

# TESIS

## HUBUNGAN ANTARA *SELF CARE* DAN LAMA MENDERITA DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI POLI PENYAKIT DALAM RSUD JOMBANG



Oleh :

**HARIYONO**

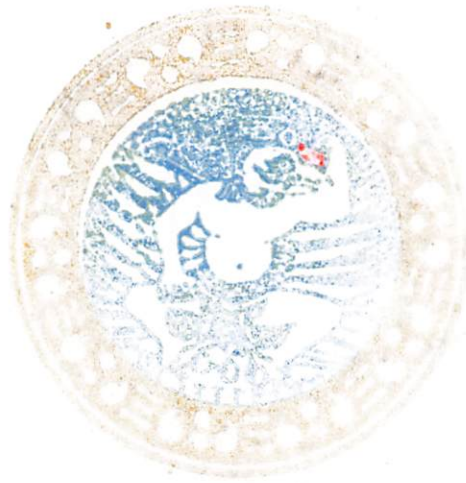
NIM : 080910369 M

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

2010

TESIS

HUBUNGAN ANTARA SELF CARE DAN LAMA MENYERITA  
DENGAN KUALITAS HIDUP PENYERITA DIABETES  
MELITUS DI POLI PENYAKIT DALAM RSUD JOMBANG



Oleh :

HARIYONO

NIM : 0201032201

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2010



# TESIS

## HUBUNGAN ANTARA *SELF CARE* DAN LAMA MENDERITA DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI POLI PENYAKIT DALAM RSUD JOMBANG

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

Oleh:

**HARIYONO**

NIM : 080910369 M

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

2010

13213

HUBUNGAN ANTARA SELF CARE DAN LAIN LAIN  
DARI SUDUT PANDANG KEPERAWATAN  
DAN KEPERAWATAN MASYARAKAT

Disusun dan Ditulis oleh  
HARIYONO  
Fakultas Keperawatan UNAIR

13213

HARIYONO

13213

HUBUNGAN ANTARA SELF CARE DAN LAIN LAIN  
DARI SUDUT PANDANG KEPERAWATAN  
DAN KEPERAWATAN MASYARAKAT

HARIYONO

13213

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**Nama : Hariyono**

**NIM : 080910369**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 24 Agustus 2010**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT, Tuhan yang maha kuasa lagi maha pengasih serta maha penyayang atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga penelitian akhir dengan judul "Hubungan *self care* dan lamanya menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang" dapat terselesaikan

Terima kasih tak terhingga dan penghargaan setinggi – tingginya saya sampaikan kepada Prof. DR. Agung Pranoto, dr, MSc, SpPD K-EMD, FINASIM selaku pembimbing satu yang telah memberikan dorongan dan bimbingan serta dengan ketelitiannya memberikan koreksi, saran dan wawasan ilmu dan kepada Kusnanto, SKp, M. Kes selaku pembimbing dua yang telah memberikan dorongan dan bimbingan serta dengan ketelitiannya memberikan koreksi, saran dan wawasan ilmu.

Kami menyadari bahwa tesis ini tidak mungkin terwujud tanpa bantuan dan peran serta berbagai pihak maka perkenankan penulis dengan setulus hati mengucapkan terimakasih kepada Prof. DR Fasichul Lisan, Apt selaku Rektor Universitas Airlangga, Prof. Dr. Muhammad Amin, dr. SpP(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, DR. Nursalam, M. Nurs ( Hon's ) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, DR. F Sustini, dr, MS selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan atas kesempatan, arahan, bimbingan dan penggunaan fasilitas yang diberikan selama penulis melakukan penelitian, Para dewan penguji tesis.

Seluruh teman sejawat mahasiswa Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga, Perawat Poli penyakit dalam RSD Jombang, penderita yang menjadi “guru utama” dalam proses penelitian ini, Istri dan anakku yang dengan penuh kesabaran kesetiaan, cinta, doa, perasaan, waktu, dan keceriaan telah dikorbankan demi keberhasilan pendidikan penulis.

Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan, nasehat dan doa bagi penulis. Semua pihak yang ikut membantu dan mendukung selama pendidikan yang tidak dapat penulis sebut namanya satu – persatu.

Semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmatnya kepada semua pihak yang telah membantu pelaksanaan dan penyelesaian penelitian akhir ini.

Akhirnya dengan segenap kerendahan hati, penulis sebagai manusia biasa mohon maaf atas segala kekurangan.

Surabaya, Juni 2010



## ABSTRACT

### RELATIONSHIP BETWEEN SELF CARE AND LONG-SUFFERING WITH THE QUALITY OF LIFE DIABETES MELITUS PATIENT IN POLYCLINIC GENERAL HOSPITAL JOMBANG

BY  
HARIYONO

**Background:** Quality of life is the impact of important health problem, represents and is the main goal of any treatment or nursing interventions, and it is a requirement for a person, not just the quantity of someone who survived. But not in good condition will interfere with happiness and stability individuals, to help people so they can care for themselves (self care), so the complications that may arise can be reduced.

**Objective:** To identify self care patients with Diabetes Melitus, identify long-suffering in patients with Diabetes Melitus, the relationship between self care and long-suffering with the quality of life of patients with Diabetes Melitus.

**Methods:** The study was analytical approach that is a cross sectional study the dynamics of correlation between risk factors with the effect, by way of approach, observation or data collection as well as at some point (time point approach). To determine the relationship between two variables Sperman Rank correlation test was used, which will be processed or computed using SPSS computerized assistance with a margin of error = 0.05

**Result :** Of the 52 respondent was evidenced good self care as much as two respondents or 3,8%, self care quite as much as 16 respondent or 30,8%, self care less as many as 34 respondents or 65,4%, while the quality of life almost half of the respondents had less quality of life that is as much as 25 respondents or 48,1%, self care for any relationship to quality of life of patients with Diabetes Melitus with a fairly strong relationship that is equal to 0.317.

**Conclusion:** Self care which will improve the quality of life for both sufferers of Diabetes Mellitus that includes aspects of physical, psychological, social relationships and environment and for long-suffering does not affect the quality of life of patients with this because over the suffering caused by implementing and managing Diabetes Melitus well.

**Keywords :** Self Care, Long Suffering, Quality of Life, Diabetes Melitus



## ABSTRAK

HUBUNGAN ANTARA *SELF CARE* DAN LAMA MENDERITA DENGAN  
KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DIRUANG POLI  
PENYAKIT DALAM RSUD JOMBANG

OLEH : HARIYONO

**Latar belakang :** Kualitas hidup merupakan dampak dari masalah kesehatan yang penting, mewakili dan merupakan tujuan utama dari setiap pengobatan atau intervensi keperawatan, dan sudah merupakan kebutuhan bagi seseorang, bukan hanya kuantitas seseorang yang bertahan hidup. Tetapi dalam keadaan tidak sehat akan mengganggu kebahagiaan dan kestabilan individu, untuk membantu penderita agar mereka dapat merawat dirinya sendiri (*self care*), sehingga komplikasi yang mungkin timbul dapat dikurangi.

**Tujuan :** Mengidentifikasi perawatan diri (*self care*) penderita dengan Diabetes Melitus, mengidentifikasi lama menderita pada penderita Diabetes Melitus, menganalisis hubungan *self care* dan lama menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus.

**Metode penelitian :** Jenis penelitian ini adalah analitik korelasional dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional* dengan metode pengumpulan data *editing, coding, scoring, tabulating*. Untuk mengetahui hubungan antara dua variabel digunakan uji korelasi *Rank Spearman*, yang akan diolah atau dihitung dengan menggunakan bantuan komputerisasi dengan tingkat kesalahan  $\alpha = 0,05$  pada penderita Diabetes mellitus tipe 2.

**Hasil :** Dari 52 responden penelitian didapatkan *self care* yang baik sebanyak 2 responden atau 3,8%, *self care* yang cukup sebanyak 16 responden atau 30,8%, *self care* yang kurang sebanyak 34 responden atau 65,4%, sedangkan kualitas hidup hampir separuh dari responden mempunyai kualitas hidup yang kurang yaitu sebanyak 25 responden atau 48,1%. Untuk *self care* ada hubungan dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus dengan kuat hubungan yang cukup yaitu sebesar 0.317

**Kesimpulan :** *Self care* yang baik akan meningkatkan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus yang meliputi aspek fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan dan untuk lama menderita tidak mempengaruhi kualitas hidup penderita.

**Kata Kunci :** *Self Care*, Lama Menderita, Kualitas Hidup, Diabetes Melitus

**DAFTAR ISI**

<b>Halaman Judul .....</b>	<b>i</b>
<b>Judul Dalam .....</b>	<b>ii</b>
<b>Halaman Pernyataan .....</b>	<b>iii</b>
<b>Ucapan Terima Kasih .....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>vi</b>
<b>Abstrak.....</b>	<b>vii</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>viii</b>
<b>Lembar Persetujuan .....</b>	<b>x</b>
<b>Lembar Pengesahan.....</b>	<b>xi</b>
<b>Daftar Tabel .....</b>	<b>xii</b>
<b>Daftar Gambar .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep <i>Self Care</i> .....	8
2.2 Konsep Diabetes Melitus .....	15
2.3 Konsep Kualitas Hidup .....	33
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>	
3.1 Kerangka Konseptual .....	41
3.2 Hipotesis Penelitian .....	43
<b>BAB 4 : METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain penelitian.....	43
4.2 Waktu dan tempat penelitian.....	43
4.3 Kerangka Kerja .....	44
4.4 Populasi, Sampel dan Sampling.....	45
4.5 Identifikasi Variabel.....	46
4.6 Definisi Operasional .....	47
4.7 Instrumen Penelitian .....	47

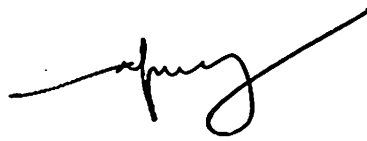
4.8 Pengumpulan Data .....	49
4.9 Pengolahan dan Analisis Data.....	49
4.10 Etika Penelitian .....	51
4.11 Keterbatasan.....	52
<b>BAB 5: HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	53
5.2 Data Umum.....	53
5.3 Data Khusus .....	55
5.4 Tabulasi silang antara <i>self care</i> dan kualitas hidup.....	57
5.5 Tabulasi silang antatar <i>self care</i> dan lama menderita .....	58
5.6 Uji korelasi antara <i>self care</i> dan lama menderita dengan kualitas hidup.....	59
<b>BAB 6 : PEMBAHASAN.....</b>	<b>61</b>
<b>BAB 7 : KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan .....	67
7.2 Saran.....	67
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>68</b>

**Lembar Pengesahan**

**TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL.....**

Oleh :

**Pembimbing I**



**Prof. Dr. Agung Pranoto, dr.,MSc., SpPD., K-EMD  
NIP.**

**Pembimbing II**



**Kusnanto, SKp., M.Kes  
NIP.**

**Mengetahui,  
Ketua Program Studi**



**Dr. F. Sustini, dr, MS  
NIP.**



## LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Hariyono  
NIM : 080910369  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul : Hubungan antara *self care* dan lama menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes mellitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang






Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada tanggal 24 Agustus 2010

Panitia Penguji,

1. Ketua : DR. F. Sustini, dr. MS (  )
2. Anggota : Ah. Yusuf, SKp. M. Kes (  )
3. Penguji I : Budiono, dr. M. Kes (  )
4. Penguji II : Kusnanto, SKp. M. Kes (  )
5. Penguji III : Prof. Dr. Agung Pronoto, dr. MSc. SpPD K-EMD FINASIM (  )

**DAFTAR TABEL**

	<b>Hal</b>
Tabel 2.1 Pemeriksaan penunjang pada pasien Diabetes Melitus.....	22
Tabel 4.1 Definisi operasional .....	48
Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur.....	54
Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.....	54
Tabel 5.3 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan.....	54
Tabel 5.4 Karakteristik responden berdasarkan <i>self care</i> .....	55
Tabel 5.5 Karakteristik responden berdasarkan kualitas hidup.....	56
Tabel 5.6 Karakteristik responden berdasarkan lama menderita.....	57
Tabel 5.7 Tabulasi silang antara <i>self care</i> dan kualitas hidup.....	58
Tabel 5.8 Tabulasi silang antara lama menderita dan kualitas hidup.....	59

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Hal</b>
<b>Gambar 3.1 Kerangka konseptual.....</b>	<b>41</b>
<b>Gambar 4.1 Kerangka kerja .....</b>	<b>44</b>

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kualitas hidup merupakan dampak dari masalah kesehatan yang penting, mewakili dan merupakan tujuan utama dari setiap pengobatan atau intervensi keperawatan, dan sudah merupakan kebutuhan bagi seseorang, bukan hanya kuantitas seseorang yang bertahan hidup, tetapi dalam keadaan tidak sehat akan mengganggu kebahagiaan dan kestabilan individu, untuk membantu penderita agar mereka dapat merawat dirinya sendiri (*self care*), sehingga komplikasi yang mungkin timbul dapat dikurangi, selain itu juga jumlah hari sakit dapat ditekan, agar penderita dapat berfungsi dan berperan sebaik-baiknya didalam masyarakat, agar penderita dapat lebih produktif dan bermanfaat serta menekan biaya perawatan (Hiswani, 2009).

Kualitas hidup dapat diukur melalui fungsi fisik dan sosial serta mengamati kondisi fisik dan mental yang baik. Penderita dengan Diabetes Melitus mempunyai kualitas hidup yang buruk dari pada penderita yang tidak memiliki penyakit yang kronis tapi kualitas hidupnya lebih baik daripada sebagian besar penderita dengan penyakit yang lebih serius lainnya. Pengobatan yang intensif akan meningkatkan kualitas hidup dan mengontrol hiperglikemik akan membuat kualitas hidup yang lebih baik (WHO, 2009).

Kualitas hidup yang rendah akan meningkatkan angka rawat inap dan mortalitas, karena penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit kronis yang tidak bisa disembuhkan secara tuntas, namun apabila terkontrol dengan baik akan menghambat atau mencegah keluhan fisik akibat komplikasi akut maupun kronis

yang kemungkinan besar akan berdampak pada aspek-aspek kehidupan dari penderita tersebut baik fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Dengan kata lain, hal tersebut juga akan berdampak pada kepuasan, kebahagiaan, dan kualitas hidup penderita (Votey and Peter, 2002). Sehingga disini peran seorang perawat profesional tidak hanya pada aspek fisik saja tetapi melibatkan aspek yang lain yaitu psikososial, termasuk kualitas hidup penderita, selain itu keperawatan difokuskan pada aspek perawatan diri (*self care*) untuk mempertahankan bagian dari kehidupannya (Pearson, 1996).

Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit kronik yang tidak bisa disembuhkan secara total yang berakibat pada *Health Related Quality Of Life* (HRQOL). Kualitas hidup yang rendah serta masalah status psikologis penderita dengan diabetes dapat mengganggu kontrol metabolisme. Kualitas hidup penderita yang optimal menjadi isu penting yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Komplikasi Diabetes Melitus merupakan hal yang sangat penting dan berpengaruh terhadap kualitas hidup (WHO, 2009).

Kualitas hidup penderita seharusnya menjadi perhatian penting bagi para profesional kesehatan karena dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan/intervensi atau terapi. Disamping itu, data tentang kualitas hidup juga dapat merupakan data awal untuk pertimbangan merumuskan intervensi/tindakan yang tepat bagi penderita. Dari penelusuran kepustakaan baik cetak maupun elektronik (Internet), beberapa studi telah dilakukan yang berkaitan dengan kualitas hidup pada penderita Diabetes Melitus di beberapa negara maju. Sedangkan di Indonesia, sulit ditemukan data empiris atau hasil penelitian tentang kualitas hidup (Ibrahim, 2009).

Jumlah penderita Diabetes Melitus dari tahun ke tahun semakin meningkat seiring dengan peningkatan jumlah penduduk dan bertambahnya usia harapan hidup. Menurut laporan WHO jumlah penderita Diabetes Melitus di dunia pada tahun 1987 ± 30 juta. Menyusul kemudian laporan WHO 1993 ternyata jumlah penderita Diabetes Melitus di dunia meningkat tajam menjadi 100 juta lebih dengan prevalensi sebesar 6 %. Jumlah penderita Diabetes Melitus 1994 didunia 110,4 juta , tahun 2000 meningkat ±1,5 kali lipat (±175 juta ), tahun 2010 menjadi ± 2 kali lipat (239,3 juta ) dan hingga tahun 2020 diperkirakan menjadi 300 juta (Smeltser, 2002) .

