Elaine G.Jones. (2010). Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori & Praktik. Ed.5. Jakarta : EGC
- Gustaviani R.,(2006). Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes mellitus. Dalam Sudoyo W.Aru, Setiyohadi Bambang, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (Ed.). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Ed.IV (hal. 1857-1859). Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hariyono, (2010). *Hubungan antara Self Care dan Lama Menderita dengan Kualitas Hidup penderita Diabetes Mellitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang*. Thesis FKP Unair. Tidak dipublikasikan. Surabaya : FKP Unair
- Herijulianti, dkk. (2002). *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta : EGC
- Huang I-Chan, Hwang Chyng-Chuang, Lin Wender. (2008). Diabetes-Specific or Generic Measures for Health-Related Quality of Life?Evidence from Psychometric Validation of the D-39 and SF-36. *Value in Health*, 11(3).
- Ilyas, Ermita.(2011). Olahraga bagi Diabetisi. Dalam Soegondo et all (Ed.).*Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Mellitus Terkini*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Kuntoro. (2008). *Metode Sampling dan Penentuan Besar Sampel*. Surabaya : Pustaka Melati
- Kuntoro. (2008). *Metode Statistik*. Surabaya : Pustaka Melati
- Luszczynska A., Scholz U., Schwarzer R.. (2005). The General Self-Efficacy Scale : Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457.

- McDowell J, Courtney M, Edwards H, Shortridge-Baggett L. (2005) Validation of the Australian/English version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale. *International Journal Nursing Practice*, 11 : 177-84.
- McGuire, Sandra L., Eigsti, Diane Gerber.,(1998). Family-Centered Approach to Community Health Nursing Practice. *Comprehensive Community Health Nursing, Family, Aggregate, & Community Practice*. Ed.V (hal.158 – 232) Missouri : Mosby.
- Mitchell M., Chaboyer W., Burmeister E., Foster M.. (2009). Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-Centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care*, 18, 543-552.
- Muninjaya (2004). Manajemen Kesehatan. Jakarta : EGC
- Notoatmodjo, S.(2005). Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nyunt SW, Howteerakul N, Suwannapong N,. (2010). Self-efficacy, Self-care Behaviors and Glycemic Control Among Type-2 Diabetes patients Attending Two Private Clinics in Yangon, Myanmar. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 41 (4) : 943 – 951.
- O'Connor,R.(2004). *Measuring quality of life in health*. Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2011). Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia, PB PERKENI. Jakarta
- Polonsky, W.H. (2000). Understanding and assesing diabetes-specific quality of life. *Diabetes Spectrum*, 13(1), 36 – 41.
- Rochmi W, (2009). *Pengaruh Peer Support terhadap Diabetes Self Care Attitudes pada Penderita Diabetes mellitus tipe 2 di Desa Ngampel Kec.Papar Kediri*. Skripsi FKP Unair. Tidak dipublikasikan. Surabaya : FKP Unair
- Rondhianto, (2011). *Pengaruh Diabetes Self management education Dalam Discharge Planning terhadap Self Efficacy dan Self Behaviour Pasien Diabetes Mellitus tipe 2*. Thesis FKP Unair. Surabaya : FKP Unair.
- Rose, M.,Fliege,H.,Hildebrandt,M.,Schirop,T.,&Klapp,B.F. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25 (1), 35 – 42.
- Setyowati S., Murwani A., (2008). *Asuham Keperawatan Keluarga : Konsep dan Aplikasi Kasus*. Ed. Revisi. Jogjakarta : Mitra Cindikia

- Shi, Q., S. K Ostwald, and S. Wang (2010). Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 398–404. Diperoleh dari <http://www.clinicalnursingjournal.org/>. pada tanggal 12 Februari 2012.
- Shortridge-Baggett, L.M. (2001). Self Efficacy : Measurement and Intervention in Nursing. *Scholar Inquiry for Nursing Practice : An International Journal*. 15 (3). 183-188. Diperoleh dari <http://scholarinquiryofnursingpracticejournals.org/> akses pada tanggal 12 Februari 2012
- Suyono, S. (2011). Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu. Dalam Soegondo et all (Ed.).*Patofisiologi Diabetes Mellitus*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Soegondo, S.(2011). Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu. Dalam Soegondo et all (Ed.).*Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Mellitus Terkini*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Sukarji, K.(2011). Penatalaksanaan Gizi pada Diabetes mellitus. Dalam Soegondo et all (Ed.).*Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Mellitus Terkini*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- The WHOQoL project. *Quality of Life*, retrieved November 28th from <http://acpmh.unimelb.edu>.
- Tjokroprawiro, A., et all (2008). *Diabetes Mellitus. Dalam Pedoman Diagnosis dan Terapi Bag/SMF Ilmu Penyakit Dalam*. Ed. III (85-90). Surabaya : Rumah Sakit Umum Dokter Soetomo.
- Tjokroprawiro, A., (2011). *Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes : Panduan Lengkap Pola Makan untuk Penderita Diabetes*. Ed.revisi ke-3. Jakarta : PT.Gramedia Pustaka Utama anggota IKAPI.
- Ventegodt, S.(2003). *Quality of Life Theory*. The IqoL Theory : An Integrative Theory of The Global of Life Concept, Ben Gurion University, Denmark.
- Vivienne Wu S., Courtney M., Edwards H., McDowell J., et all. (2008). Development and Validation of the Chinese version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 534-542.
- Wardhani Putri Wisnu. (2009). *Hubungan Nilai Budaya Uncertainty Avoidance (UA) dengan Tingkah Laku Inovatif*. Skripsi Fpsi Universitas Indonesia. Jakarta : Universitas Indonesia.