Diabetes Melitus terutama prevalen diantara kaum lanjut usia. Diantara individu yang berusia lebih dari 65 tahun, 8,6 % menderita Diabetes Melitus tipe 2. Di Amerika Serikat, Diabetes Melitus merupakan penyebab kebutaan yang baru diantara penduduk berusia 25 hingga 74 tahun dan juga menjadi penyebab utama amputasi diluar trauma kecelakaan. Diabetes Melitus berada dalam urutan ketiga sebagai penyebab utama kematian akibat penyakit dan hal ini sebagian besar disebabkan oleh angka penyakit arteri koroner yang tinggi pada para penderita Diabetes Melitus (Smeltser, 2002) .

Kebanyakan penderita Diabetes Melitus tidak menunjukkan gejala dan tidak terdiagnosa sampai bertahun – tahun dari berbagai penelitian diyakini bahwa penderita baru yang terdiagnosa sudah mempunyai Diabetes Melitus 4 – 7 tahun sebelum terdiagnosis, sehingga saat terdiagnosis ditegakkan penderita Diabetes Melitus sudah ada komplikasi kronis berupa 25 % retinopati, 9 % neuropati, dan 8 % nefropati (Assal et al, 1999). Sedangkan angka derajat keparahan neuropati diabetik bervariasi sesuai dengan usia, lama menderita Diabetes Melitus, kendali glikemik, juga fluktuasi kadar glukosa darah sejak diketahui Diabetes Melitus.

Neuropati simtomatis ditemukan pada 28,5 % dari 6500 penderita Diabetes Melitus (Harjanti, 2007). Sehingga pengelolaan penderita bukan hanya untuk mengontrol metabolik (mencegah morbiditas dan mortalitas), tetapi juga untuk memperbaiki kualitas hidup penderita (Rose et al, 2002).

Beberapa komplikasi kronis yang tercatat di Poliklinik Endokrinologi RSU dr. Soetomo Surabaya adalah : Penurunan kemampuan seksual 50,9 %, Neuropati simtomatik 30,6 %, Retinopati diabetik 29,3 %, Katarak 16,3 %, TBC paru 15,3 %, Hipertensi 12,8 %, Penyakit jantung koroner 10 %, Gangren diabetikum 3,5 %. (Bahrodin, 2006). Sedangkan prevalensi Diabetes Melitus berdasarkan kelompok umur adalah kelompok umur 6 – 20 tahun sebanyak 0,26 %, kelompok umur 20 tahun keatas sebanyak 1,43 %, kelompok umur 40 – 49 tahun sebanyak 2,68 %, kelompok umur 50 – 59 tahun sebanyak 4, 48 %, kelompok umur 60 tahun keatas sebanyak 5,23 % (Askandar, 2006).

Berdasarkan data awal studi pendahuluan di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang didapatkan 60 % *self care* penderita Diabetes Melitus dalam kategori cukup, dan 40 % dalam kategori kurang, sedangkan dari aspek kualitas hidup penderita Diabetes Melitus hanya memiliki 57% dengan kualitas hidup yang cukup baik, dan sisanya 47% memiliki kualitas hidup yang rendah.

Berbagai masalah yang timbul akibat Diabetes Melitus tidak terlepas dari terjadinya berbagai macam komplikasi terutama komplikasi jangka panjang, sehingga diperlukan upaya maksimal untuk mencegah terjadinya komplikasi tersebut. Kunci utama untuk menunda bahkan mencegah terjadinya komplikasi Diabetes Melitus adalah dengan pengendalian (regulasi) gula darah (Pieber, 2003). Disamping itu kita juga perlu meningkatkan kualitas hidup penderita. Jadi



tujuan pengelolaan penderita meliputi 2 hal penting yaitu kontrol metabolik dan kualitas hidup penderita (Rose et al, 2002).

Tujuan terapi Diabetes Melitus adalah mencoba menormalkan aktifitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropati. Tujuan terapiutik pada setiap tipe Diabetes Melitus adalah mencapai kadar glukosa darah normal tanpa terjadinya hipoglikemik dan gangguan serius pada pola aktifitas penderita. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus yaitu diet, latihan, pemantauan, terapi obat – obatan yang berkasiat hipoglikemik, dan penyuluhan (Smeltzer, 2002).

Penanganan disepanjang perjalanan penyakit Diabetes Melitus akan bervariasi karena terjadinya perubahan pada gaya hidup, keadaan fisik dan mental penderitanya disamping karena berbagai kemajuan dalam metode terapi yang dihasilkan dari riset. Karena itu penatalaksanaan Diabetes Melitus meliputi pengkajian yang konstan dan modifikasi rencana penanganan oleh profesional kesehatan disamping menyesuaikan terapi oleh penderita sendiri setiap hari. Meskipun tim kesehatan akan mengarahkan penanganan tersebut namun penderita sendirilah yang harus bertanggung jawab dalam pelaksanaan terapi yang kompleks itu setiap hari. Karena alasan inilah pendidikan penderita dan keluarganya dipandang sebagai komponen yang penting dalam menangani penyakit Diabetes Melitus sama pentingnya dengan komponen lain pada terapi Diabetes Melitus (Smeltzer, 2002).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Dari uraian latar belakang diatas maka dapat dirumuskan suatu pokok permasalahan yang perlu dijawab yaitu "Apakah ada hubungan antara *self care* dan lama menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus?"

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Mengidentifikasi hubungan antara *self care* dan lama menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes mellitus

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi tingkatan *self care* penderita dengan Diabetes Melitus
2. Mengidentifikasi lama menderita pada penderita Diabetes Melitus
3. Menganalisis hubungan *self care* dan lama menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Teoritis**

Informasi tentang status kualitas hidup penderita Diabetes melitus dapat dijadikan sebagai informasi ilmiah, sehingga dapat dijadikan acuan tatalaksana dan intervensi keperawatan penyakit Diabetes Melitus.

### **1.4.2 Praktis**

**Meningkatkan nilai-nilai aspek kehidupan termasuk kualitas hidup pada penderita Diabetes Melitus mengingat Diabetes Melitus merupakan salah satu penyakit yang paling sering diderita dan penyakit kronik yang serius.**

**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep *Self Care*

Model perawatan diri (*self care*) dikembangkan oleh Dorothea Orem seorang ahli perawatan terkenal dari Amerika. Konsep perawatan diri (*self care*) merupakan suatu proses dimana individu mencegah, meningkatkan derajat kesehatannya dan mendeteksi penyakitnya serta merawat dirinya. Dalam konsep ini tidak lepas dari keinginan dan inisiatif individu untuk bertanggung jawab atas perawatan kesehatan sendiri (Pearson, 1996).

Secara mendasar *self care* menitik beratkan individu atau keluarga harus bertanggung jawab atas kesehatannya. Tanggung jawab disini maksudnya mereka harus aktif dalam proses pengambilan keputusan, dapat mengidentifikasi kebutuhan dalam merawat diri sendiri (*self care*) menentukan tujuan dan mengevaluasi hasil dari *self care* (Pearson, 1996).

*Self care* menekankan bahwa sesama individu mempunyai kemampuan untuk merawat dirinya sendiri dan mempunyai hak untuk melakukannya kecuali dalam kondisi – kondisi yang tidak memungkinkan. Individu yang melakukan perawatan sendiri disebut *self care agency*.

Perawatan diri (*self care*) diberikan oleh seseorang, ini adalah tindakan yang dipertimbangkan yang mempunyai tujuan menyeluruh berkaitan dengan pemenuhan tuntutan individu yang khusus untuk kehidupan yang efektif. *Self care* dipelajari dalam ilmu perilaku dan dibantu dengan kepedulian intelektual, pengajaran dan supervisi dari yang lain dan pengalaman dalam membentuk pengukuran perawatan diri (Pearson, 1996).

Model *Self Care* berdasarkan pada suatu pemikiran bahwa manusia harus melakukan aktifitasnya sendiri untuk mempertahankan bagian dari kehidupannya. *Self care* ada dua fase yaitu fase pertama meliputi keputusan tentang *self care*, keputusan dibuat dengan dengan harapan mengharuskan *self care* akan suatu ketidaktahuan masalah dan berbagai macam faktor yang meliputi pengetahuan tentang alternatif dan konsekuensinya, fase kedua dari *self care* terdiri dari tindakan untuk menjalankan suatu promosi tentang kesehatan. Fase ini meliputi pengetahuan yang cukup untuk melengkapi tindakan, motivasi, komitmen untuk tujuan dari tindakan, kemampuan untuk melakukan tindakan (Tomey, 2006).

Kemampuan untuk melakukan *self care* tergantung pada beberapa faktor yaitu umur penderita, keadaan umum penderita, kebiasaan penderita, kebiasaan dalam merespon adanya stimulasi internal dan eksternal, nilai dan tujuan, sarana yang tersedia dan pengetahuan tentang kesehatan yang luas (Tomey, 2006).

Kegiatan *self care* mungkin terbagi dalam dua kategori : *self care* secara universal dan deviasi kesehatan *self care*. *Self care* secara universal terdiri dari aktifitas sehari – hari semua individual. Aktifitas tersebut berhubungan dengan :

1. Kebutuhan udara, makanan dan air
2. Pembuangan sisa makanan dari tubuh/buang air besar
3. Istirahat dan kebutuhan beraktifitas
4. Kebutuhan untuk melakukan interaksi sosial
5. Eliminasi fisik, sosial, atau kebutuhan psikologis untuk kesehatan
6. Menjadi normal (Tomey, 2006).

Deviasi kesehatan *self care* dijaga untuk mengatasi rasa sakit atau komplikasi. Deviasi kesehatan *self care* mungkin digambarkan beberapa cara.

Cara tersebut terdiri dari :

1. Penyesuaian dengan kebutuhan secara universal
2. Melakukan teknik *self care* yang baru
3. Modifikasi/*self image*
4. Revisi kegiatan sehari – hari
5. Perkembangan gaya hidup baru yang konsisten dengan deviasi
6. Memperhatikan akan efek deviasi atau diagnostik serta prosedur latihan (Tomey, 2006).

### **2.1.1 Kepercayaan dan nilai**

Kepercayaan tentang manusia dalam model perawatan ini termasuk kesemua yang telah dibicarakan diatas, tapi menekankan pada istilah bahwa semua individu mempunyai kebutuhan perawatan diri mereka dan mempunyai hak untuk memperoleh kebutuhan mereka sendiri, kecuali kalau hal ini tidak memungkinkan. Ada 6 dasar timbulnya model perawatan diri (*self care*) antara lain :

1. *Self care* didasarkan atas tindakan–tindakan yang disengaja dan bisa dilakukan oleh manusia
2. *Self care* didasarkan pada penilaian dan pertimbangan yang hati–hati dan bijaksana untuk menghasilkan suatu tindakan yang tepat.
3. *Self care* diperlukan oleh setiap orang dan digunakan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia

4. Orang dewasa mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menjaga kesehatan, kesejahteraan kehidupan dan kadang mereka harus bertanggung jawab kepada orang lain, termasuk anak dan keluarga
5. *Self care* merupakan tingkah laku yang berkembang melalui kombinasi pengalaman sosial dan kognitif dan dipelajari oleh seseorang melalui hubungan interpersonal, komunikasi dan kebudayaan
6. *Self care* berkontribusi/memberi pengaruh pada self esteem/harga diri dan image seseorang yang secara langsung berpengaruh pada konsep diri (Pearson, 1996).

*Dorothea Orem* menggambarkan dua kategori dari kebutuhan *self care* dimana perkembangan kebutuhan *self care* ini terjadi karena :

1. Adanya perkembangan dari individu dan lingkungan dimana ia tinggal
2. Adanya gangguan kesehatan.

Apabila individu memerlukan perawatan untuk dirinya dan individu dapat memenuhi sendiri, maka individu dapat melakukan perawatan diri, tapi jika dia memerlukan perawatan lebih banyak daripada kemampuannya sehingga terjadi ketidak seimbangan dan keadaan ini disebut ketidakmampuan merawat dirinya sendiri (*self care defisit*). Pada dasarnya *self care* selalu ada dan seseorang mempunyai hak dan kemampuan untuk melakukannya (Pearson, 1996).

Pandangan individu dalam model ini berkisar antara kepercayaan yang mendasar bahwa kebutuhan untuk merawat diri selalu ada dan kepercayaan ini ideal yang mempunyai hak dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya. Pada anak baru lahir orang tua berlaku sebagai *agen self care* dan Orem menyebutnya dengan perawatan terkait. Perawatan yang terkait adalah diberikan terhadap

seseorang oleh keluarga, pengasuh, atau teman/orang lain yang berarti terhadap dirinya (Pearson, 1996).

### **2.1.2 Tujuan dari *self care***

Dari pengertian seseorang tujuan-tujuan perawatan secara logika didalam pemenuhan *self care*, tujuan ini dapat dicapai dengan :

1. Mempertahankan keadaan *self care* dalam satu tingkatan yang bias dicapai oleh penderita.
2. Memungkinkan penderita untuk meningkatkan kemampuan merawat dirinya.
3. Bila penderita tidak mampu melakukan *self care*, penderita bisa melakukan perawatan diri terkait.
4. Bila tidak ada yang dapat dicapai maka minta bantuan perawat.

Perawat menolong penderita untuk dapat merawat/melakukan *self care* dengan menggunakan salah satu dari tiga system perawatan dan lima metode menolong.

Tiga sistem perawatan itu adalah :

#### **1. Sistem perawatan totalitas**

Didalam sistem ini perawat bertanggung jawab untuk melakukan segala aktifitas yang bisa dilakukan dalam *self care* contoh : penderita tidak sadar karena sakit akut, penderita tersebut tidak bisa melakukan apapun bahkan keluarganya pun tidak bisa.

#### **2. Sistem perawatan sebagian**

Dalam sistem ini peran perawat masih diperlukan dalam memenuhi *self care*.

Tapi penderita masih bisa melakukannya sebagian perawatan dirinya sendiri

Contoh : Lansia yang hidup dirumah mungkin bisa melakukan *self care*, tapi

sebagian mungkin dari orang lain/perawat untuk memandikan setiap minggunya.

### 3. Sistem perawatan mendidik/mendorong

Dalam sistem ini penderita dapat melakukan *self care* peran perawat membantu dan mendidik untuk merawat dirinya sendiri contoh : penderita Diabetes Melitus yang memerlukan suntikan insulin, perawat mendidik agar penderita dapat melakukannya sendiri dengan benar.

Perawat membantu penderita dengan menggunakan salah satu sistem perawatan diatas dengan melalui lima metode bantuan yaitu :

1. Melakukan tindakan atas penderita
2. Mendidik penderita
3. Mengarahkan pasien
4. Memberi *support* atau mendorong penderita
5. Menyediakan suatu lingkungan untuk penderita dapat tumbuh dan berkembang (Pearson, 1996).

Adapun area dari tindakan keperawatan ada lima yaitu :

1. Memasuki dan menciptakan hubungan penderita-perawat dengan individu keluarga, kelompok sampai penderita dapat mandiri.
2. Menentukan jika dan bagaimana yang dibantu melalui perawatan.
3. Merespon permintaan, keinginan dan mengatur untuk berhubungan dengan perawat dan asisten.
4. Menentukan, menyediakan dan mengatur untuk berhubungan dengan perawat dan asisten.
5. Mengkoordinasi dan mengintegrasikan perawatan dengan kehidupan sehari-hari, perawatan yang lain atau yang akan diterima oleh penderita.



Penderita diberi pandangan yang meliputi model ini, cara bagaimana perawatan diberikan, dapat dilihat bahwa diperlukan dasar pengetahuan yang luas, jika tujuan–tujuan tersebut ingin dicapai. Perawat yang bersangkutan memerlukan pengetahuan tentang individu dan setiap kebutuhan perawatan diri. Pengetahuan dan ketrampilan yang berhubungan untuk mengidentifikasi *self care* defisit, menentukan dan memberikan perawatan langsung bila diperlukan, pengetahuan, ketrampilan dan sikap memungkinkan perawat bekerja berdasarkan lima metode monolog.

### 1. Pengkajian model *self care*

Pengkajian dari *self care* di titik beratkan pada kategori kebutuhan perawatan diri sendiri dan bertujuan untuk mengidentifikasi *self care deficit*. Pengkajian berikutnya perawat bekerjasama dengan penderita dan keluarga dalam perencanaan strategi yang akan membatasi defisit, apakah dengan mengurangi ketergantungan perawatan diri sendiri, meningkatkan kemampuan penderita untuk mengatasi ketergantungan, memungkinkan teman-temannya atau keluarga atau yang dapat dipercaya untuk membantu merawat atau melakukan perawatan diri sendiri.

Tujuan dari pengkajian ini untuk meningkatkan kemampuan individu merawat dirinya sendiri dan mengidentifikasi apakah ada *self care* defisit. Ada 3 macam kebutuhan *self care* yang dapat digunakan sebagai *frame work* untuk petunjuk pengkajian yaitu :

#### 1. Kebutuhan *self care* umum

Observasi, pengukuran dan dialog antara penderita, perawat, bentuk – bentuk normal dari individu yang berhubungan dengan kebutuhan *self care*

ditemukan dan ketidakmampuan individu untuk melakukan *self care* bisa diidentifikasi dan dianalisa.

## 2. Perkembangan kebutuhan *self care*

Dengan cara yang sama seperti diatas perawat bersama – sama dengan penderita mengidentifikasi perubahan tingkah lakunya dan perkembangan kebutuhan – kebutuhan yang timbul dari hal tersebut diatas.

## 3. Gangguan kebutuhan kesehatan *self care*

Akibat dari sakit dan penyakit dari individu atau tingkah laku individu yang menyebabkan ia sakit.

## 2. Perencanaan keperawatan

Rencana perawatan pada *self care* di mulai dengan/dari pernyataan masalah yang diketahui pada pengkajian. Tujuan pernyataan ditetapkan antara perawat dengan penderita sesuai dengan tujuan *self care* yaitu untuk mengurangi *self care deficit*. Sebagaimana semua bentuk perencanaan perawatan masalah dan tujuan harus dirumuskan untuk menggambarkan perilaku yang dapat diukur dan dievaluasi.

## 3. Evaluasi

Tindakan perawatan ditulis dengan jelas dan tidak membingungkan dan menjelaskan bentuk tindakan yang akan dilakukan oleh perawat dengan menggunakan satu/lebih dari lima macam metode menolong (Pearson, 1996).

## 2.2 Konsep Diabetes Melitus

### 2.2.1 Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes Melitus merupakan suatu kelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa

secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi (Smeltzer, 2002) .

Diabetes Melitus adalah penyakit metabolik (kebanyakan hereditas) sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif baik oleh karena adanya disfungsi sel beta pankreas atau ambilan glukosa di jaringan perifer atau keduanya (pada Diabetes Melitus Tipe 2) atau kurangnya insulin absolut (pada Diabetes Melitus Tipe 1) dengan tanda – tanda hiperglikemi dan glukosuria disertai dengan gejala klinis akut (poliuria, polidipsi, penurunan berat badan) dan ataupun gejala kronik atau kadang – kadang tanpa gejala. Gangguan primer terletak pada metabolisme karbohidrat dan sekunder pada metabolisme lemak dan protein (Askandar, 2007).

### **2.2.2 Tipe Diabetes Melitus**

Klasifikasi Diabetes Melitus menurut *American Diabetes Association* (1997) sesuai anjuran Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENDI) adalah:

**1. Diabetes Melitus tipe 1:**

Akibat destruksi sel beta, biasanya menjurus ke defisiensi insulin absolut

**2. Diabetes Melitus tipe 2:**

Terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin

**3. Diabetes Melitus tipe lain**

- 1) Defek genetik fungsi sel beta
- 2) Defek genetik kerja insulin
- 3) Penyakit eksokrin pankreas
- 4) Endokrinopati
- 5) Karena obat/zat kimia

- 6) Infeksi
  - 7) Sebab imunologi yang jarang
  - 8) Sindrom genetik yang lain yang berkaitan dengan Diabetes Melitus
4. Diabetes Melitus Gestasional

### **2.2.3 Etiologi Diabetes Melitus**

Diabetes Melitus tipe 2 disebabkan karena kegagalan relatif sel beta dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Sel beta tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada rangsangan glukosa, namun pada rangsangan glukosa bersama bahan perangsang sekresi insulin lain. Berarti sel beta pankreas mengalami desensitisasi terhadap glukosa (Smeltzer, 2002).

### **2.2.4 Patofisiologi Diabetes Melitus**

#### **2.2.4.1 Diabetes Melitus tipe 1**

Terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan).

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar akibatnya glukosa tersebut diekskresikan dalam urin (glukosuria). Ekskresi ini akan disertai oleh pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan, keadaan ini dinamakan diuresis

osmotik. Penderita mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsi) (Askandar, 2006).

#### **2.2.4.2 Diabetes Melitus tipe 2**

Terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada Diabetes Melitus tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel, dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan (Askandar, 2006).

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah harus terdapat peningkatan insulin yang disekresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi Diabetes Melitus tipe 2 (Askandar, 2006).

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas Diabetes Melitus tipe 2, namun terdapat jumlah insulin yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton. Oleh karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada Diabetes Melitus tipe 2. Meskipun demikian, Diabetes Melitus tipe 2 yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmoler non ketotik. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif, maka awitan diabetes tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi, gejalanya sering bersifat

ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang tidak sembuh-sembuh, infeksi dan pandangan yang kabur (Smeltzer, 2002).

Pada umumnya Diabetes Melitus tipe ini sering ditemukan pada usia dewasa, walaupun dapat juga terjadi pada anak-anak. Penderita dengan Diabetes Melitus tipe 2 memiliki dua kelaian dasar yakni :

1. Resistensi terhadap ambilan glukosa yang dimediasi insulin.
2. Disfungsi sel beta (Soetarjo, 1991)

Abnormalitas metabolik pada Diabetes Melitus tipe 2 yang berupa penurunan ambilan glukosa di jaringan perifer, peningkatan produksi glukosa hepar dan kegagalan fungsi sel beta pankreas akan mengakibatkan ketidakseimbangan metabolik berupa penurunan ambilan dan penggunaan glukosa di jaringan perifer, peningkatan lipolisis pada jaringan lemak dan peningkatan produksi glukosa serta sintesis VLDL (*Very low density lipoprotein*) pada hepar. Keadaan ini akan menyebabkan hiperglikemia dan dislipidemia makrovaskuler maupun mikrovaskuler diabetika (Dwi S, 1995).

#### **2.2.4.3 Diabetes Gestasional**

Terjadi pada wanita yang tidak menderita Diabetes Melitus sebelum kehamilannya. Hiperglikemia terjadi selama kehamilan akibat sekresi hormone-hormon plasenta. Sesudah melahirkan bayi, kadar glukosa darah pada wanita yang menderita diabetes gestasional akan kembali normal.

#### **2.2.5 Kelainan metabolisme**

Terdapat tiga mekanisme yang telah diketahui memiliki kemampuan untuk mengubah fungsi dan akhirnya perubahan struktural. Mekanisme tersebut



adalah : (1) glikasi makromolekul non enzimatis terutama protein (2) peningkatan *glucose flux* melalui *polyol pathway* dan (3) peningkatan *oxidative stress*.

#### 2.2.5.1 Glikasi non enzimatis

Glikasi non enzimatis adalah suatu reaksi tanpa bantuan enzim yang terjadi pada glukosa, *α-oxoaldehydes*, dan turunan sakarida lain dengan protein, nukleotida, dan lipid. Melalui *Maillard* awalnya terbentuk *Schiff base* yang reversibel, kemudian secara spontan akan mengalami *amadori rearrangement*. Misal kombinasi glukosa dan kelompok *lisin* menghasilkan *fruktoselin*. *Glycated Product* ini (*Fruktoselin* kemudian akan diubah menjadi *Advanced Glycation and Products* (AGEST) seperti *Carboxymethyl Lisin* (CML), *Pyrroline* atau *Pentosidine*.

#### 2.2.5.2 *Polyol pathway*

Pada *Polyol pathway* hiperglikemia menimbulkan akumulasi sorbitol pada saraf perifer Karena peningkatan konversi glukosa oleh *aldose reduktase*. Ini didukung oleh adanya peningkatan pada kadar sorbitol pada saraf diabetik. Pada keadaan euglikemi sintesa sorbitol kurang dari 3%, sedangkan pada keadaan diabetes 30% - 35% glukosa dikonversi menjadi sorbitol (Harjanti,2007).

Terdapat satu pendapat menyatakan bahwa glukosa bisa masuk dengan mudah tanpa memerlukan insulin pada sel jaringan saraf. Akibatnya bila terjadi hiperglikemia, banyak glukosa yang masuk kedalam saraf sehingga jumlah sorbitol dan fruktosa akan meningkat. Sifat osmotik yang dimiliki keduanya akan mengakibatkan air banyak tertarik ke dalam sel sehingga *schwan sel* mengalami edema dan akson menjadi rusak. Hal ini akan mengakibatkan terganggunya sel jaringan saraf terutama penghantar impuls motorik (Askandar, 1995).

### **2.2.5.3 Oxydative stress**

*Oxydative Stress* pada Diabetes Melitus diakibatkan oleh kombinasi dari berkurangnya aktifitas *superoxide dismutase* dan *glutathione peroxidase*, dan peningkatan *glucose flux* dimana *aldose reductase* mengubah glukosa menjadi sorbitol dengan depleksi dari NADPH, *glutathione*, dan *taurine* bersamaan dengan *glucose auto-oxidation* dan atau *glikosilasi* (Harjanti, 2007).

### **2.2.6 Manifestasi klinis**

Diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 ditandai dengan adanya gejala berupa *polifagia*, *poliuria*, *olidipsia*, lemas dan berat badan turun. Gejala lain yang mungkin dikeluhkan penderita adalah kesemutan, gatal, mata kabur dan impotensi pada pria serta pruritus vulva pada wanita (Smeltzer, 2002).

### **2.2.7 Pemeriksaan penunjang**

#### **Pemeriksaan Laboratorium**

**Darah.** Pada orang normal glukosa darah puasa (GDP) < 100mg/dl, 2 jpp < 140 mg/dl. GDP antara 100 dan 126 mg/dl disebut glukosa darah puasa terganggu atau *Impared Fasting Glukosa* (IFG). Untuk penderita Diabetes Melitus disebut normal atau regulasi baik bila glukosa darah sebelum makan 90 – 130 mg/dl dan puncak glukosa darah sesudah makan < 180 mg/dl.

**Urine.** Pada orang normal, reduksi urine negatif, pemantauan reduksi urine biasanya 3 kali sehari dan dilakukan kurang lebih 30 menit sebelum makan. atau 4 kali sehari yaitu 1 kali sebelum makan pagi dan yang 3 kali dilakukan setiap 2 jam sesudah makan ( Askandar, 2007).

### 2.2.8 Kriteria diagnosis Diabetes Melitus (PERKENI, 2006).

Penderita dinyatakan Diabetes Melitus apabila :

1. Kadar glukosa darah sewaktu (plasma vena)  $\geq 200$ mg/dl dengan gejala klasik poliuri, polidipsi, dan penurunan berat badan yang tidak jelas sebabnya atau
2. Kadar glukosa darah puasa (plasma vena)  $\geq 126$  mg/dl
3. Kadar glukosa plasma  $\geq 200$  mg/dl pada 2 jam sesudah makan atau beban glukosa 75 gram pada TTGO. Cara diagnosis dengan kriteria ini tidak dipakai rutin di klinik.

Ketiga kriteria diagnosis tersebut harus dikonfirmasi ulang pada hari yang lain atau esok harinya, kecuali untuk keadaan khas hiperglikemi yang jelas tinggi dengan dekompensasi metabolik akut.

Tabel 2.1 Pemeriksaan penunjang pada penderita Diabetes Melitus

Melitus	Bukan	Belum pasti	Diabetes
	Kadar glukosa darah sewaktu		
- Plasma vena	< 110	110 – 199	$\geq 200$
- Darah kapiler	< 90	90 – 199	$\geq 200$
	Kadar glukosa darah puasa		
- Plasma vena	< 110	110 – 125	$\geq 126$
- Darah kapiler	< 90	90 – 109	$\geq 110$

Sumber : PERKENI,2006

#### Monitoring kadar glukosa

Monitoring kadar gula darah secara mandiri/*self monitoring of blood glucose* (SMBG) harus dilakukan 3 atau beberapa kali sehari pada penderita yang menggunakan injeksi suntikan multipel atau pompa terapi insulin. Pada penderita yang menggunakan insulin dengan masa kerja panjang, terapi non insulin atau terapi nutrisi tunggal, SMBG menjadi alat untuk menilai keberhasilan terapi. Untuk mencapai target glukosa darah postprandial, pemeriksaan SMBG post prandial perlu dilakukan.

## AIC

Lakukan pemeriksaan A1C sedikitnya 2 x/tahun pada penderita dengan tujuan terapi yang telah dicapai, lakukan pemeriksaan A1C setiap 3 bulan pada penderita yang mengalami perubahan terapi atau tujuan glikemik tidak tercapai. Gunakan hasil pemeriksaan A1C untuk menentukan perubahan terapi yang digunakan CVD (*cerebrovascular disease*), tetapi dalam follow up jangka panjang, mencapai target A1C di bawah atau sekitar 7% segera setelah diagnosis diabetes menurunkan risiko CVD. Hingga didapatkan bukti lebih lanjut, tujuan A1C di bawah 7% menjadi alasan rasional menurunkan risiko komplikasi makrovasular (Harjanti, 2007).

### 2.2.9 Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatnya kualitas hidup penderita Diabetes Melitus. tujuan khususnya adalah :

1. Jangka pendek : hilangnya keluhan dan tanda Diabetes Melitus, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah.
2. Jangka panjang : mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati, dan neuropati. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas dini Diabetes Melitus
3. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan dan profil lipid melalui pengelolaan penderita secara holistik dengan mengajarkan perawatan diri dan perubahan perilaku (PERKENI, 2006).

**Adapun pilar penatalaksanaan Diabetes Melitus meliputi :**

- 1. Edukasi**
- 2. Terapi gizi medis**
- 3. Latihan jasmani**
- 4. Intervensi farmakologis**

Edukasi pada penderita Diabetes melitus tipe 2 umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk. Keberhasilannya sangat membutuhkan partisipasi aktif penderita, keluarga dan masyarakat. Untuk mencapai perubahan perilaku dibutuhkan edukasi yang komprehensif dan upaya peningkatan motivasi (Dwi S, 1995).

Terapi gizi medis (TGM) pada prinsipnya adalah pengaturan makan pada Diabetes Melitus yang hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing – masing individu. Perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin (Dwi S, 1995).

**Tujuan penatalaksanaan diet pada penderita Diabetes Melitus adalah:**

- 1. Memberikan semua unsur makanan esensial (mis. vitamin dan mineral)**
- 2. Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai**
- 3. Memenuhi kebutuhan energi**
- 4. Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis**
- 5. Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat**

## 6. Mencegah komplikasi akut dan kronik

## 7. Meningkatkan kualitas hidup

Latihan jasmani atau olah raga diberikan secara teratur selain untuk menjaga kebugaran, juga dapat menurunkan berat badan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah (PERKENI, 2006).

Intervensi farmakologis diberikan bila sasaran glukosa darah belum tercapai dengan TGM dan latihan jasmani, meliputi obat hipoglikemik oral (OHO), insulin, terapi kombinasi (OHO dan Insulin) (PERKENI, 2006).

### 2.2.10 Komplikasi Diabetes Melitus

#### 2.2.10.1 Komplikasi akut

Ada tiga komplikasi akut pada Diabetes melitus yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek. Ketiga komplikasi tersebut adalah : hipoglikemia, ketoasidosis diabetik dan sindrom KHONK ( Koma hiperosmolar non ketotik)

#### 1. Hipoglikemia (Reaksi Insulin)

Hipoglikemia (kadar glikosa darah yang abnormal rendah) terjadi kalau kadar glukosa darah turun dibawah 50 – 60 mg/dl (2,7 – 3,3 mmol/L). Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktifitas fisik yang berat. Hipoglikemia dapat terjadi setiap saat pada siang atau malam hari. Kejadian ini bisa dijumpai sebelum makan khususnya jika waktu makan tertunda atau bila penderita lupa makan camilan (Smeltzer, 2002)..



**Gejala.** Gejala hipoglikemia dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori :

Gejala adrenergik dan gejala sistem saraf pusat.

Pada hipoglikemia ringan, ketika kadar glukosa darah turun, sistem saraf simpatis akan terangsang. Pelimpahan adrenalin kedalam darah menyebabkan gejala seperti perspirasi, tremor, takikardi, palpitasi, kegelisahan dan rasa lapar. Pada hipoglikemia sedang, penurunan kadar glukosa darah menyebabkan sel – sel otak tidak memperoleh cukup bahan bakar untuk bekerja dengan baik. Tanda – tanda gangguan fungsi pada sistem saraf pusat mencakup ketidakmampuan berkonsentrasi, sakit kepala, vertigo, konfusi, penurunan daya ingat, patirasa didaerah bibir serta lidah, bicara pelo, gerakan tidak terkoordinasi, perubahan emosional, perilaku yang tidak rasional, penglihatan ganda dan perasaan ingin pingsan. Kombinasi semua gejala ini (disamping gejala adrenergik) dapat terjadi pada hipoglikemia sedang (Smeltzer, 2002)..