- Waspadji, S. (2009). *Pedoman Diet Diabetes Mellitus*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Waspadji, S.(2011). Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu. Dalam Soegondo et all (Ed.).*Diabetes Mellitus : Mekanisme Dasar dan Pengelolaannya yang Rasional*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- WHOQoL Group, (2009). *WHOQoL – BREF, Introduction, Administration, scoring, and generic version of the assessment, field trial version*. Retrieved November 28th, 2002 from <http://www.popcouncil.org/horizontal/>.
- World Health Organization, (2003). *Health Topics : Diabetes*. Diakses 1 Maret 2012, dari http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus
- World Health Organization, (2012). *Health Topics : Diabetes*. Diakses 26 Pebruari 2012, dari http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus
- Wu, S. F. (2007). Effectiveness of Self Management for Persons with type 2 diabetes following the Implementation of a Self Efficacy enhancing Intervention Program in Taiwan. *Quensland University of Technology; Schooll of Nursing*. Diperoleh dari <http://eprints.qut.edu.au/> pada tanggal 10 Februari 2012

LAMPIRAN



Lampiran 1

PEMERINTAH KOTA SURABAYA¹¹³ DINAS KESEHATAN

Jl. Jemursari No. 197. Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8473728
SURABAYA (60243)

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 ~~42385~~ / 436.6.3 / 2012

Memperhatikan Surat

Dari : Dekan Prodi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya

Tanggal : 9 Februari 2012

Hal : Pengambilan Data

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :

Nama : **Nety Mawarda Hatmanti , S.Kep.Ns**

NIM : 131041071

Pekerjaan : Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya

Alamat : Genengan RT / RW : 02/01 Desa Genengan Kec. Kawedanan
Kabupaten Magetan

Tujuan : Penyusunan Proposal Penelitian

Tema Penelitian : Pengaruh Family Centered Care Terhadap Self Efficacy dan
Quality of Life Pada Diabetes Tipe II

Lamanya Penelitian : Bulan Maret s/d Bulan April Tahun 2012

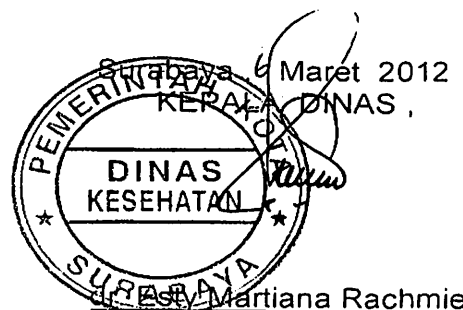
Daerah / tempat penelitian : Puskesmas Kebonsari

Dengan Syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan – ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey / penelitian .
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey / penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas kesehatan Kota Surabaya .
4. Surat ijin ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi Syarat – syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan Kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan , pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.

Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.



Surabaya, 6 Maret 2012
Kepala Dinas,
Martiana Rachmie
Pembina Utama Muda

NIP. 19570328198512.2.001
NETY MAWARDA HATMANTI



**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 36-665/H3.13/PPd/2012

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa proposal yang berjudul :

**"Peningkatan *Self Efficacy* dan *Quality Of Life* Melalui Pelaksanaan
Family Centered Care Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2
di Puskesmas Kebonsari Surabaya"**

Peneliti Utama : Nety Mawarda Hatmanti, S.Kep.Ns.
Program Studi / Fakultas : Magister Keperawatan – FKp Universitas Airlangga
Unit/Lab. Tempat Penelitian : Puskesmas Kebonsari Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 24 Mei 2012

Ketua,
Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR



Prof. Dr. G.N. Astika, Apt.
NIP. 19430524 197302 1 001

Lampiran 3

LEMBAR PENJELASAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nety Mawarda Hatmanti, S.Kep, Ns

NIM : 131 041 071

Mahasiswa : Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul **“Perubahan *Self Efficacy* dan *Quality of Life* melalui Pelaksanaan *Family Centered Care* pada Penderita Diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kebonsari Surabaya”**

Berikut adalah beberapa hal yang perlu saya informasikan terkait dengan keikutsertaan anggota keluarga sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian adalah meningkatkan *self efficacy* (keyakinan) dan *quality of life* (kualitas hidup) pada penderita Diabetes mellitus tipe 2 melalui pelaksanaan *family centered care* (perawatan berpusat pada keluarga dan penderita).
2. Manfaat penelitian adalah mengembangkan ilmu keperawatan khususnya terutama pada Keperawatan Medikal Bedah (pengelolaan Diabetes mellitus tipe 2) dan Keperawatan Komunitas (*family centered care*/perawatan yang berpusat pada keluarga). Manfaat untuk responden adalah untuk memandirikan penderita Diabetes mellitus tipe 2 dan keluarga dalam meningkatkan *self efficacy* (keyakinan) dan *quality of life* (kualitas hidup) pada penderita.
3. *Family Centered Care* akan diberikan dengan metode penyuluhan kepada pasien dengan keluarga selama 3 kali pertemuan (@ 60 menit) dengan jadwal pertemuan yang disepakati, dimana sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan, responden mengisi kuesioner tentang fungsi keluarga dalam perawatan keluarga yang sakit, kuesioner *self efficacy* (keyakinan) dan kuesioner *quality of life* (kualitas hidup).
4. Penyuluhan yang akan dilakukan oleh peneliti dilaksanakan di rumah kader paguyuban Diabetes mellitus (Bu Gumono : 0318286118) selama 3 kali pertemuan. Penyuluhan yang dilakukan telah mendapat persetujuan dari Puskesmas Kebonsari Surabaya, dimana penanggung jawab Puskesmas dalam

hal ini adalah Kepala Puskesmas Kebonsari (dr.Adhen.k Purwo Handhenny : 03170584059)

5. Pada pertemuan penyuluhan yang kedua, peneliti bekerjasama dengan pihak ahli gizi Puskesmas dalam penyampaian materi gizi pada Diabetes mellitus, dalam hal ini di bawah penanggung jawab Bapak Supriadi, AKG (087851717027).
 6. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan penyuluhan yang diberikan maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden dan bila ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi saya (Nety Mawarda Hatmanti) di 085648291326 dengan alamat Jalan Lapangan Dharmawangsa No.30 Surabaya
 7. Pada akhir penelitian, responden mendapatkan penghargaan berupa cinderamata dari peneliti berupa sembako.
 8. Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bukan merupakan suatu paksaan, melainkan atas dasar sukarela. Oleh karena itu, Bapak/Ibu/Saudara berhak memutuskan untuk melanjutkan ataupun menghentikan keikutsertaan karena alasan tertentu yang dikomunikasikan kepada peneliti.
 9. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan.
 10. Semua responden akan mendapat perlindungan dan perlakuan yang sama
- Dengan penjelasan tersebut di atas, kami berharap Bapak/Ibu/Saudara bersedia menjadi responden penelitian ini. Atas kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Surabaya,2012

Yang Menerima Penjelasan

Peneliti,

.....

Nety Mawarda H., S.Kep, Ns

Saksi

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Bapak/Ibu Calon Responden
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari
Surabaya

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini Nety Mawarda Hatmanti, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, bermaksud mengadakan penelitian dengan judul :

“ Perubahan Self Efficacy dan Quality of Life melalui Pelaksanaan Family Centered Care pada Penderita Diabetes mellitus tipe 2”

Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Bapak/Ibu maupun keluarga. Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Nety Mawarda H.

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, dan mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya bersedia/tidak bersedia * turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yaitu :

Nama : Nety Mawarda Hatmanti, S.Kep, Ns.

NIM : 131041071

Judul : “ Perubahan *Self Efficacy* dan *Quality of Life* melalui Pelaksanaan *Family Centered Care* pada Penderita Diabetes mellitus tipe 2”

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa ada paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,2012

* Coret yang tidak perlu

Lampiran 6

KUESIONER PENELITIAN

Judul penelitian : “ Perubahan *Self efficacy* dan *Quality of life* melalui Pelaksanaan *Family Centered Care* pada penderita Diabetes mellitus tipe 2”

A. DATA DEMOGRAFI

Nama responden : (Boleh Inisial)
 Usia : Tahun
 Jenis kelamin : laki-laki/perempuan *)
 Alamat :
 (harus diisi) :
 Telp : (harus diisi)

Pendidikan terakhir : a. SD
 b. SLTP
 c. SLTA
 d. Perguruan Tinggi

Pekerjaan saat ini : a. Tidak bekerja
 b. Wiraswasta
 c. Pegawai Swasta
 d. Pegawai Negeri
 e. Petani
 f. Lain-lain :

Pendapatan / bulan : Rp.

Lama menderita diabetes :

B. PETUNJUK PENGISIAN

1. Sebelum menjawab pertanyaan, dimohon membaca dengan teliti setiap pertanyaan
2. Berilah tanda silang (X) atau check (√) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan saudara/bapak/ibu
3. Semua jawaban adalah benar dan tidak ada jawaban yang salah
4. Semua jawaban akan dirahasiakan dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian ini.
5. Cara menjawab sesuai petunjuk pada masing-masing kuesioner

Lampiran 7

KUESIONER FAMILY CENTERED CARE**(Pengisian dilakukan oleh keluarga penderita Diabetes mellitus)****Petunjuk Pengisian :**

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti dan penuh seksama.
2. Centanglah pada pilihan jawaban yang menurut anda anggap paling benar atau sesuai.
3. Semua jawaban adalah benar dan tidak ada jawaban yang salah.
4. Semua jawaban akan dirahasiakan dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian ini.

No.	Pertanyaan		
1.	Apakah anda mengetahui bahwa ada anggota keluarga anda yang menderita Diabetes mellitus ?	<input type="checkbox"/> Mengetahui	<input type="checkbox"/> Tidak Mengetahui
2.	Apakah anda mengetahui tentang penyakit Diabetes mellitus ?	<input type="checkbox"/> Mengetahui	<input type="checkbox"/> Tidak Mengetahui
3.	Apakah anda mengetahui cara penatalaksanaan Diabetes mellitus saat di rumah ?	<input type="checkbox"/> Mengetahui	<input type="checkbox"/> Tidak Mengetahui
4.	Apakah anda menyediakan menu khusus untuk anggota keluarga yang terkena Diabetes mellitus ?	<input type="checkbox"/> Iya, selalu <input type="checkbox"/> Iya, kadang-kadang	<input type="checkbox"/> Tidak Pernah
5.	Apakah anda mengetahui kapan jadwal kontrol anggota keluarga yang terkena Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Mengetahui	<input type="checkbox"/> Tidak Mengetahui

Lampiran 8

EFIKASI DIRI PENGELOLAAN DIABETES
(Diabetes Management Self Efficacy Scale (DMSES))

Petunjuk :

1. Daftar pertanyaan di bawah ini adalah perilaku atau tindakan yang akan anda lakukan dalam melakukan pengelolaan penyakit Diabetes Melitus anda.
2. Silahkan di baca masing-masing pertanyaan dengan cermat kemudian lingkarilah angka di bawah pertanyaan yang menunjukkan keyakinan anda pada aktivitas yang akan anda lakukan
3. Ketentuan :
 1: Tidak yakin 3: Yakin
 2: Kurang yakin 4: Sangat yakin
4. Jika anda sangat yakin mampu melakukannya, maka lingkarilah angka 4. Namun jika anda merasa bahwa anda tidak mampu sekali melakukannya maka lingkarilah angka 1 atau anda bisa pilih angka lainnya.