Pada hipoglikemia berat, fungsi sistem saraf pusat mengalami gangguan yang sangat berat sehingga penderita memerlukan pertolongan orang lain untuk mengatasi hipoglikemia. Gejalanya dapat mencakup perilaku yang mengalami disorientasi, serangan kejang, sulit dibangunkan dari tidur atau bahkan kehilangan kesadaran (Smeltzer, 2002)..

#### **Penanganan hipoglikemia berat.**

Bagi penderita yang tidak sadar, tidak mampu menelan atau menolak terapi, preparat glukagon 1 mg dapat disuntikkan secara subkutan atau intra muskuler. Glukagon adalah hormon yang diproduksi oleh sel alfa pankreas yang menstimulasi hati untuk melepaskan glukosa (melalui pemecahan glikogen, yaitu simpanan glukosa) (Smeltzer, 2002).

## **2. Diabetes ketoasidosis**

**Patofisiologi.** Diabetes ketoasidosis disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Keadaan ini mengakibatkan gangguan pada metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Ada tiga gambaran klinis yang penting pada Diabetes ketoasidosis : dehidrasi, kehilangan elektrolit, asidosis (Smeltzer, 2002).

Apabila jumlah insulin berkurang, jumlah glukosa yang memasuki sel akan berkurang pula. Disamping itu produksi glukosa oleh hati menjadi tidak terkendali. Kedua faktor ini akan menimbulkan hiperglikemia. Dalam upaya untuk menghilangkan glukosa yang berlebihan dari dalam tubuh, ginjal akan mengekskresikan glukosa bersama air dan elektrolit (seperti natrium dan kalium). Diuresis osmotik yang ditandai oleh urinasi yang berlebihan (poliuria) ini akan menyebabkan dehidrasi dan kehilangan elektrolit. Penderita ketoasidosis yang berat dapat kehilangan kira kira 6,5 liter air dan sampai 400 – 500 meq natrium, kalium serta klorida selama periode 24 jam (Smeltzer, 2002).

Akibat defisiensi insulin yang lain adalah pemecahan lemak (lipolisis) menjadi asam lemak bebas dan gliserol. Asam lemak bebas akan diubah menjadi badan keton oleh hati. Pada ketoasidosis diabetik terjadi produksi badan keton yang berlebihan sebagai akibat dari kekurangan insulin yang secara normal akan mencegah timbulnya keadaan tersebut. Badan keton bersifat asam, dan bila bertumpuk dalam sirkulasi darah, keton akan menimbulkan asidosis metabolik (Smeltzer, 2002).

### **Manifestasi klinik**

Ketosis dan asidosis yang merupakan ciri khas Diabetes ketoasidosis menimbulkan gejala gastrointestital seperti anoreksia, mual, muntah dan nyeri

abdomen. Nyeri abdomen dan gejala – gejala fisik pada pemeriksaan dapat begitu berat sehingga tampaknya terjadi suatu proses intra abdominal yang memerlukan tindakan pembedahan. Nafas penderita mungkin berbau aseton, sebagai akibat dari meningkatkan badan keton. Selain itu, hiperventilasi (disertai pernafasan yang sangat dalam tetapi tidak berat/sulit) dapat terjadi. Pernafasan kussmaul ini menggambarkan upaya tubuh untuk mengurangi asidosis guna melawan efek badan keton (Smeltzer, 2002).

### **3. Koma hiperosmolar non ketotik**

**Patofisiologi dan manifestasi Klinis.** Sindrom hiperglikemia hiperosmolar non ketotik (KHONK) merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai perubahan tingkat kesadaran. Pada saat yang sama tidak ada atau terjadi ketosis ringan. Kelainan dasar biokimia pada sindrom ini berupa kekurangan insulin efektif. Keadaan hiperglikemia persisten menyebabkan diuresis osmotik, sehingga kehilangan cairan dan elektrolit. Untuk mempertimbangkan keseimbangan osmotik cairan akan berpindah dari ruang intrasel kedalam ruang ekstra sel. Dengan adanya glukosuria dan dehidrasi, akan dijumpai keadaan hipernatremia dan peningkatan osmolaritas (Smeltzer, 2002).

Gambaran klinis sindrom koma hiperosmolar non ketotik terdiri atas gejala hipertensi, dehidrasi berat (membran mukosa kering, turgor kulit jelek) takikardi, dan tanda – tanda neurologis yang bervariasi (perubahan sensori, kejang, hemiparesis). Keadaan ini makin serius dengan angka mortalitas yang berkisar dari 5 – 30 % dan biasanya berhubungan dengan penyakit yang mendasarinya (Smeltzer, 2002).

### **2.2.10.2. Komplikasi kronis**

#### **1. Penyakit makrovaskuler**

**Penyakit arteri koroner.** Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh arteri koroner menyebabkan peningkatan insiden Infark Miocard pada penderita Diabetes Melitus lebih sering pada laki – kali dan 3 kali lebih sering pada wanita. Pada penyakit Diabetes Melitus terdapat peningkatan kecenderungan untuk mengalami komplikasi akibat Infark Miocard dan kecenderungan untuk mendapatkan serangan Infark yang kedua. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa penyakit arteri coroner menyebabkan 50% - 60% dari semua kematian pada penderita Diabetes Melitus (Smeltzer, 2002).

**Penyakit cerebrovaskuler.** Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah cerebral atau pembentukan emboli ditempat lain dalam sistem pembuluh darah yang kemudian terbawa aliran darah sehingga terjepit dalam pembuluh darah cerebral dapat menimbulkan serangan iskemia sepintas dan stroke. Penyakit cerebrovaskuler pada penderita Diabetes Melitus serupa dengan yang terjadi pada penderita non Diabetes Melitus, kecuali dalam hal bahwa penderita Diabetes Melitus beresiko 2 kali lipat untuk terkena penyakit cerebro vaskuler. Beberapa penelitin juga menunjukkan bahwa kemungkinan terjadinya kematian akibat penyakit cerebrovaskuler lebih besar pada penderita Diabetes Melitus. Disamping itu, kesembuhan dari serangan stroke dapat terhalang pada penderita yang kadar glukosa darah nya sudah tinggi dan segera sesudah diagnosis serebrovaskuler accident dibuat (Smeltzer, 2002).

**Penyakit vaskuler perifer.** Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstremitas bawah merupakan penyebab meningkatnya insiden 2 atau 3 kali lebih tinggi pada penderita non Diabetes Melitus. Penyakit oklusi arteri

perifer pada penderita Diabetes Melitus. Tanda dan gejala penyakit vaskuler perifer dapat mencakup berkurangnya denyut nadi perifer dan klaudikatio intermitten (nyeri pada pantat atau betis ketika berjalan). Bentuk penyakit oklusif arteri yang parah pada ekstremitas bawah ini merupakan penyebab utama meningkatnya insiden gangren dan amputasi pada penderita Diabetes Melitus (Smeltzer, 2002).

## **2. Penyakit mikrovaskuler**

### **Retinopati Diabetik**

Kelainan patologis mata yang disebut retinopati diabetik disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh darah kecil pada retina mata. Retina merupakan bagian mata yang menerima bayangan dan mengirimkan informasi tentang bayangan tersebut ke otak. Bagian ini mengandung banyak sekali pembuluh darah dari berbagai jenis pembuluh darah arteri serta vena yang kecil, arteriol, venula dan kapiler.

### **Nefropati.**

Penyakit Diabetes Melitus turut menyebabkan 25 % dari penderita-penderita dengan penyakit ginjal stadium terminal yang memerlukan dialisis atau transplantasi setiap tahunnya. Penyandang Diabetes Melitus memiliki risiko sebesar 20 – 40 % untuk menderita penyakit renal (PERKENI,2006).

Penyandang Diabetes Melitus tipe 1 sering memperlihatkan tanda – tanda permulaan penyakit renal setelah 15 – 20 tahun kemudian, sementara penderita Diabetes Melitus tipe 2 dapat terkena penyakit renal dalam waktu 10 tahun sejak penyakit Diabetes Melitus ditegakkan. Banyak penyakit Diabetes Melitus tipe 2 ini yang sudah menderita Diabetes Melitus selama bertahun – tahun sebelum penyakit tersebut didiagnosis dan diobati (Smeltzer, 2002 ).

## Neuropati Diabetik

Pada perjalanan penyakit Diabetes Melitus dapat terjadi penyulit akut dan penyulit menahun. Penyulit akut seperti ketoasidosis diabetik, hiperosmolar non ketotik, dan hipoglikemi. Sedangkan penyulit yang menahun seperti makroangiopati dan mikroangiopati serta neuropati. Neuropati merupakan penyulit atau komplikasi yang tersering. Penyebab pasti dari neuropati diabetik tidak diketahui. Para peneliti mempercayai bahwa proses kerusakan saraf berhubungan dengan konsentrasi glukosa yang tinggi didalam darah yang dapat menyebabkan perubahan kimia pada saraf, merusak kemampuan saraf menghantarkan pesan secara efektif. Tingginya kadar glukosa dalam darah juga diketahui merusak pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrien lain ke saraf (Askandar, 1995).

Gejala umum dari neuropati perifer difus meliputi rasa tebal dan rasa kesemutan atau terbakar, insensitivitas terhadap nyeri, nyeri seperti tertusuk jarum, sensitifitas berat terhadap perabaan, hilangnya keseimbangan dan koordinasi. Sedangkan gejala umum dari neuropati otonomik difus meliputi : gangguan kencing dan fungsi seksual, infeksi kandung kencing, gangguan lambung, Karena gangguan kemampuan pengosongan lambung (*stasis gastric*), mual, muntah dan kembung, hilangnya nafsu makan (Hendromartono, 2002).

Pada neuropati diabetik berat, hilangnya sensasi dapat menyebabkan cedera yang tidak diketahui, berkembang menjadi infeksi, ulserasi dan kemungkinan amputasi (Soetardjo, 1991).

Neuropati diabetik disebabkan oleh faktor yang beragam. Menurut *Diabetes Control and Complication Trial* (DCCT) dan *United Kingdom Prospective Diabetic Study* (UKPDS) glukosa yang terkontrol atau euglikemia



mencegah onset atau memperlambat progresifitas neuropati diabetik. Kelainan metabolisme dan vaskuler akan mengganggu fungsi neural dan *neurotrophic support*, yang dalam jangka lama akan menimbulkan apoptosis neuron, sel schwan pada system saraf perifer (Askandar, 1995 )

Neuropati dalam Diabetes Melitus mengacu pada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer, autonom dan spinal. Kelainan tersebut tampak beragam secara klinis dan bergantung pada lokasi sel saraf yang terkena. Prevalensi neuropati meningkat bersamaan dengan usia penderita dan lamanya penyakit tersebut, angka prevalensi dapat mencapai 50% pada penderita – penderita yang sudah menderita Diabetes Melitus selama 25 tahun kenaikan kadar glukosa darah selama bertahun – tahun telah membawa implikasi pada etiologi neuropati. Dua neuropati yang paling sering dijumpai adalah polineuropati sensorik dan neuropati autonom (Smeltzer , 2002).

Manifestai klinik neuropati sensorik/perifer, sering mengenai bagian distal serabut saraf, khususnya saraf ekstremitas bawah. Kelainan ini mengenai kedua sisi tubuh dengan distribusi yang simetris dan secara progresif dapat meluas kearah proksimal. Gejala permulaan adalah parestesia (rasa tertusuk–tusuk, kesemuatan/peningkatan kepekaan) dan rasa terbakar (khususnya pada malam hari) dengan bertambahnya neuropati kaki terasa baal (pati rasa), disamping itu penurunan fungsi proprioseptif (kesadaran terhadap postur serta gerakan tubuh dan terhadap posisi serta berat benda yang berhubungan dengan tubuh) dan penurunan sensibilitas terhadap sentuhan ringan dapat menimbulkan gaya berjalan yang terhuyung–huyung. Penurunan sensibilitas nyeri dan suhu membuat penderita neuropati beresiko mengalami cedera dan infeksi pada kaki tanpa diketahui. (Smeltzer, 2002). Manifestasi klinik neuropati otonom. Neuropati pada

sistem saraf otonom mengakibatkan berbagai disfungsi yang mengenai hampir seluruh sistem organ tubuh. Secara umum penanganan masalah yang spesifik ini sama seperti penangan problem serupa pada penderita non Diabetes Melitus (Smeltzer, 2002).

### 2.3 Konsep Kualitas Hidup

Secara sederhana definisi kualitas hidup adalah kemampuan seseorang untuk melakukan fungsi hidupnya secara normal di masyarakat menurut persepsinya sendiri. Sedangkan secara khusus kualitas hidup menggambarkan berbagai komponen status sosial maupun kesehatan seseorang dan bersifat lebih subyektif dari pada objektif (Bahrodin, 2006 ).

Di negara maju, disamping tolok ukur *hard end point* (morbiditas dan mortalitas) kualitas hidup dipakai sebagai *soft end point* pada terapi penyakit kronis seperti Diabetes Melitus, kardiovaskuler, penyakit degeneratif, dan keganasan. Hal ini membuktikan betapa pentingnya konsep kualitas hidup walaupun masih ada kontroversi dalam bidang standarisasi instrumentasinya.

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

1. Diabetes Melitus 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 problem psikologis dapat memperburuk gangguan metabolik baik secara langsung melalui stress hormonal maupun tidak langsung melalui *compliance* yang buruk.

Kondisi ini sangat penting menggunakan pengkajian multi dimensi untuk mengetahui kualitas hidupserta pengukuran secara spesifik tentang penyakit dan secara umum. Penilaian kualitas hidup seharusnya digunakan untuk petunjuk dan evaluasi terhadap pengobatan dan intervensi. Instrumen kualiatas hidup dari WHO meliputi 25 item, dimana untuk mengukur dan sudah sesuai dengan aspek kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (WHO, 2009).

### **2.3.1 Pengukuran kualitas hidup**

Pengukuran kualitas hidup 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 kualitas hidup seseorang :

1. Pengukuran fungsi atau status sehat, yang bersifat objektif
2. Persepsi sehat yang bersifat subyektif

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan dua set instrumen, tiap set instrumen terdiri dari dua bagian yaitu bagian (1) Data demografi serta instrument tentang *self care* dan bagian (2) Kualitas hidup versi pendek dari WHO.

### **2.3.2 Komponen pengkajian instrumen dari WHO tahun 2003**

#### **2.3.2.1 Domain I aspek fisik**

1. Nyeri dan kenyamanan : bebas dari rasa nyeri, seberapa jauh rasa nyeri mengganggu aktifitas sehari - hari

2. Kekuatan dan kelemahan
3. Aktifitas 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

#### **2.3.2.2 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

#### **2.3.2.3 Domain III hubungan sosial**

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

#### **2.3.2.4 Domain V lingkungan**

1. Kenyamanan fisik
2. Lingkungan rumah dan kondisi tempat tinggal
3. Kepuasan kerja
4. Keuangan dan kecukupan finansial
5. Pelayan kesehatan sosial
6. Dukungan informasi dan ketrampilan
7. Transportasi : kepuasan terhadap transportasi menuju sarana kesehatan

### **2.3.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi kebermaknaan hidup**

#### **2.3.3.1 Spiritualitas**

Merupakan sebuah konsep yang sulit untuk dirumuskan, tidak dapat diturunkan, dan tidak dapat diterang dengan term–term yang bersifat material, kendatipun spiritual dapat dipengaruhi oleh dimensi kebendaan. Namun tetap saja spiritualitas tidak dapat disebabkan ataupun dihasilkan oleh hal–hal yang bersifat bendawi tersebut. Istilah spiritual ini dapat disinonimkan dengan istilah jiwa. Hidup ini akan menjadi penuh makna dan keagungan ketika individu dapat mengilhami sekaligus menjadi jalan bagi orang lain untuk menemukan panggilan jiwa mereka, dengan dibimbing oleh 4 macam kecerdasan, yaitu kecerdasan fisik

(*physical Quotient*), kecerdasan mental (*Intelligence Quotient*), kecerdasan emosi (*Emotional Quotient*), dan kecerdasan spiritual (*Spiritual Quotient*), dimana ketiga kecerdasan yang sebutkan dibagian awal tuntut pada kecerdasan yang terakhir , spiritual (*Spiritual Quotient* ) yang sering juga disebut sebagai hati nurani (Spilker, 1996).