No	Pertanyaan	Skor			
		1	2	3	4
1	Saya mampu melakukan pemeriksaan kadar gula darah secara mandiri (jika saya merasa hal itu perlu dilakukan)	1	2	3	4
2	Ketika saya merasa kadar gula darah saya terlalu tinggi (misal : sering kencing, sering merasa haus, badan terasa lemah, dll) saya mampu memperbaiki kadar gula darah saya ke dalam kadar gula normal (misal : mengganti makanan yang saya biasa saya makan atau makan makanan yang berbeda, olahraga, dll)	1	2	3	4
3	Ketika saya merasa kadar gula darah saya terlalu rendah (misal : mual, keringat dingin, gangguan konsentrasi, jantung berdebar-debar, dll) saya mampu memperbaiki kadar gula darah saya ke dalam kadar gula normal (misal : mengganti makanan yang biasa saya makan atau makan makanan yang berbeda).	1	2	3	4
4	Saya mampu memilih makanan yang sehat dan terbaik sesuai dengan diet DM untuk menjaga kondisi kesehatan saya	1	2	3	4
5	Saya mampu memilih makanan yang beraneka ragam dengan tetap menjaga pola diet saya	1	2	3	4
6	Saya mampu menjaga berat badan saya dalam batasan berat badan ideal (BBI).	1	2	3	4
7	Saya mampu melakukan pemeriksaan pada kaki secara mandiri setiap hari (misal : ada luka, mengupas, dll)	1	2	3	4
8	Saya mampu untuk tetap menjaga pola makan yang sehat sesuai diet DM walaupun ketika saya sakit	1	2	3	4
9	Saya mampu mengikuti pola makan yang sehat (diet DM) yang dianjurkan oleh tim kesehatan sepanjang waktu	1	2	3	4
10	Ketika saya melakukan aktivitas fisik lebih dari biasanya, saya mampu melakukan penyesuaian pola makan saya.	1	2	3	4
11	Saya mampu menjaga pola makan yang sehat (diet DM) walaupun saya tidak berada di rumah.	1	2	3	4
12	Saya mampu memilih makanan yang beraneka ragam dan tetap menjaga pola makan diet yang sehat, ketika saya tidak berada di rumah, misal : memilih makanan yang ada di rumah makan/restoran.	1	2	3	4
13	Saya mampu menjaga pola makan yang sehat (diet DM) walaupun saya di acara pesta (perkawinan, khitanan, dll)	1	2	3	4
14	Saya mampu memilih makanan yang sehat dari beragam makanan yang ada ketika saya makan di luar rumah atau pada saat makan di tempat pesta.	1	2	3	4
15	Saya mampu menjaga pola makan sehat (diet DM), ketika saya sedang merasa tertekan/stres/cemas	1	2	3	4

Lampiran 9

**KUESIONER KUALITAS HIDUP
(QUALITY OF LIFE)**

Petunjuk :

1. Daftar pertanyaan di bawah ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal lain dalam hidup anda.
2. Silahkan di baca masing-masing pertanyaan dengan cermat kemudian lingkarilah angka di bawah pertanyaan yang paling sesuai.

No.		Tidak pernah	Sedikit	Sangat sering	Sering sekali
1.	Seberapa sering anda menikmati hidup sampai saat ini?	1	2	3	4
2.	Seberapa sering anda merasa hidup anda berarti ?	1	2	3	4
3.	Seberapa sering anda mampu berkonsentrasi ?	1	2	3	4
4.	Secara umum, seberapa sering anda merasakan rasa aman dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4
5.	Seberapa sering anda berpikir bahwa lingkungan dimana anda tinggal terlihat bersih dan nyaman ? (berkaitan dengan sarana dan prasarana)	1	2	3	4
6.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang atau rekreasi ?	1	2	3	4

No.		Tidak mampu sama sekali	Sedikit	Mampu	Sangat mampu
7.	Seberapa besar kemampuan anda yang cukup untuk melakukan aktivitas sehari-hari ?	1	2	3	4
8.	Seberapa besar anda mampu menerima penampilan tubuh anda saat ini dengan kondisi yang anda alami (sakit Diabetes)	1	2	3	4
9.	Seberapa besar kemampuan anda untuk memiliki cukup uang dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari ?	1	2	3	4
10.	Seberapa besar kemampuan anda untuk menggunakan ketersediaan informasi sekitar bagi kehidupan anda ?	1	2	3	4

No.		Sangat tidak baik	Tidak Baik	Baik	Sangat baik
12.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul dengan keluarga dan orang di sekitar lingkungan anda ?	1	2	3	4

No.		Sangat tidak puas	Tidak Puas	Puas	Sangat Puas
13.	Seberapa puaskah anda dengan kualitas tidur anda selama ini ?	1	2	3	4
14.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk beraktifitas sehari-hari ?	1	2	3	4
15.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja ?	1	2	3	4
16.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda saat ini ?	1	2	3	4
17.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan terhadap keluarga dan orang di sekitar anda ?	1	2	3	4
18.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda saat ini ?	1	2	3	4
19.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat tinggal anda saat ini?	1	2	3	4
20.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda ke layanan kesehatan di sekitar anda ?	1	2	3	4
21.	Seberapa puaskah anda dengan media transportasi yang anda miliki ?	1	2	3	4

No.		Tidak pernah	Jarang	Sangat sering	Selalu
22.	Seberapa sering anda memilik perasaan negatif seperti " <i>feeling blue</i> " (kesepian), putus asa, cemas, dan depresi dalam kehidupan anda ?	4	3	2	1

Lampiran 10

DAFTAR MAKANAN PENGGANTI**Golongan I : Sumber Karbohidrat**

100 gram nasi mengandung 175 kalori, yang terdiri atas protein 4 gram dan karbohidrat 40 gram.

Daftar makanan di bawah ini menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 100 gram nasi.

100 gram nasi =	400 gram bubur beras	= 2 gelas
	200 gram nasi tim	= 1 gelas
	100 gram nasi jagung	= ¾ gelas
	210 gram kentang	= 2 biji besar
	120 gram singkong	= 1½ potong sedang
	125 gram tales	= 1 potong
	135 gram ubi	= 1 biji sedang
	70 gram roti putih	= 3 iris
	50 gram maizena	= 10 sendok makan
	50 gram mie kering	= 1 gelas direbus
	200 gram mie basah	= 2 gelas
	50 gram bihun	= ½ gelas
	50 gram kraker	= 5 buah besar
	50 gram tepung beras	= 8 sendok makan
	50 gram tepung hungkwe	= 10 sendok makan
	50 gram tepung singkong	= 5 sendok makan
	50 gram tepung terigu	= 5 sendok makan
	45 gram havermout	= 5½ sendok makan

Golongan II : Sumber Protein Hewani**1. Rendah Lemak**

40 gram ikan segar mengandung 50 kalori yang terdiri atas protein 7 gram dan lemak 2 gram.

Daftar di bawah ini menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 40 gram ikan.

40 gram ikan =	40 gram ayam tanpa kulit	= 1 potong sedang
	40 gram babat	= 1 potong sedang
	35 gram daging kerbau	= 1 potong sedang
	35 gram ikan kakap	= 1/3 ekor sedang
	15 gram ikan asin	= 1 ekor
	20 gram teri kering	= 1 sendok makan
	35 gram udang segar	= 5 ekor sedang

2. Lemak Sedang

35 gram daging sapi mengandung 75 kalori yang terdiri atas protein 7 gram dan lemak 5 gram.

Daftar di bawah ini menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 35 gram daging sapi.

35 gram daging sapi =	170 gram bakso	= 10 biji sedang
	40 gram daging kambing	= 1 potong
	30 gram hati ayam	= 1 buah sedang
	35 gram hati sapi	= 1 potong sedang
	65 gram otak	= 1 potong besar
	55 gram telur ayam	= 1 butir
	50 gram telur bebek	= 1 butir
	55 gram telur puyuh	= 5 butir
	50 gram usus sapi	= 1 potong besar

3. Tinggi Lemak

40 gram ayam dengan kulit mengandung 150 kalori yang terdiri atas protein 7 gram dan lemak 13 gram.

Daftar makanan di bawah ini menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 40 gram ayam dengan kulit.

40 gram ayam dengan kulit =	55 gram bebek	= 1 potong sedang
	45 gram cornet beef	= 3 sendok makan
	50 gram daging babi	= 1 potong sedang
	45 gram kuning telur ayam	= 4 butir
	50 gram sosis	= ½ potong sedang

Golongan III : Sumber Protein Nabati

50 gram tempe mengandung 75 kalori, yang terdiri atas protein 5 gram, dan karbohidrat 7 gram.

Daftar di bawah ini menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 50 gram tempe.

50 gram tempe =	110 gram tahu	= 2 biji besar
	40 gram oncom	= 2 potong kecil
	20 gram kacang hijau	= 2 sendok makan
	25 gram kedelai	= 2½ sendok makan
	20 gram kacang merah segar	= 2 sendok makan
	15 gram kacang tanah	= 2 sendok makan
	20 gram kacang tolo	= 2 sendok makan
	15 gram keju kacang tanah	= 1 sendok makan

Golongan IV : Sayuran dan Penggantinya

Sayuran Golongan A :

100 gram sayuran golongan A mengandung 50 kalori, yang terdiri atas protein 3 gram dan karbohidrat 10 gram.

Contoh Sayuran Golongan A

Bayam	Daun melinjo	Jagung muda	Labu siam
Buncis	Daun pepaya	Jantung pisang	Nangka muda
Daun lompong	Daun singkong	Kacang kapri	Pare
Daun luntas	Daun ubi jalar	Kacang panjang	Wortel

Sayuran Golongan B :

Mengandung sedikit kalori, protein dan karbohidrat. Sayuran ini dapat digunakan agak bebas tanpa diperhitungkan, asal dalam jumlah yang wajar.

Contoh Sayuran Golongan B :

Cabai hijau besar	Kecipir	Mbayung (daun	Sawi
Daun koro	Kembang kool	kacang panjang	Selada
Daun labu siam	Kobis	Mentimun	Seledri
Gambas	Labu air	Pepaya muda	Taoge
Jamur segar	Lobak	Rebung	Tomat
Kangkung		Terong	

Golongan V : Buah dan Penggantinya

50 gram pisang mengandung 50 kalori, yang terdiri atas karbohidrat 12 gram.

Daftar di bawah ini menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan sebagai pengganti buah. Sebaiknya tidak menggunakan buah golongan A.

Buah Golongan A :

90 gram mangga	= ¾ buah besar
75 gram rambutan	= 8 biji
45 gram nangka masak	= 3 biji (beton)
55 gram sawo	= 1 buah sedang
60 gram sirsak	= ½ gelas
95 gram nanas	= ¼ buah sedang
165 gram anggur	= 20 buah
80 gram duku	= 16 buah besar
35 gram durian	= 2 biji (beton)
110 gram jeruk manis	= 2 buah sedang

Buah Golongan B :

110 gram jambu air	= 2 buah sedang
90 gram jambu bol	= 1 buah kecil
120 gram kedondong	= 2 buah sedang
110 gram pepaya	= 1 potong besar
65 gram salak	= 2 buah potong sedang
180 gram semangka	= 1 potong besar
60 gram avokad	= ½ buah besar
140 gram belimbing	= 1 buah besar
75 gram bengkoang	= 1 buah besar
50 gram pisang	= 1 buah sedang

Keterangan : Jangan makan pisang raja, pisang emas dan pisang tanduk.