#### **2.3.3.2 Kebebasan**

Kebebasan tidak dibatasi oleh hal–hal yang bersifat spiritual, oleh insting–insting biologis, apalagi oleh kondisi–kondisi lingkungan manusia dianugerahi kebebasan oleh penciptanya, dan dengan kebebasan tersebut ia diharuskan untuk memilih bagaimana hidup dan bertingkah laku yang sehat secara psikologis. Individu yang tidak tahu bagaimana cara memanfaatkan kebebasan yang dianugerahkan oleh Tuhan kepadanya, adalah individu yang mengalami hambatan psikologis atau neurotik. Individu yang neurotik akan menghambat sekaligus pemenuhan potensi–potensi yang mereka miliki, sehingga akan mengganggu perkembangan sebagai individu secara penuh (Spilker, 1996).

### 2.3.3.3 Tanggung jawab

Individu yang sehat secara psikologis menyadari sepenuhnya akan beban dan tanggung jawab yang harus mereka pikul dalam setiap fase kehidupannya, sekaligus menggunakan waktu yang mereka miliki dengan bijaksana agar hidup dapat berkembang ke arah yang lebih baik. Kehidupan yang penuh arti sangat ditentukan oleh kualitasnya, bukan berapa lama atau berapa panjang usia hidup.

Keberadaan manusia akan menjadi sehat dan efektif jika faktor-faktor tersebut diatas dapat terealisasi dengan baik dan benar dalam setiap tindakan yang dilakukan oleh individu. Kemudian dalam menambahkan makna hidup tidak terlepas dari realisasi nilai-nilai. Nilai-nilai itu tidak sama bagi setiap orang, dan berbeda dalam setiap situasi. Nilai-nilai itu senantiasa berubah dan fleksibel agar dapat beradaptasi dengan beragam situasi dimana individu dapat menyadari kemampuan yang dimilikinya (Spilker, 1996).

Nilai-nilai yang mendasar bagi manusia dalam menemukan makna hidupnya adalah :

Nilai-nilai kreatif (*Creativity Values*) .

Nilai-nilai kreatif merupakan nilai-nilai yang dianugerahkan Tuhan kepada manusia yang dapat dipergunakannya untuk memberi sentuhan lebih pada kehidupannya, atau kehidupan orang lain. Nilai-nilai kreatif ini biasanya terealisasi dalam bentuk aktivitas yang kreatif dan produktif, biasanya terkait dengan suatu bidang pekerjaan. Meski begitu, nilai-nilai kreatif dapat diterapkan di semua sendi kehidupan. Makna hidup akan diberikan melalui karya-karya nyata, tidak harus berupa hal-hal yang bersifat materi atau fisik, mungkin saja dengan ide, ataupun dengan jasa yang diberikan kepada orang lain (Spilker, 1996).

### Nilai-nilai pengalaman (*Experiential Values*)

Nilai-nilai pengalaman adalah apa-apa saja yang diperoleh manusia dalam rentang waktu kehidupannya, misalkan penemuannya akan suatu kebenaran, keindahan, cinta, kasih sayang, caci maki, atau bahkan sumpah serapah. Ada kemungkinan bagi manusia untuk menemukan kebermaknaan hidup dengan mengalami berbagai sisi kehidupan secara intensif, walaupun individu tersebut tidak melakukan sesuatu yang berarti (Spilker, 1996).

### Nilai-nilai bersikap (*Attitudinal Values*)

Merupakan sikap yang ditunjukkan oleh manusia terhadap segala kemungkinan atau kondisi yang tidak sanggup diubahnya, seperti penyakit, kesulitan, atau kematian. Kondisi-kondisi yang tidak menguntungkan, yang sangat potensial untuk menimbulkan tekanan psikologis bagi individu, seperti stres, kesedihan, bahkan keputusan, sebenarnya membuka kesempatan yang sangat luas bagi individu untuk dapat menemukan makna hidupnya. Apabila dihadapkan pada kondisi sedemikian, maka satu-satunya cara terbaik dan paling rasional untuk dilakukan adalah dengan menerima keadaan tersebut dengan lapang dada (Spilker, 1996).

Selain faktor-faktor yang telah dipaparkan di atas, faktor lain yang ikut mempengaruhi hadirnya kebermaknaan hidup seseorang adalah konsep diri. Konsep diri menjelaskan tentang pandangan seseorang terhadap dirinya secara menyeluruh terkait dengan keyakinan akan aspek fisik, sosial, psikologis, emosional, maupun aspirasinya. Konsep diri seseorang akan turut mempengaruhi sikap serta perilakunya dalam menghadapi suatu masalah. Dalam menghadapi suatu situasi, terutama situasi yang kurang menguntungkan bagi diri seseorang, konsep diri yang dimiliki oleh seseorang akan mendominasi mekanisme yang



dikembangkannya dalam mengatasi situasi yang kurang menguntungkan tersebut. Positif atau negatifnya konsep diri yang dimiliki, akan berdampak pada hasil yang diperoleh, dan itu juga berarti akan berimbas pada tercapai tidaknya makna hidup (Spilker, 1996).

Hal lain yang juga dapat mempengaruhi apakah seseorang dapat menemukan makna dalam kehidupannya atau tidak adalah kecerdasan *adversity*. Kecerdasan *adversity* ini terkait dengan respon seseorang terhadap masalah yang sedang dihadapinya. Kecerdasan *adversity* juga mengungkap tentang daya adaptasi seseorang terhadap masalah. Individu yang memiliki tekad pantang menyerah dan terus berjuang dengan gigih ketika dihadapkan pada suatu problematika hidup, penuh motivasi, antusiasme, dorongan, ambisi, semangat, serta kegigihan yang tinggi, dipandang sebagai figur yang memiliki kecerdasan (Spilker, 1996).

*Adversity* yang tinggi, sedangkan individu yang mudah menyerah, pasrah, pesimistik dan memiliki kecenderungan untuk senantiasa bersikap negative dapat dikatakan individu yang memiliki tingkat kecerdasan *adversity* yang rendah (Spilker, 1996).

Pernyataan-pernyataan yang diungkapkan oleh berbagai contoh memberikan suatu sinyalemen bahwa untuk menemukan makna hidup memang terkesan gampang-gampang susah. Diperlukan berbagai macam perangkat seharusnya sejak jauh-jauh hari telah ditanamkan dalam diri seseorang. Nilai-nilai tersebut kemudian akan memandu seseorang menuju pemenuhan makna hidup, sekaligus untuk membuka pintu kebahagiaan. Namun, satu hal yang perlu digaris bawahi pula bahwa rentetan hiduplah yang akan menjadi pemantik untuk

**berfungsi optimalnya nilai-nilai tersebut. Tanpa pengalaman hidup hampir mustahil seseorang akan mendapatkan makna dalam hidupnya (Spilker, 1996).**

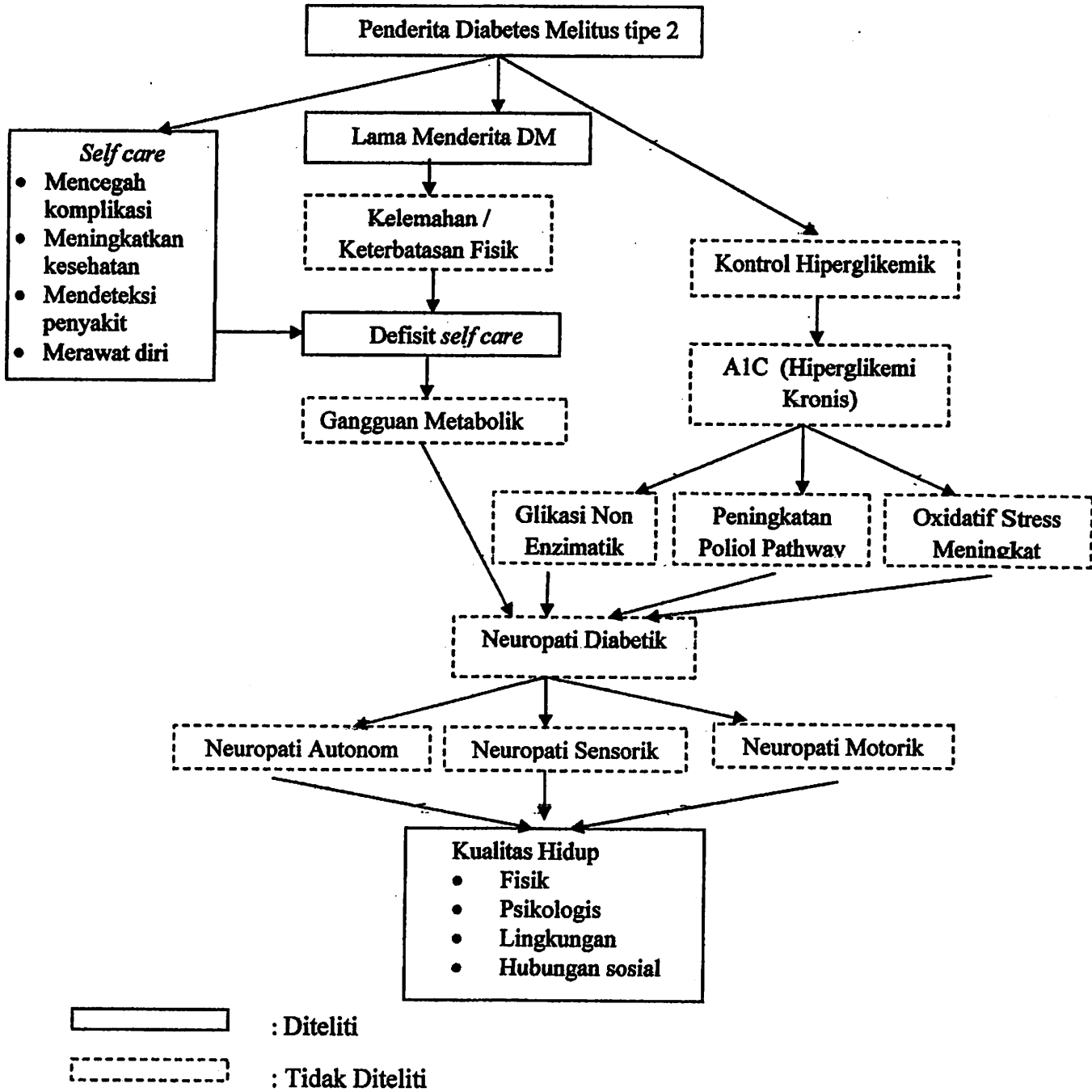
## **BAB 3**

# **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka konseptual

Penjelasan kerangka konseptual :

Konsep perawatan diri (*self care*) merupakan suatu proses dimana individu mencegah, meningkatkan derajat kesehatannya dan mendeteksi penyakitnya serta merawat dirinya. Dalam konsep ini tidak lepas dari keinginan dan inisiatif individu untuk bertanggung jawab atas perawatan kesehatan sendiri.

Secara mendasar *self care* menitik beratkan individu atau keluarga harus bertanggung jawab atas kesehatannya. Tanggung jawab disini maksudnya mereka harus aktif dalam proses pengambilan keputusan, dapat mengidentifikasi kebutuhan dalam merawat diri sendiri (*self care*) menentukan tujuan dan mengevaluasi hasil dari *self care*.

Pada perjalanan penyakit Diabetes Melitus tipe 2 dapat terjadi penyulit akut dan penyulit menahun. Penyulit akut seperti ketoasidosis diabetik, hiperosmolar non ketotik, dan hipoglikemi. Sedangkan penyulit yang menahun seperti makroangiopati dan mikroangiopati serta neuropati. Neuropati merupakan penyulit atau komplikasi yang tersering. Penyebab pasti dari neuropati diabetik tidak diketahui. Para peneliti mempercayai bahwa proses kerusakan saraf berhubungan dengan konsentrasi glukosa yang tinggi didalam darah yang dapat menyebabkan perubahan kimia pada saraf, merusak kemampuan saraf menghantarkan pesan secara efektif. Tingginya kadar glukosa dalam darah juga juga diketahui merusak pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrien lain ke saraf.

Prevalensi neuropati meningkat bersamaan dengan usia penderita dan lamanya penyakit tersebut, angka prevalensi dapat mencapai 50% pada penderita – penderita yang sudah menderita Diabetes Melitus selama 25 tahun kenaikan kadar glukosa darah selama bertahun–tahun telah membawa implikasi pada etiologi neuropati.

Neuropati pada sistem saraf otonom mengakibatkan, pada berbagai disfungsi yang mengenai hampir seluruh sistem organ tubuh, secara umum penanganan masalah yang spesifik ini sama seperti seperti penanganan problem serupa pada penderita non Diabetes Melitus.

Terdapat tiga mekanisme yang telah diketahui memiliki kemampuan untuk mengubah fungsi dan akhirnya perubahan struktural. Mekanisme tersebut adalah : (1) glikasi makromolekul non enzimatis terutama protein (2) peningkatan *glucose flux* melalui *polyol pathway* dan (3) peningkatan *oxidative stress*.

### **3.2.1 Hipotesis Penelitian**

1. *Self care* yang baik akan meningkatkan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus
2. Semakin lama menderita Diabetes Melitus akan mempengaruhi kualitas hidup penderita Diabetes Melitus



**BAB 4**  
**METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Dalam bab berikut ini akan diuraikan tentang waktu dan tempat penelitian, desain penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel dan *sampling*, variabel dan definisi operasional pengumpulan data, pengolahan dan analisa data, etika penelitian dan keterbatasan penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini penulis menggunakan jenis penelitian analitik korelasional dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yaitu suatu penelitian dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Burn, 1991).

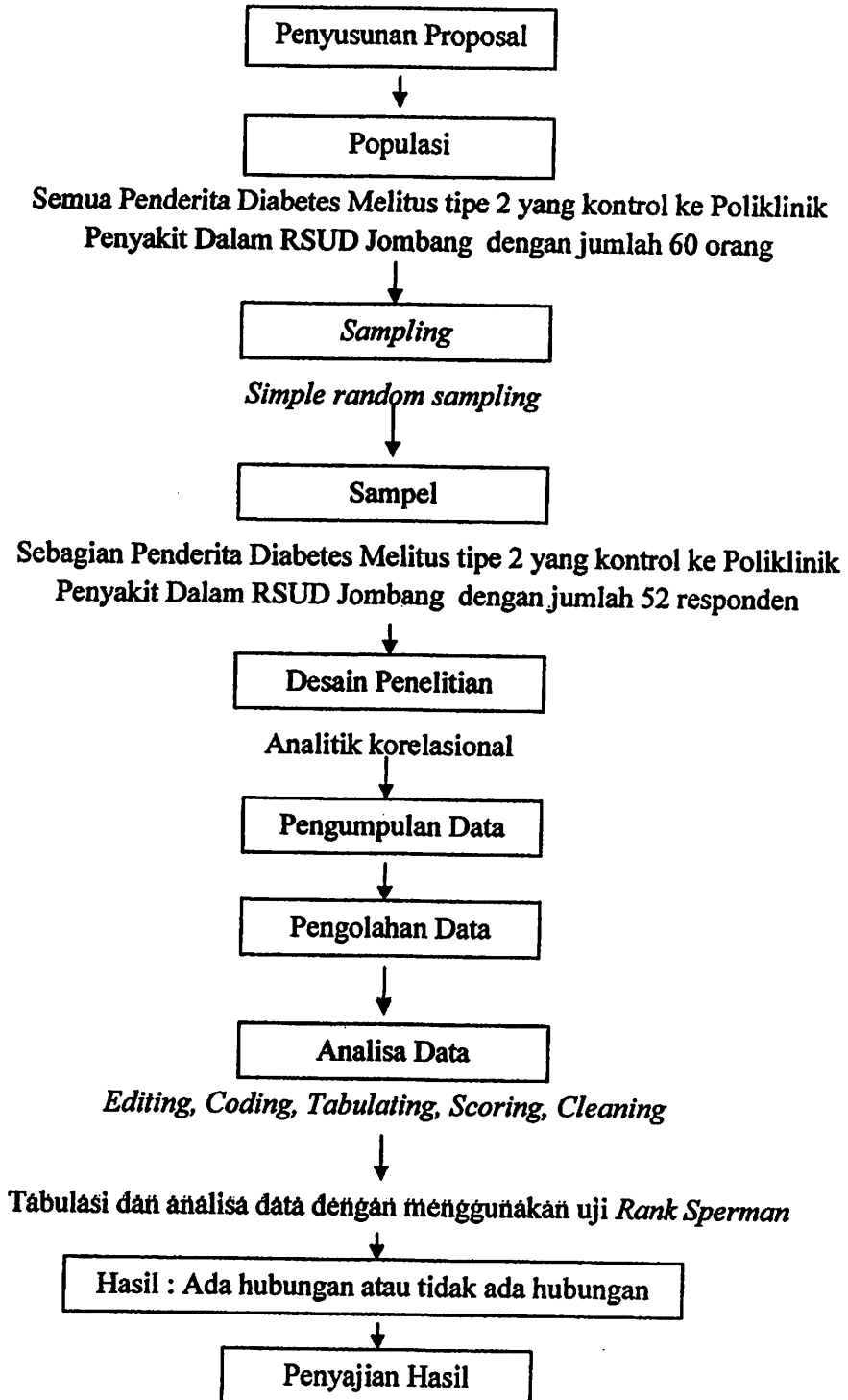
#### 4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Jombang mulai bulan Pebruari sampai dengan bulan Juli 2010.



### 4.3 Kerangka Kerja

Kerangka kerja penelitian



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian

#### **4.4 Populasi, Sampel dan *Sampling***

##### **4.4.1. Populasi**

Dalam penelitian ini populasinya adalah semua penderita Diabetes Melitus tipe 2 yang kontrol ke poliklinik penyakit dalam RSUD Jombang dengan jumlah 60 orang

##### **4.4.2. Sampel**

Dalam penelitian ini sampelnya adalah sebagian penderita Diabetes Melitus tipe 2 yang kontrol ke Poliklinik penyakit dalam RSUD Jombang dengan jumlah 52 responden yang memenuhi kriteria inklusi antara lain :

1. Penderita Diabetes Melitus tipe 2 yang datang berobat ke poliklinik penyakit dalam RSUD Jombang
2. Penderita Diabetes Melitus tipe 2 yang kooperatif
3. Penderita Diabetes Melitus tipe 2 usia 40 sampai 65 tahun
4. Penderita Diabetes Melitus tipe 2 yang menggunakan OAD (Oral Anti Diabetik)
5. Penderita Diabetes Melitus tipe 2 yang bersedia menjadi responden

Sedangkan untuk Kriteria Eksklusi :

1. Penderita Diabetes Melitus tipe 2 dengan hemiparese/hemiplegi
2. Penderita Diabetes Melitus tipe 2 usia diatas 65 tahun
3. Penderita Diabetes Melitus tipe 1

##### **4.4.3 Besar Sampel**

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang akan dijadikan sampel (Notoatmodjo, 2000).

Besar sampel menurut Nursalam 2007 apabila populasinya kurang dari 1000 maka dapat dihitung dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

N : Populasi

n : Sampel

d : Tingkat Kesalahan

$$n = \frac{60}{1 + 60(0.05^2)}$$

$$n = \frac{60}{1,15}$$

$$= 52,17$$

$$= 52 \text{ responden}$$

#### 4.4.4 Sampling

*Sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *simple random sampling* yaitu teknik penentuan sampel secara acak sederhana dimana semua populasi mendapatkan kesempatan yang sama untuk dijadikan responden (Wibisono, 2008).

#### 4.5 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

Variabel adalah karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi yang nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris atau ditentukan tingkatannya (Setiadi, 2007). Dalam penelitian ini akan dibedakan 2 variabel yaitu variabel dependen dan independen, yaitu :

**Variabel bebas**

Variabel bebas pada penelitian ini adalah *self care* dan lamanya menderita Diabetes Melitus

**Variabel terikat**

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup

**4.6. Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah mendefinisikan secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek fenomena (Aziz, 2007).

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Kategori
1	Variabel independen <i>Self care</i>	suatu proses dimana individu mencegah, meningkatkan derajat kesehatannya dan mendeteksi penyakitnya serta merawat dirinya	Pernyataan responden tentang kemampuan merawat diri yang meliputi mencegah, meningkatkan derajat kesehatannya dan mendeteksi penyakitnya serta merawat dirinya sesuai dengan perawatan Diabetes Melitus modifikasi dari teori Dorothe Orem	K U E S I O N E R	O R D I N A L	- Baik: 76-100% (kode 3) - Cukup: 56-75% (kode 2) - Kurang: <56% (kode 1)
	Lama menderita Diabetes Melitus	Waktu dari mulai terdiagnosis sampai sekarang			O R D I N A L	1 - 3 tahun Tidak lama : 1 4 - 6 tahun Cukup lama : 2 > 6 tahun Lama : 3
2	Variabel dependen:  Kualitas hidup	Kemampuan seseorang untuk melakukan fungsi hidupnya secara normal dimasyarakat menurut persepsinya sendiri	Jawaban responden tentang aspek / dimensi kualitas hidup yang meliputi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan berdasarkan kriteria dari WHO tahun 2003	K U E S I O N E R	O R D I N A L	- Baik: 76-100% (kode 3) - Cukup: 56-75% (kode 2) - Kurang: <56% (kode 1)

#### 4.7 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah instrumen kualitas hidup dari WHO yang terdiri dari 25 item pertanyaan yang meliputi aspek fisik,

psikologis, hubungan sosial dan lingkungan serta instrumen tentang *self care* tentang cara perawatan penderita Diabetes Melitus (WHO, 2003).

#### **4.8 Pengumpulan dan Analisis Data**

Adapun teknik pengumpulan data adalah sebagai berikut :

1. Mengurus surat perizinan untuk penelitian kepada bagian Diklat RSUD Jombang
2. Memberikan penjelasan pada calon responden tentang tujuan penelitian dan dianjurkan menandatangani lembar persetujuan sebagai responden.
3. Responden diminta untuk mengisi kuesioner dengan batasan waktu 30 menit mengenai data tentang *self care*, lama menderita Diabetes Melitus dan status kualitas hidup yang meliputi aspek fisik, psikologis, lingkungan dan hubungan sosial, dan dilakukan pada waktu responden kontrol ke Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang dengan cara didampingi oleh peneliti dan apabila responden tidak bisa membaca dilakukan wawancara dengan responden.
4. Setelah data keseluruhan terkumpul kemudian ditabulasi dan di analisis dengan menggunakan uji *Rank-Sperman* dengan derajat kemaknaan  $\rho < 0,05$  artinya ada hubungan yang bermakna 2 variabel.

#### **4.9 Pengolahan dan Anallsa Data**

##### **4.9.1 Pengolahan Data**

Data yang telah terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan dengan teknik sebagai berikut :

1. *Editing*

*Editing* adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data.

2. *Coding*

*Coding* adalah usaha mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

3. *Scoring*

*Scoring* adalah penentuan jumlah skor, dalam penelitian ini menggunakan skala ordinal.

4. *Tabulating (Tabulasi) dan Cleaning*

*Tabulating* adalah pengelompokkan dengan membuat tabel distribusi frekuensi sesuai dengan analisis yang dibutuhkan.

#### 4.9.2. Analisa Data

Analisa data *self care* dan lamanya menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus.

Untuk variabel *self care* dan lamanya menderita Diabetes Melitus data dikumpulkan melalui kuesioner kemudian ditabulasi dan dikelompokkan, kemudian diberi skor 3, cukup dengan skor 2, kurang dengan skor 1 . Hasilnya jawaban responden dijumlahkan dan dibagi dengan jumlah tertinggi lalu dikalikan 100% dengan rumus :

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

**Keterangan :**

**N** : Nilai yang didapat

**Sp** : Skor yang didapat

**Sm** : Skor maksimal (Nursalam, 2003)

Untuk variabel status kualitas hidup data dikumpulkan melalui jawaban/pernyataan dari responden kemudian dikategorikan baik dengan skor 3, cukup dengan skor 2, kurang dengan skor 1. Hasil jawaban responden dijumlahkan dan dibagi dengan jumlah tertinggi lalu dikalikan 100% dengan rumus :

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

**Keterangan :**

**N** : Nilai yang didapat

**Sp** : Skor yang didapat

**Sm** : Skor maksimal

Sedangkan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel digunakan uji korelasi *Rank Spearman*, yang akan diolah atau dihitung dengan menggunakan bantuan komputerisasi program *SPSS windows 16,00* dengan tingkat kesalahan  $\alpha = 0,05$  jika nilai  $\rho < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yang artinya ada hubungan antara *self care* dan lamanya menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus

#### **4.10 Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan izin kepada Bagian Diklat RSUD Jombang untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapatkan



persetujuan, peneliti memberikan kuesioner dan melakukan observasi ke subyek yang diteliti dengan menekankan pada masalah etika meliputi :

1. Lembar persetujuan penelitian (*Inform Consent*)

Lembar persetujuan yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian serta manfaat penelitian. Bila subyek menolak untuk menjadi responden maka peneliti tidak memaksa, tetap menghormati hak-hak subyek (responden).

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Identitas responden dijaga kerahasiaannya. Dalam penulisannya hanya diberi kode atau simbol.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua informasi yang diberikan oleh subyek maupun hasil pengamatan penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

#### 4.11 Keterbatasan

Pengumpulan data dengan wawancara menggunakan kuesioner, yang memungkinkan responden lupa terutama tentang lama menderita Diabetes Melitus secara pasti sehingga mempengaruhi hasil analisisnya.

**BAB 5**  
**ANALISIS HASIL PENELITIAN**

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil penelitian dan analisis data penelitian tentang hubungan antara *self care* dan lamanya menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetis Melitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang dengan cara wawancara yang diperoleh mulai dari tanggal 17 Mei 2010 sampai dengan 15 Juni 2010 dan akan disajikan mengenai data umum dan khusus responden penelitian.

#### 5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSUD Jombang merupakan Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten Jombang tipe B non pendidikan, sedangkan penelitian ini dilakukan di Poli Penyakit Dalam dengan jumlah ketenagaan adalah sebagai berikut 3 Dokter umum, 2 Dokter Spesialis Penyakit Dalam, 2 perawat dan 1 orang administrasi dengan rata-rata jumlah kunjungan setiap hari kurang lebih 50 pasien dengan berbagai macam kasus.

#### 5.2 Data Umum

##### 5.2.1 Karakteristik responden berdasarkan umur

Berdasarkan tabel 5.1 dibawah diketahui dari 52 responden didapatkan separuhnya (50%) berusia 56 tahun sampai dengan 63 tahun, sedangkan sebagian kecil responden (11,6%) berumur 64-65 tahun. Untuk lebih detailnya dapat dilihat pada tabel 5.1

**Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Jombang tahun 2010.**

No	Umur	Jumlah	Persentase
1	40 tahun – 47 tahun	10	19,2%
2	48 tahun – 55 tahun	10	19,2%
3	56 tahun – 63 tahun	26	50%
4	64 tahun – 65 tahun	6	11,6%
	Jumlah	52	100%

### 5.2.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan tabel dibawah ini dari 52 responden didapatkan lebih dari separuhnya (52%) berjenis kelamin perempuan.

**Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Jombang tahun 2010.**

No	Jenis kelamin	Jumlah	Persentase
1	Laki – laki	25	48%
2	Perempuan	27	52%
	Jumlah	52	100%

### 5.2.3 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Dari 52 responden penelitian didapatkan sebagian besar responden mempunyai pekerjaan sebagai pensiunan yaitu sebanyak 18 responden (34%), sedangkan hanya sebagian kecil (7.7%) mempunyai pekerjaan sebagai petani, untuk distribusi pekerjaan responden selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini

**Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Jombang tahun 2010.**

No	Pekerjaan	Jumlah	Persentase
1	Swasta	8	15,4%
2	Petani	4	7,7%
3	TNI/POLRI	2	3,8%
4	Pensiunan	18	34,6%
5	Ibu rumah tangga	9	17,3%
6	PNS	11	21,2%
	Jumlah	52	100%

### 5.3 Data Khusus

#### 5.3.1 Karakteristik responden berdasarkan *self care*

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan *self care*

No	<i>Self care</i>	Jumlah	Persentase
1	Baik	2	3,8%
2	Cukup	16	30,8%
3	Kurang	34	65,4%
	Jumlah	52	100%

Dari komponen *self care* penderita Diabetes Melitus Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Jombang Tahun 2010 didapatkan dari 52 responden bahwa kemampuan *self care* pada aspek mencegah komplikasi masih kurang dimana hasil dari kemampuan mengakses informasi hanya 9,6%, Melakukan diskusi untuk membahas penyakit 7,6%, mencari informasi dari petugas kesehatan 17,3%, merencanakan jadwal makan 30,7%, memperhatikan jumlah kalori 36,5%, mengikuti penyuluhan gizi 23,7%, memperhatikan jadwal makan 36,5%.

Sedangkan untuk *self care* dalam meningkatkan kesehatan yang dalam kategori baik pada aspek melaksanakan aktifitas ringan setiap hari sebanyak 90,38%, melakukan pekerjaan sesuai kemampuan sebanyak 84,6% dan tidak mengonsumsi makanan yang mengandung alkohol sebanyak 100%, sedangkan yang untuk kategori cukup yaitu pada aspek melaksanakan aktifitas secara berkala sebanyak 75% dan makan camilan diantara jadwal makan sebanyak 55,7%.

### 5.3.2 Karakteristik responden berdasarkan aspek dalam kualitas hidup

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan kualitas hidup

No	Kualitas hidup	Jumlah	Persentase
1	Baik	11	21,2%
2	Cukup	16	30,8%
3	Kurang	25	48,1%
	Jumlah	52	100%

Dari komponen kualitas hidup penderita Diabètes Melitus Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Jombang Tahun 2010 didapatkan dari 52 responden bahwa dari dimensi fisik, responden lebih banyak mengalami kepuasan terhadap tidur yaitu sebanyak 80,7%, sedangkan untuk kualitas hidup pada dimensi psikologis, responden masih kurang dalam hal berkonsentrasi (51,9%), menerima penampilan tubuh (32,69%), untuk kualitas hidup pada dimensi hubungan sosial responden cukup mengalami kepuasan terhadap hubungan sosial (67,30%), sedangkan untuk kepuasan terhadap hubungan sexual masih kurang yaitu sebanyak 19,23%). Untuk kualitas hidup pada dimensi lingkungan dengan penjabaran sebagai berikut : Memiliki rasa aman dan nyaman dalam kehidupan sehari-hari (50%), kesehatan lingkungan tempat tinggal (55,76%), memiliki kecukupan uang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (40,38%), Ketersediaan informasi sehari-hari (42,38%), memiliki kesempatan untuk bersenang-senang atau rekreasi (21,15%), kepuasan terhadap kondisi tempat tinggal (40,38%), kepuasan terhadap akses kesehatan (61,53%), kepuasan terhadap transportasi yang dijalani setiap hari (50%).

### 5.3.3 Karakteristik responden berdasarkan lama menderita Diabetes Melitus

Tabel 5.6 Distribusi responden berdasarkan lama menderita Diabetes Melitus

No	Lama menderita	Jumlah	Persentase
1	1 – 3 tahun	25	48,1%
2	4 – 6 tahun	8	25,4%
3	Lebih dari 6 tahun	19	36,5%
	Jumlah	52	100%

Dari 52 responden didapatkan bahwa hampir separuhnya (48,1%) responden menderita Diabetes Melitus selama 1–3 tahun, sedangkan sebagian kecil (25,4%) responden menderita Diabetes Melitus selama 4–6 tahun.

### 5.4 Tabulasi silang antara *self care* dan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang tahun 2010

Dari 52 responden penelitian didapatkan bahwa responden yang melakukan *self care* dengan baik sebanyak 2 responden dimana memiliki kualitas hidup baik sebanyak 1 responden, sedangkan yang melakukan *self care* cukup sebanyak 16 responden (30,8%) memiliki kualitas hidup baik sebanyak 4 responden (7,7%), responden yang melakukan *self care* kurang sebanyak 34 responden yang memiliki kualitas hidup kurang sebanyak 21 responden (40,4%), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.7

**Tabel 5.7** Tabulasi silang antara *self care* dan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang tahun 2010

No	Kualitas hidup	Kurang	Cukup	Baik	Jumlah
<i>Self care</i>					
1	Kurang	21 40,4%	7 13,5%	6 11,5%	34 65,4
2	Cukup	3 5,8%	9 17,3%	4 7,7%	16 30,8
3	Baik	1 1,9%	0 0%	1 1,9%	2 3,8%
	Jumlah	25 48,1%	16 30,8%	11 21,2%	52 100%

**5.5 Tabulasi silang antara lama menderita dan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang tahun 2010**

Dari 52 responden penelitian didapatkan bahwa responden yang lama menderita lebih dari 6 tahun sebanyak 19 responden (36,5%) dimana memiliki kualitas hidup baik sebanyak 8 responden (15,4%), yang memiliki kualitas hidup kurang sebanyak 4 responden (7,7%), sedangkan yang lama menderita Diabetes Melitus 4 – 6 tahun sebanyak 8 responden (15,4%) dimana memiliki kualitas hidup baik sebanyak 3 responden (5,8%), sedangkan yang memiliki kualitas hidup kurang sebanyak 3 responden (5,8%). Responden yang lama menderita 1-3 tahun sebanyak 25 responden (48,1%) dimana memiliki kualitas hidup baik sebanyak 14 responden (26,9%) dan yang memiliki kualitas hidup jelek sebanyak 4 Responden (7,7%).