Golongan VI : Susu**1. Susu Tanpa Lemak**

200 gram susu skim cair mengandung 75 kalori yang terdiri atas protein 7 gram dan karbohidrat 10 gram.

Daftar di bawah meenunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 200 gram susu skim cair.

200 gram susu skim cair	= 200 gram tepung susu skim	= 4 sendok makan
	120 gram yogurt non fat	= 2/3 gelas

2. Susu Rendah Lemak

200 gram susu sapi mengandung 125 kalori yang terdiri atas protein 7 gram, lemak 6 gram dan karbohidrat 10 gram.

Daftar di bawah menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 200 gram susu sapi.

200 gram susu sapi	= 35 gram keju	= 1 potong kecil
	165 gram susu kambing	= ¾ gelas
	100 gram susu kental manis	= ½ gelas
	200 gram yoghurt susu penuh	= 1 gelas

3. Susu Tinggi Lemak

30 gram tepung susu penuh mengandung 150 kalori yang terdiri atas protein 7 gram, lemak 10 gram dan karbohidrat 10 gram.

Daftar di bawah menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 30 gram tepung susu penuh.

30 gram tepung susu = 100 gram susu kerbau = ½ gelas penuh

Golongan VII : Minyak

5 gram minyak kelapa mengandung 50 kalori yang terdiri atas lemak 5 gram.

Daftar di bawah menunjukkan jumlah bahan makanan yang dapat digunakan untuk mengganti 5 gram minyak kelapa.

5 gram minyak kelapa =

1. Lemak tidak jenuh	5 gram minyak jagung	= 1 sendok teh
	5 gram minyak bunga matahari	= 1 sendok teh
	5 gram margarin jagung	= 1 sendok teh
	5 gram minyak kedelai	= 1 sendok teh
	5 gram minyak kacang tanah	= 1 sendok teh
2. Lemak Jenuh	5 gram minyak zaitun	= 1 sendok teh
	15 gram kelapa	= 1 potong kecil
	15 gram kelapa parut	= 2½ sendok makan
	5 gram lemak babi / sapi	= 1 potong kecil
	15 gram mentega	= 1 sendok makan
	5 gram minyak inti kelapa sawit	= 1 sendok teh
	40 gram santan	= 1/3 gelas

Golongan VII : Makanan Tanpa Kalori

Agar-agar

Air kaldu

Air mineral

Cuka

Aspartam

Sakarin

Kecap

Kopi

Teh

Lampiran 11

**TABULASI DATA KUESIONER PRE-TEST SELF EFFICACY
KELOMPOK PERLAKUAN**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
1	3	1	3	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	22
2	3	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	51
3	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	31
4	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	41
5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	46
6	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30
9	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	33
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45
11	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	28
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	17
13	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	45
14	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	43
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	46
16	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	44

**TABULASI DATA KUESIONER PRE-TEST QUALITY OF LIFE
KELOMPOK PERLAKUAN**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total	
1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	61
2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	1	3	3	3	3	3	67
3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	2	3	3	51
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	64
5	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	61
6	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	62
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	64
8	1	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	53
9	3	3	3	3	3	2	3	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	56
10	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	69
11	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	56
12	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	44
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	64
14	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	66
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	64
16	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	63

**TABULASI DATA KUESIONER POST-TEST SELF EFFICACY
KELOMPOK PERLAKUAN**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
1	3	1	3	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	22
2	3	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	51
3	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	31
4	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42
5	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47
6	3	3	3	1	1	4	3	1	1	3	1	1	1	1	1	28
7	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	47
8	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	32
9	1	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	35
10	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	47
11	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	28
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	17
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	46
14	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	43
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	46
16	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	44

**TABULASI DATA KUESIONER POST-TEST QUALITY OF LIFE
KELOMPOK PERLAKUAN**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total	
1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	1	3	3	3	4	68	
3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	2	4	52	
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	64	
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	63	
6	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	73	
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	65	
8	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	55	
9	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	58	
10	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	69	
11	3	3	2	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	56	
12	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	44	
13	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	65	
14	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	67	
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	64	
16	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	63	

**TABULASI DATA KUESIONER PRE-TEST SELF EFFICACY
KELOMPOK KONTROL**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45
2	2	1	3	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	23
3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	41
4	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	35
5	2	3	3	4	3	2	2	4	3	2	3	3	3	3	3	43
6	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	40
7	4	4	4	4	2	2	2	2	3	4	4	4	4	4	3	50
8	4	4	4	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	1	1	29
9	2	2	4	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	24
10	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	42
11	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	41
12	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	43
13	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	40
14	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	44
15	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2	44
16	4	3	2	3	3	1	4	4	1	3	2	2	2	2	2	38

**TABULASI DATA KUESIONER PRE-TEST QUALITY OF LIFE
KELOMPOK KONTROL**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1	3	3	4	3	4	2	2	4	3	4	4	4	2	2	2	4	2	2	2	2	3	61
2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	54
3	4	4	4	3	3	1	4	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	64
4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	78
5	2	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	58
6	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	54
7	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	58
8	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	76
9	3	3	3	3	3	2	4	3	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	66
10	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	60
11	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	61
12	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	61
13	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	61
14	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	79
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63
16	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	76

**TABULASI DATA KUESIONER POST-TEST SELF EFFICACY
KELOMPOK KONTROL**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45
2	2	1	3	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	23
3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	41
4	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	35
5	2	3	3	4	3	2	2	4	3	2	3	3	3	3	3	43
6	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	40
7	4	4	4	4	2	2	2	2	3	4	4	4	3	4	3	49
8	4	4	4	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	1	1	29
9	2	2	4	1	1	3	1	1	1	3	1	3	1	1	1	26
10	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	42
11	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	41
12	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	43
13	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	40
14	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	44
15	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2	44
16	4	3	2	3	3	1	4	4	1	3	2	2	2	2	2	38