Tabel 5.8 Tabulasi silang antara lama menderita dan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang tahun 2010

No	Kualitas hidup	Baik	Cukup	Jelek	Jumlah
Lama menderita					
1	1 – 3 tahun	14 26,9%	7 13,5%	4 7,7%	25 48,1%
2	4 – 6 tahun	3 5,8%	2 3,8%	3 5,8%	8 15,4%
3	Lebih dari 6 tahun	8 15,4%	7 13,5%	4 7,7%	19 36,5%
	Jumlah	25 48,1%	16 30,8%	11 21,2%	52 100%

**5.6 Uji korelasi antara *self care* dan lama menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang**

Hasil analisis korelasi *Rank Spearman* antara *self care* dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus dengan nilai  $\alpha : 0,05$  diperoleh nilai  $p : 0,022$  sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai  $p$  lebih kecil dari nilai  $\alpha$  sehingga hipotesis penelitian ini diterima yang artinya ada hubungan antara *self care* dan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus dengan tingkat koefisiensi korelasi sebesar 0,317 yang artinya ada hubungan cukup signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus.

Tabel 5.9 Uji korelasi antara *self care* dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus

		<i>Self care</i>	Kualitas hidup
<i>Self care</i>	Koefisien korelasi	1.000	0.317
	Sig. (2-tailed)		0.022
	N	52	52
Kualitas hidup	Koefisien korelasi	0.317	1.000
	Sig. (2-tailed)	0.022	
	N	52	52

Analisa korelasi *Rank Spearman* antara lamanya menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus dengan nilai  $\alpha : 0,05$  diperoleh nilai  $p = 0,365$  sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai  $p$  lebih besar dari nilai  $\alpha$  sehingga hipotesis penelitian ini ditolak yang artinya tidak ada hubungan antara lamanya menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus

Tabel 5.10 Uji korelasi antara lama menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus

		Lama menderita	Kualitas hidup
Lama menderita	Koefisien korelasi	1.000	0.128
	Sig. (2-tailed)		0.365
	N	52	52
Kualitas hidup	Koefisien korelasi	0.128	1.000
	Sig. (2-tailed)	0.365	
	N	52	52

**BAB 6**  
**PEMBAHASAN**

## BAB 6

### P E M B A H A S A N

Untuk mendapatkan gambaran karakteristik umum responden penelitian ini, maka dilakukan analisis deskriptif data dasar seluruh kelompok penelitian.

→ Pada penelitian ini penyakit Diabetes Melitus lebih sering diderita oleh kelompok umur berkisar antara 56 – 63 tahun yaitu sebanyak 50% dari semua responden. Karena Diabetes mellitus umumnya mengenai orang dewasa dan tua, karena dikaitkan dengan aktifitas sel yang berkurang terhadap insulin yang akan berakibat terjadi gangguan pada berbagai fungsi tubuh misalnya perubahan sensorik, perubahan pola aktifitas, perubahan fungsi ginjal, perubahan afektif/kognitif, faktor sosial ekonomi, dan gangguan interaksi obat, selain itu pasien dengan bertambahnya usia tidak mampu untuk melaksanakan rencana terapi Diabetes Melitus dengan rinci (Smletzer, 2002).

Usia merupakan salah satu faktor yang bersifat mandiri dalam pengaruhnya terhadap perubahan toleransi tubuh terhadap glukosa. Hampir semua studi epidemiologi baik baik yang bersifat *cross sectional* maupun *longitudinal* menunjukkan bahwa prevalensi gangguan toleransi glukosa dan Diabetes Melitus meningkat bersama pertambahan umur (Sudoyo, 2007).

Umumnya Diabetes Melitus orang dewasa hampir 90% termasuk Diabetes Melitus tipe 2. Dari jumlah tersebut dikatakan bahwa 50% adalah pasien berumur lebih dari 60 tahun. Kita ketahui bahwa Diabetes Melitus tidak hanya sekedar adanya kenaikan kadar glukosa darah atau hiperglikemia. Selain terjadi gangguan metabolisme gula, pada pasien Diabetes mellitus juga mengalami gangguan metabolisme lipid, sering disertai kenaikan berat badan yang merupakan faktor risiko (Sudoyo, 2007). Penyakit Diabetes Melitus tidak dapat disembuhkan

dengan cara mengendalikan gula darah dalam batas normal. Penyakit ini akan menyertai penderita seumur hidup, sehingga akan mempengaruhi terhadap kualitas hidup penderita baik dari keadaan kesehatan fisik, psikologis, social dan lingkungan.

Tetapi pada kenyataannya, bahwa semua pasien yang berusia lebih tua hanya dapat mengikuti susunan terapi yang paling sederhana. Tapi pada kenyataannya penderita Diabetes Melitus kini dapat hidup semakin lama, oleh karena itu Diabetes Melitus tipe 2 lebih sering terlihat pada populasi usia yang lebih tua.

Proporsi jenis kelamin responden penelitian menunjukkan kecenderungan lebih banyak perempuan (lebih dari separuhnya) dari pada laki-laki, walaupun Diabetes Melitus bisa diderita laki-laki dan perempuan.

Prevalensi responden penderita Diabetes Melitus sebagian besar memiliki pekerjaan sebagai pensiunan Pegawai Negeri Sipil yaitu sebanyak 34,6% hal ini mungkin karena pensiunan lebih memanfaatkan fasilitas pelayanan asuransi kesehatan, sebagian besar responden ini tidak memiliki aktifitas tambahan dirumah, sehingga lebih banyak berdiam diri yang akan mengakibatkan gangguan pengambilan glukosa, sedangkan sebagian kecil (7,7%) responden mempunyai pekerjaan sebagai petani TNI yang masih aktif bekerja/beraktifitas.

Latihan/aktifitas sangat penting dalam penatalaksanaan/pencegahan Diabetes Melitus karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskuler. Aktifitas akan menurunkan kadar glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Semua efek ini sangat bermanfaat pada

Diabetes Melitus karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stress, mempertahankan kesegaran tubuh (Smeltzer, 2002).

Dari hasil penelitian di ruang Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang didapatkan hasil bahwa 52 responden didapatkan responden yang melakukan *self care* dengan baik hanya sebagian kecil saja, sedangkan sebagian besar responden kurang melakukan *self care*.

Dari data diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden kurang melakukan perawatan diri, meskipun pasien sudah mengalami Diabetes Melitus bertahun-tahun, pengkajian yang cermat terhadap pengetahuan dan kepatuhan pasien untuk mengikuti rencana perawatan diri harus dilakukan. Perencanaan dan implementasi rencana pengajaran yang mencakup tentang informasi dasar tentang Diabetes Melitus, penyebab dan gejalanya, komplikasi jangka panjang dan pendek, dan terapinya merupakan masalah yang perlu diperhatikan. Kepada penderita perlu diajarkan aktifitas perawatan mandiri untuk mencegah komplikasi jangka panjang dan penatalaksanaan faktor risiko (Smeltzer, 2002).

Tujuan perawatan mandiri adalah untuk meminimalkan komplikasi yang terjadi yang fokusnya adalah masalah kualitas hidup pada berbagai aspek, seperti mempertahankan kemampuan untuk mengurus diri sendiri tanpa bantuan orang lain dan mempertahankan/meningkatkan kesehatan secara umum. Sehingga disini peran seorang perawat profesional tidak hanya pada aspek fisik saja tetapi melibatkan aspek yang lain yaitu psikososial, termasuk kualitas hidup penderita, selain itu keperawatan difokuskan pada aspek perawatan diri (*self care*) untuk mempertahankan bagian dari kehidupannya (Pearson, 1996).

Jumlah responden penelitian yang mempunyai lama menderita Diabetes Melitus sebagian besar 1-3 tahun dengan jumlah hampir separuhnya, lama

menderita Diabetes Melitus terhitung sejak penderita didiagnosis menderita Diabetes Melitus, sedangkan lama menderita Diabetes mellitus yang sebenarnya tidak diketahui dengan pasti, dan biasanya penderita datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan kadang sudah mengalami komplikasi atau diketahui secara tiba-tiba saat pemeriksaan yang lain.

Kebanyakan penderita Diabetes Melitus tidak menunjukkan gejala dan tidak terdiagnosa sampai bertahun – tahun dari berbagai penelitian diyakini bahwa penderita baru yang terdiagnosa sudah mempunyai Diabetes Melitus 4-7 tahun sebelum terdiagnosis, sehingga saat terdiagnosis ditegakkan penderita Diabetes Melitus sudah ada komplikasi kronis (PERKENI, 2006).

Data ini menunjukkan bahwa Diabetes Melitus memang suatu penyakit kronis yang memerlukan terapi yang teratur dan terus menerus untuk menghambat terjadinya penyulit akut maupun penyulit menahun. Penyulit akut seperti ketoasidosis metabolik, hiperosmolar non ketotik, dan hipoglikemi, sedangkan penyulit menahun seperti makroangipati, mikroangipati dan neuropati.

Hasil analisa korelasi *Rank Spearman* antara *self care* dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus dengan nilai  $\alpha : 0,05$  diperoleh nilai  $p : 0,022$  sehingga dapat interpretasikan bahwa nilai  $p$  lebih kecil dari nilai  $\alpha$  sehingga hipotesis penelitian ini diterima yang artinya ada hubungan antara *self care* dan kualitas hidup penderita Diabetes mellitus dengan tingkat koefisiensi korelasi sebesar 0,317 yang artinya ada hubungan cukup signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusman Ibrahim tentang kualitas hidup pada penderita yang menjalani pemasangan stoma dan merupakan akibat penyakit kronis pula, dan menunjukkan bahwa sebagian besar subjek (77,4%) mempersepsikan tingkat kualitas

hidupnya dari rentang 'sangat kurang sampai cukup' dan untuk kesehatan umum pun sebagian besar (83,1%) menganggap 'sangat tidak puas sampai cukup puas'. 'Kepuasan terhadap dukungan dari teman' merupakan item kualitas hidup yang paling tinggi menurut responden, diikuti dengan kepuasan dengan kondisi tempat tinggal, kepuasan terhadap bantuan kesehatan, makna hidup, dan menikmati hidup. Sedangkan kepuasan terhadap hubungan seksual merupakan skor terendah diikuti oleh item kemampuan untuk berjalan atau berpergian, kemampuan untuk bekerja, kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada skor total kualitas hidup subjek berdasarkan kelompok usia, pendidikan, pekerjaan, lamanya menjalani stoma, jenis kelamin, dan masalah kesehatan yang menyertai.

Kualitas hidup merupakan dampak dari masalah kesehatan yang penting, mewakili dan merupakan tujuan utama dari setiap pengobatan atau intervensi keperawatan, dan sudah merupakan kebutuhan bagi seseorang, bukan hanya kuantitas seseorang yang bertahan hidup, tetapi dalam keadaan tidak sehat akan mengganggu kebahagiaan dan kestabilan individu, untuk membantu penderita agar mereka dapat merawat dirinya sendiri (*self care*), sehingga komplikasi yang mungkin timbul dapat dikurangi, selain itu juga jumlah hari sakit dapat ditekan, agar penderita dapat berfungsi dan berperan sebaik-baiknya didalam masyarakat, agar penderita dapat lebih produktif dan bermanfaat serta menekan biaya perawatan (Hiswani, 2009).

Dengan perawatan diri yang baik maka akan mencegah terjadinya komplikasi akut maupun komplikasi kronis, sehingga nantinya akan terjadi peningkatan kualitas hidup penderita.



Analisa korelasi *Rank Spearman* antara lamanya menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus dengan nilai  $\alpha : 0,05$  diperoleh nilai  $p = 0,365$  sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai  $p$  lebih besar dari nilai  $\alpha$  sehingga hipotesis penelitian ini ditolak yang artinya tidak ada hubungan antara lamanya menderita dengan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus.

Kebanyakan penderita Diabetes Melitus tidak menunjukkan gejala dan tidak terdiagnosa sampai bertahun – tahun dari berbagai penelitian diyakini bahwa penderita baru yang terdiagnosa sudah mempunyai Diabetes Melitus 4 – 7 tahun sebelum terdiagnosis, sehingga saat terdiagnosis ditegakkan penderita Diabetes Melitus sudah ada komplikasi kronis (PERKENI, 2006).

Penderita Diabetes Melitus dapat menunjukkan perbaikan kualitas hidup meskipun telah lama menderita, apabila penderita tetap memperhatikan pengelolaan secara benar dengan pemantauan petugas kesehatan. Pada intinya dengan peningkatan pengetahuan melalui penyuluhan kepada penderita dan hal ini merupakan suatu strategi penting untuk mempersiapkan pasien melaksanakan perawatan mandiri (Smletzer, 2002).

Penderita juga perlu diajarkan berbagai ketrampilan bertahap yang mencakup patofisiologi sederhana, bentuk-bentuk terapi (penyuntikan insulin, pemantauan kadar glukosa darah, serta pencegahan komplikasi akut maupun kronis.

**BAB 7**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Pada penelitian ini untuk kemampuan merawat diri (*self care*) pada penderita Diabetes Melitus sebagian besar masih rendah (65,4%), Penderita Diabetes Melitus mempunyai lama menderita 1–3 tahun sejak terdiagnosa yaitu sebanyak 48,1%. *Self care* yang baik ternyata terbukti meningkatkan kualitas hidup penderita Diabetes Melitus yang meliputi aspek fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan, sedangkan lamanya menderita tidak mempengaruhi kualitas hidup penderita Diabetes Melitus.

#### 7.2 Saran

Sesuai dengan hasil penelitian yang ada, maka peneliti bermaksud untuk memberikan saran masukan atau saran kepada perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan perlu menyadari dan memperhatikan dengan baik aspek-aspek kualitas hidup pasien Diabetes Melitus, Pengkajian yang terus menerus berkesinambungan tentang kualitas hidup para pasien sangat diperlukan oleh perawat guna menentukan tindakan yang tepat untuk memberi pertolongan dalam meningkatkan kualitas hidup. Asuhan keperawatan hendaknya tidak hanya berfokus pada masalah fisik saja tapi secara holistik termasuk kebutuhan seksual, psikologis, sosial dan spiritual.



**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Askandar, T 1995, *Diabetes Melitus: Rekapitulasi-1995; Konas III Persatuan Diabetes Indonesia*, ed; Askandar et al, Surabaya.
- Askandar, T 2006, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam FK Unair*, ed; Askandar et al, Airlangga University Press, Surabaya.
- Assal, jp & Golay, JS 1999, *Therapeutic Patient Education : Revisiting the Therapeutic Approach of Long Term Follow Up For the 21<sup>st</sup> Century In Diabetic in the Millenium 1<sup>st</sup>* . ed: Turtle JR, Kaneko T, Osato S. The Potstill Press. Sydney.
- Aziz, A 2007, *Definisi Operasional : Riset Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Bahrodin 2006, *Efek Penyuluhan Kelompok Terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes mellitus Tipe 2*, Thesis. Bagian Ilmu Penyakit Dalam. Universitas Airlangga Surabaya.
- Burn & Grove, S.K 1991, *The Practice of Nursing Research : Conduct, Critiques and Utilisation*. 2<sup>nd</sup> Ed, WB Saunders CO. Philadelphia.
- Dwi, S 1995, *Diet dan Olahraga pada Diabetes Melitus*, Jakarta, Yayasan Diabetes Indonesia.
- Harjanti, P 2007. *Pengaruh Senam Diabetes Terhadap Peningkatan Keseimbangan Fungsional dan Kualitas Hidup Pada penderita DM Tipe 2*, Tesis, Universitas Airlangga.
- Hendromartono, 2002. *The Role of PPAR Actifator on Insulin Resistance*, Surabaya Diabetes Update XI, ed : Askandar et al, Surabaya.
- Hiswani, 2009, *Penyuluhan Kesehatan pada Penderita Diabetes Mellitus*, Universitas Sumatra Utara, Medan.
- Ibrahim, K 2009, *Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis*, Artikel, Universitas Padjajaran, Bandung.
- Notoatmojo ,S 2000, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Bandung.
- Nursalam, 2003, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam, 2007, *Konsep dan penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.