**TABULASI DATA KUESIONER POST-TEST QUALITY OF LIFE
KELOMPOK KONTROL**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Total
1	3	3	4	3	4	2	2	4	3	3	4	3	2	2	2	4	2	2	2	2	3	59
2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	54
3	4	4	4	3	3	1	4	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	64
4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	78
5	2	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	58
6	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	54
7	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	58
8	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	76
9	3	3	3	3	3	2	4	3	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	66
10	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	60
11	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	61
12	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	62
13	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	61
14	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	79
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63
16	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	76

Lampiran 12

Tabulasi Nilai *Self Efficacy* dan *Quality of Life* pada Kelompok Perlakuan di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya tanggal 26 Mei – 6 Juli 2012

Kode Responden	<i>Self Efficacy</i>			<i>Quality of Life</i>			Jenis Kelamin	Usia	Pekerjaan	Penghasilan	Lama Menderita DM
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Difference (Δ)</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Difference (Δ)</i>					
1	22	22	0	61	60	-1	Perempuan	53	Tidak bekerja	0	7
2	51	51	0	67	68	1	Perempuan	54	Wirasawasta	1.500.000	5
3	31	31	0	51	52	1	Perempuan	65	Tidak bekerja	0	1
4	41	42	1	64	64	0	Perempuan	52	Tidak bekerja	0	1
5	46	47	1	61	63	2	Laki-laki	69	Pensiunan	0	16
6	30	28	-2	62	73	11	Laki-laki	62	Pensiunan	1.500.000	8
7	45	47	2	64	65	1	Laki-laki	51	Wirasawasta	2.000.000	1
8	30	32	2	53	55	2	Perempuan	59	Wirasawasta	1.500.000	7
9	33	35	2	56	58	2	Laki-laki	62	Pensiunan	1.500.000	9
10	45	47	2	69	69	0	Laki-laki	66	Wirasawasta	2.000.000	1
11	28	28	0	56	56	0	Perempuan	68	Tidak bekerja	0	7
12	17	17	0	44	44	0	Laki-laki	73	Pensiunan	1.500.000	9
13	45	46	1	64	65	1	Perempuan	45	Tidak bekerja	0	4
14	43	43	0	66	67	1	Perempuan	50	Tidak bekerja	0	2
15	46	46	0	64	64	0	Laki-laki	62	Wirasawasta	1.000.000	2
16	44	44	0	63	63	0	Perempuan	60	Wirasawasta	1.000.000	4
Total	597	606	9								
Mean	37,31	37,88	0,57								

**Tabulasi Nilai *Self Efficacy* dan *Quality of Life* pada Kelompok Kontrol
di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya tanggal 26 Mei – 6 Juli 2012**

Kode Responden	<i>Self Efficacy</i>			<i>Quality of Life</i>			Jenis Kelamin	Usia	Pekerjaan	Penghasilan	Lama Menderita DM
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Difference (Δ)</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Difference (Δ)</i>					
1	45	45	0	61	59	-2	Laki-laki	54	Wiraswasta	600.000	12
2	23	23	0	54	54	0	Perempuan	62	Tidak bekerja	0	2
3	41	41	0	64	64	0	Perempuan	58	Wiraswasta	1.000.000	1
4	35	35	0	78	78	0	Laki-laki	64	Pensiunan	1.000.000	6
5	43	43	0	58	58	0	Perempuan	61	Wiraswasta	1.500.000	5
6	40	40	0	54	54	0	Perempuan	59	Tidak bekerja	0	1
7	50	49	-1	58	58	0	Perempuan	59	Tidak bekerja	0	3
8	29	29	0	76	76	0	Laki-laki	43	Pegawai negeri	2.000.000	10
9	24	26	2	66	66	0	Perempuan	53	Tidak bekerja	0	11
10	42	42	0	60	60	0	Perempuan	69	Tidak bekerja	0	2
11	41	41	0	61	61	0	Laki-laki	71	Pensiunan	1.000.000	5
12	43	43	0	61	62	1	Perempuan	64	Tidak bekerja	0	1
13	40	40	0	61	61	0	Perempuan	53	Tidak bekerja	0	1
14	44	44	0	79	79	0	Perempuan	59	Tidak bekerja	0	26
15	44	44	0	63	63	0	Laki-laki	38	Pegawai swasta	2.000.000	1
16	38	38	0	76	76	0	Laki-laki	36	Wiraswasta	4.000.000	1
Total	622	623	1								
<i>Mean</i>	38,88	38,94	0,06								

Lampiran 13

Hasil Uji Validitas *Questioner Self efficacy*

Indikator	Nilai <i>r</i> Pearson	Signifikansi	Keterangan
SE 1	0,500	0,004	Valid
SE 2	0,736	0,000	Valid
SE 3	0,376	0,034	Valid
SE 4	0,826	0,000	Valid
SE 5	0,783	0,000	Valid
SE 6	0,587	0,000	Valid
SE 7	0,644	0,000	Valid
SE 8	0,242	0,181	Tidak valid
SE 9	0,710	0,000	Valid
SE 10	0,807	0,000	Valid
SE 11	0,322	0,073	Tidak valid
SE 12	0,459	0,008	Valid
SE 13	0,795	0,000	Valid
SE 14	0,872	0,000	Valid
SE 15	0,804	0,000	Valid
SE 16	0,905	0,000	Valid
SE 17	0,407	0,021	Valid
SE 18	0,038	0,838	Tidak valid
SE 19	0,218	0,230	Tidak valid
SE 20	0,346	0,053	Tidak valid

Lampiran 14

Hasil Uji Validitas Kuesioner *Quality of Life*

Indikator	Nilai <i>r</i> Pearson	Signifikansi	Keterangan
QoL 1	0,068	0,710	Tidak valid
QoL 2	- 0,107	0,558	Tidak valid
QoL 3	0,323	0,071	Tidak valid
QoL 4	0,593	0,000	Valid
QoL 5	0,751	0,000	Valid
QoL 6	0,639	0,000	Valid
QoL 7	0,767	0,000	Valid
QoL 8	0,472	0,006	Valid
QoL 9	0,703	0,000	Valid
QoL 10	0,672	0,000	Valid
QoL 11	0,548	0,001	Valid
QoL 12	0,681	0,000	Valid
QoL 13	0,592	0,000	Valid
QoL 14	0,721	0,000	Valid
QoL 15	0,476	0,006	Valid
QoL 16	0,638	0,000	Valid
QoL 17	0,653	0,000	Valid
QoL 18	0,648	0,000	Valid
QoL 19	0,652	0,000	Valid
QoL 20	0,632	0,000	Valid
QoL 21	0,337	0,058	Tidak valid
QoL 22	0,514	0,003	Valid
QoL 23	0,660	0,000	Valid
QoL 24	0,729	0,000	Valid
QoL 25	0,530	0,002	Valid

Lampiran 15

HASIL UJI HOMOGENITAS *SELF EFFICACY* DAN *QUALITY OF LIFE*

Group Statistics

Kelompok		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Self Efficacy	Perlakuan	16	37.31	10.018	2.505
	Kontrol	16	38.88	7.553	1.888

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Self Efficacy	3.755	.062	-.498	30	.622	-1.562	3.137	-7.968	4.843
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			-.498	27.889	.622	-1.562	3.137	-7.989	4.864

Group Statistics

Kelompok		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Quality of Life	Perlakuan	16	60.31	6.640	1.660
	Kontrol	16	64.38	8.310	2.077

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Quality of Life	Equal variances assumed	.896	.352	-1.528	30	.137	-4.062	2.659	-9.493	1.368
	Equal variances not assumed			-1.528	28.608	.138	-4.062	2.659	-9.505	1.380

Lampiran 16

**HASIL UJI PAIRED T-TEST
SELF EFFICACY PRE & POST PADA KELOMPOK PERLAKUAN**

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Self Efficacy pre-test perlakuan	37.31	16	10.018	2.505
Self Efficacy post-test perlakuan	37.88	16	10.353	2.588

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Self Efficacy pre-test perlakuan & Self Efficacy post-test perlakuan	16	.995	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
					Lower	Upper			
					Pair 1 Self Efficacy pre-test perlakuan - Self Efficacy post-test perlakuan	-.562			

HASIL UJI PAIRED T-TEST
QUALITY OF LIFE PRE & POST PADA KELOMPOK PERLAKUAN

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Quality of Life pre-test perlakuan	60.31	16	6.640	1.660
Quality of Life post-test perlakuan	61.62	16	7.238	1.809

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Quality of Life pre-test perlakuan & Quality of Life post-test perlakuan	16	.926	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1 Quality of Life pre-test perlakuan - Quality of Life post-test perlakuan	-1.312	2.726	.681	-2.765	.140	-1.926	15	.073	

Lampiran 17

**HASIL UJI WILCOXON SIGN RANK
SELF EFFICACY DAN QUALITY OF LIFE
PRE & POST PADA KELOMPOK KONTROL**

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Self Efficacy post Kontrol - Self Efficacy pre Kontrol	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
	Positive Ranks	1 ^b	2.00	2.00
	Ties	14 ^c		
	Total	16		

- a. Self Efficacy post Kontrol < Self Efficacy pre Kontrol
 b. Self Efficacy post Kontrol > Self Efficacy pre Kontrol
 c. Self Efficacy post Kontrol = Self Efficacy pre Kontrol

Test Statistics^b

		Self Efficacy post Kontrol - Self Efficacy pre Kontrol
Z		-.447 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		.655

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Quality of Life post Kontrol - Quality of Life pre Kontrol	Negative Ranks	1 ^a	2.00	2.00
	Positive Ranks	1 ^b	1.00	1.00
	Ties	14 ^c		
	Total	16		

- a. Quality of Life post Kontrol < Quality of Life pre Kontrol
 b. Quality of Life post Kontrol > Quality of Life pre Kontrol
 c. Quality of Life post Kontrol = Quality of Life pre Kontrol

Test Statistics^b

		Quality of Life post Kontrol - Quality of Life pre Kontrol
Z		-.447 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		.655

- a. Based on positive ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 18

**HASIL UJI MANN-WHITNEY
SELF EFFICACY DAN QUALITY OF LIFE PADA KELOMPOK
PERLAKUAN DAN KELOMPOK KONTROL**

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Delta Self Efficacy	Perlakuan	16	19.19	307.00
	Kontrol	16	13.81	221.00
	Total	32		

Test Statistics^b

	Delta Self Efficacy
Mann-Whitney U	85.000
Wilcoxon W	221.000
Z	-1.978
Asymp. Sig. (2-tailed)	.048
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.110 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Delta Quality of Life	Perlakuan	16	20.41	326.50
	Kontrol	16	12.59	201.50
	Total	32		

Test Statistics^b

	Delta Quality of Life
Mann-Whitney U	65.500
Wilcoxon W	201.500
Z	-2.722
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.017 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

Lampiran 19

HASIL UJI SPEARMAN'S RHO**Correlations**

			Self Efficacy	Quality of Life
Spearman's rho	Self Efficacy	Correlation Coefficient	1.000	.591*
		Sig. (2-tailed)	.	.016
		N	16	16
		Quality of Life	Correlation Coefficient	.591*
		Sig. (2-tailed)	.016	.
		N	16	16

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).