- Pearson, A & Vaugan B 1996. *Self Care In Nursing Model For Practice*, William Hainemman Medical Book, London p.69 - 122
- PERKENI, 2006, *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*, Jakarta. Pengurus Besar Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PB PERKENI)
- Rose, M, Fliege, H, Hildebrant, M, 2002. *The Network of Psychological Variables in Patient With Diabetes and Their Importance for Quality of Life and Metabolic Control*, *Diabetes Care* p. 25
- Rubin, 1999, *Quality Of Life*, vol 5, no.2 Department Of Medicine University School Of Medicine, Baltimore. hal 30-32
- Setiadi, 2007, *Konsep dan Penelitian Riset Keperawatan*, Graha Ilmu, Jakarta.
- Smeltzer, Suzanne C, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddart*, editor edisi Bahasa Indonesia: Endah Pakaryaningsih dan Monica Ester, EGC, Jakarta.
- Soetarjo, 1991, *Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Melitus: Ilmu Penyakit Dalam*, ed : Soetarjo et al, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Spilker, B 1996, *Quality Of Life and Pharmacoeconomic in Clinical Trials; Second Edition*, Lippincott – Raven, Philadelphia New York.
- Sudoyo, W 2007. *Diabetes dan lansia dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam FKUI*, ed: Sudoyo et al, Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- The WHOQol project. *Qulaity Of Life*, Retrieved November 28<sup>th</sup> 2003 from <http://acpmh.unimelb.edu>.
- Tomey and Aligood, 2006, *Self Care In Nursing Theory and Their Work*, William Hainemman Medical Book, London
- Ventegodt, S 2003, *Quality Of Life Theory. The IQOL Theory : An Integrative Theory Of The Global Of Life Concept*, Ben Gurion University, Denmark
- Votey and Peter , 2002, *Health Related Quality Of Life (HRQOL)* <http://acpmh.unimelb.edu>.
- Votey SR, Peters AL, 2002 Diabetes Melitus Tipe 2 <http://www.emedicine.com/emerg/topic>

WHOQol Group, 2009, WHOQol – BREF, *Introduction, Administration, scoring, and generic version of thr assessment, field trial version*. Retrieved November 28th, 2002 from <http://www.popcouncil.org/horizontal/>.

Wibisono, G 2009, *Biostatistik Penelitian Kesehatan: Biostatistik Dengan Komputer (SPSS 16 For Windows)*, Percetakan Dua Tujuh, Surabaya



**LAMPIRAN**



**LEMBAR KUESIONER**

Nama :

Usia :

- 40 th – 50 th  
 51 th – 60 th  
 61 h – 65 th  
 Lebih dari 65 th

Jenis Kelamin :

- Laki - laki  
 Perempuan

Pekerjaan :

- Swasta  
 Petani  
 TNI / POLRI  
 Pensiunan  
 Lainnya

Lama menderita Diabetes Melitus

- 1 – 3 Tahun  
 4 – 6 tahun  
 Lebih dari 6 tahun

**A. Perawatan Diri ( *Self care* )**

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai. Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada empat minggu terakhir.

No	Kriteria	Setiap hari	Seminggu 2 kali	Seminggu 1 kali	Dua minggu 1 kali	Tidak pernah
<b>Mencegah Komplikasi</b>						
1	Kapan anda meluangkan waktu untuk mendapatkan informasi tentang Diabetes Melitus?					
2	Kapan anda melakukan diskusi secara kelompok untuk membahas masalah/ penyakit anda?					
3	Kapan anda mencari informasi tentang penyakit anda melalui poster/ leaflet/TV/petugas kesehatan?					
4	Apakah anda merencanakan jadwal makan setiap hari?					
5	Apakah anda selalu memperhatikan jumlah kalori yang sudah dianjurkan?					
6	Apakah anda selalu mengikuti penyuluhan gizi yang diselenggarakan oleh Puskesmas/RS?					
7	Apakah anda selalu memperhatikan jadwal makan yang dianjurkan?					
<b>Meningkatkan Kesehatan</b>						
8	Kapan anda melakukan aktifitas ringan/senam ringan setiap hari?					
9	Kapan anda melakukan aktifitas berat secara berkala untuk menurunkan berat badan?					
10	Apakah anda melakukan pekerjaan sesuai kemampuan anda setiap hari?					
11	Apakah anda selalu makan snack diantara jadwal makan?					
12	Kapan anda membuat jadwal makan?					
13	Apakah anda selalu mengkonsumsi jenis makanan yang telah dianjurkan?					
14	Apakah anda tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung alkohol?					
<b>Mendeteksi Penyakit</b>						
15	Apakah anda selalu teratur berobat ke Rumah Sakit?					
16	Apakah anda selalu memantau kadar gula sendiri?					

Merawat Diri						
17	Kapan anda melakukan kumur-kumur sesudah makan?					
18	Apakah Anda selalu menggosok gigi secara teratur setiap hari ?					
19	Apakah anda menggunakan alas kaki sebelum latihan fisik?					
20	Apakah anda selalu merawat kaki dengan cara mencuci dan mengeringkan dengan baik?					
21	Kapan anda membersihkan kulit pada liput paha dan ketiak?					
22	Apabila memakai insulin, apakah secara teratur anda gunakan dan sesuai dosis yang dianjurkan dokter					
23	Apakah anda teratur minum obat yang diberikan oleh dokter?					

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda, bersamaan dengan pilihan jawaban. Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai. Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada empat minggu terakhir.

#### B. Status Kualitas hidup

No		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
1	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?	1	2	3	4	5

		Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
2	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktifitas sesuai kebutuhan anda?	5	4	3	2	1

3	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?	5	4	3	2	1
4	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?	1	2	3	4	5
5	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?	1	2	3	4	5
6	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
7	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
8	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5

		Tidak sama sekali	sedikit	Sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
9	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktifitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
10	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?	1	2	3	4	5
11	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?	1	2	3	4	5
12	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari kehari?	1	2	3	4	5
13	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang atau rekreasi?	1	2	3	4	5

		Sangat buruk	Buruk	Biasa saja	Baik	Sangat baik
14	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5
		Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
15	Seberapa puas anda dengan tidur anda?	1	2	3	4	5
16	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktifitas kehidupan anda sehari - hari?	1	2	3	4	5
17	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja ?	1	2	3	4	5
18	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?	1	2	3	4	5
19	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda?	1	2	3	4	5
20	Seberapa puas anda dengan kehidupan seksual anda?	1	2	3	4	5

21	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
22	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
23	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
24	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?	1	2	3	4	5
		Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
25	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti "Feeling Blue"(Kesepian), putus asa, cemas, dan depresi?	5	4	3	2	1

## Keterangan :

Aspek Fisik : P2, P3, P9, P14, P15, P16, P17,

Aspek Psikologis : P1, P4, P5, P6, P18, P25

Aspek Hubungan Sosial : P19, P20, P21

Aspek Lingkungan : P7, P8, P11, P12, P13, P22, P23, P24

**FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN (RESPONDEN)**

**HUBUNGAN *SELF CARE* DAN LAMANYA MENDERITA  
DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES  
MELITUS DI POLI PENYAKIT DALAM RSUD JOMBANG**

**OLEH : HARIYONO, SKep. Ns**

Saya adalah mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, saya akan melakukan penelitian ini untuk mengetahui Hubungan *self care* dan lamanya menderita DM dengan kualitas hidup penderita Diabetes mellitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara kemampuan merawat diri dengan kualitas hidup pada penderita Diabetes Melitus yang nanti akan bermanfaat untuk acuan bagi penderita Diabetes mellitus dalam melakukan perawatan diri.

Penelitian ini dibimbing oleh Prof. DR. Agung Pranoto, dr, SpPD K – EMD. MSc dan Bapak Kusnanto, SKp. MKes, Untuk itu saya mohon partisipasi saudara untuk menjadi responden penelitian. Saya menjamin kerahasiaan dan identitas saudara, partisipasi saudara adalah sukarela tanpa adanya paksaan. Bila saudara berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani pada kolom dibawah ini

**Bersedia**

**Menjadi responden dalam penelitian**

**Jombang,.....**

**Peneliti**

**Responden**

**Hariyono, SKep. Ns**

**(.....)**

**PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN**

Bahwa saya di minta untuk berperan serta dalam penelitian ini sebagai responden dengan mengisi angket yang disediakan oleh peneliti.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas , data maupun informasi yang saya berikan, apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela, tanpa adanya unsure pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan :

**Bersedia**

**Menjadi responden dalam penelitian ini**

**Jombang,.....**

**Peneliti**

**Responden**

(.....)

(.....)

Tabulasi data kualitas hidup

Resp	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	jumlah	%	kategori	
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	44	4	Kurang	
2	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	62	23.07	Kurang	
3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	4	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	67	64	Cukup	
4	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	2	2	58	36	Kurang	
5	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	66	60	Cukup	
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	54	16	Kurang	
7	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	74	88	Baik
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	54	24	Kurang
9	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	86	100	Baik	
10	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	62	48	Kurang	
11	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	54	20	Kurang	
12	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	84	92	Baik	
13	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	37	0	Kurang	
14	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	53	24	Kurang	
15	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	58	36	Kurang	
16	3	3	3	3	4	3	2	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	70	72	Cukup	
17	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	93	100	Baik	
18	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	2	5	5	5	5	4	101	96	Baik	
19	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	5	2	5	4	4	4	4	5	2	5	5	5	4	4	100	88	Baik	
20	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	55	20	Kurang	
21	3	3	3	3	2	3	2	2	4	4	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	64	48	Kurang	
22	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	1	3	3	4	2	3	3	2	2	2	2	2	2	65	52	Kurang	
23	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	69	68	Cukup	
24	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	2	3	2	4	5	3	4	4	3	2	2	2	3	2	2	81	76	Baik	
25	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	4	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	57	28	Kurang	
26	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	4	3	2	2	80	80	Baik	
27	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	2	3	5	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	79	72	Cukup	
28	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	4	57	24	Kurang	





Lampiran 5

Tabulasi data self care

Resp	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	Jlh	%	Kategori
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	5	4	4	1	1	5	42	22	Kurang
2	1	1	2	5	5	2	5	5	1	5	5	5	1	5	2	5	5	5	5	5	1	1	5	82	60	Cukup
3	1	1	2	1	1	1	1	5	1	5	2	1	1	5	2	1	4	5	5	1	1	1	1	49	26	Kurang
4	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	2	1	4	4	4	1	1	1	5	45	26	Kurang
5	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	5	5	1	5	2	1	5	5	5	1	1	1	5	54	30	Kurang
6	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	4	4	5	1	5	1	4	5	4	1	1	1	50	35	Kurang
7	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3	1	1	5	2	1	5	5	5	5	5	1	5	66	48	Kurang
8	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	63	35	Kurang
9	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	63	43	Kurang
10	1	1	1	5	1	1	1	5	1	5	5	5	1	5	5	1	5	1	5	1	1	1	5	63	48	Kurang
11	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	91	74	Cukup
12	1	1	1	1	1	1	1	5	4	5	5	1	1	5	2	1	5	5	5	5	5	1	5	67	48	Kurang
13	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	1	1	1	5	2	1	4	4	1	1	1	1	5	46	26	Kurang
14	1	1	1	1	5	5	5	5	4	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	4	1	1	5	81	65	Cukup
15	1	1	1	1	1	1	1	5	4	5	1	1	1	5	2	1	5	5	5	4	4	1	5	61	43	Kurang
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	5	5	5	5	1	1	5	48	26	Kurang
17	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	5	1	1	5	5	1	4	4	5	5	1	1	5	65	48	Kurang
18	1	1	5	1	5	3	4	5	4	5	3	3	4	5	5	1	1	1	5	1	3	1	5	72	57	Cukup
19	1	1	1	1	4	1	1	5	5	4	4	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	76	61	Cukup
20	1	1	1	1	1	1	1	4	4	5	1	1	1	5	1	1	5	5	5	5	1	2	1	54	39	Kurang
21	1	1	1	5	1	1	1	5	4	5	5	5	1	5	5	1	5	5	5	4	4	1	5	76	61	Cukup
22	1	1	1	5	5	1	1	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	91	78	Baik
23	4	1	3	1	1	1	1	5	2	4	4	1	1	5	4	1	5	5	5	4	5	5	5	73	61	Cukup
24	1	1	1	1	1	1	1	4	5	2	5	1	4	5	2	1	5	5	1	1	1	1	5	59	39	Kurang
25	3	3	3	3	3	2	5	4	5	5	5	5	1	5	2	1	5	5	4	5	4	1	5	84	78	Baik
26	1	1	1	1	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	1	4	83	70	Cukup
27	2	2	2	1	1	2	2	5	4	5	5	1	1	5	2	1	5	5	5	1	1	1	5	64	39	Kurang
28	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	5	1	1	5	5	5	1	1	5	1	1	1	5	56	39	Kurang
29	1	1	1	1	1	5	1	5	5	5	1	1	5	5	1	5	5	5	5	1	1	1	5	67	43	Kurang



Lampiran 6

**Frequencies**

**Statistics**

		self care	lama menderit	kualitas hidup
N	Valid	52	52	52
	Missing	0	0	0

**Frequency Table**

**self care**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	34	65.4	65.4	65.4
	cukup	16	30.8	30.8	96.2
	baik	2	3.8	3.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

**lama menderit**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak lama	25	48.1	48.1	48.1
	cukup lama	8	15.4	15.4	63.5
	lama	19	36.5	36.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

**kualitas hidup**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	25	48.1	48.1	48.1
	cukup	16	30.8	30.8	78.8
	baik	11	21.2	21.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
self care * kualitas hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

self care \* kualitas hidup Crosstabulation

			kualitas hidup			Total
			kurang	cukup	baik	
self care	kurang	Count	21	7	6	34
		% of Total	40.4%	13.5%	11.5%	65.4%
	cukup	Count	3	9	4	16
		% of Total	5.8%	17.3%	7.7%	30.8%
	baik	Count	1	0	1	2
		% of Total	1.9%	.0%	1.9%	3.8%
Total	Count	25	16	11	52	
	% of Total	48.1%	30.8%	21.2%	100.0%	

**Crosstabs**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
lama menderita * kualitas hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

lama menderita \* kualitas hidup Crosstabulation

			kualitas hidup			Total
			kurang	cukup	baik	
lama menderita	tidak lama	Count	14	7	4	25
		% of Total	26.9%	13.5%	7.7%	48.1%
	cukup lama	Count	3	2	3	8
		% of Total	5.8%	3.8%	5.8%	15.4%
	lama	Count	8	7	4	19
		% of Total	15.4%	13.5%	7.7%	36.5%
Total	Count	25	16	11	52	
	% of Total	48.1%	30.8%	21.2%	100.0%	

**Nonparametric Correlations**

Correlations

			self care	kualitas hidup
Spearman's rho	self care	Correlation Coefficient	1.000	.317*
		Sig. (2-tailed)	.	.022
		N	52	52
	kualitas hidup	Correlation Coefficient	.317*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.022	.
		N	52	52

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

**Nonparametric Correlations**

## Nonparametric Correlations

Correlations

		lama menderitanya	kualitas hidup
Spearman's rho	lama menderitanya	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1.000 .365 52
	kualitas hidup	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.128 .365 52
			1.000 1.000

## Lampiran 7

No	Komponen <i>self care</i>	Rata-rata	Kriteria
<b>Mencegah penyakit/komplikasi</b>			
1	Kemampuan mengakses informasi	9,6%	Kurang
2	Diskusi untuk membahas masalah penyakit	7,6%	Kurang
3	Mencari informasi melalui media/petugas	17,3%	Kurang
4	Merencanakan jadwal makan	30,7%	Kurang
5	Memperhatikan jumlah kalori yang dianjurkan	36,5%	Kurang
6	Mengikuti penyuluhan gizi di Rumah Sakit	23,7%	Kurang
7	Memperhatikan jadwal makan yang dianjurkan	36,5%	Kurang
<b>Meningkatkan kesehatan</b>			
8	Melaksanakan aktifitas ringan setiap hari	90,38%	Baik
9	Melaksanakan aktifitas berat secara berkala	75%	Cukup
10	Melakukan pekerjaan sesuai kemampuan	84,6%	Baik
11	Makan camilan diantara jadwal makan	55,7%	Cukup
12	Membuat jadwal makan setiap hari	32,6%	Kurang
13	Mengonsumsi makanan yang dianjurkan	17,30%	Kurang
14	Tidak mengonsumsi makanan yang mengandung alkohol	100%	Baik
<b>Mendeteksi penyakit</b>			
15	Berobat secara teratur ke RS	84,6%	Baik
16	Memantau kadar gula sendiri	30,76%	Kurang
<b>Merawat diri</b>			
17	Melakukan kumur – kumur setelah makan	86,5%	Baik
18	Menggosok gigi secara teratur setiap hari	88,4%	Baik
19	Menggunakan alas kaki sebelum latihan fisik	92,3%	Baik
20	Merawat kaki dengan cara mencuci dan mengeringkan dengan baik	51%	Cukup
21	Membersihkan kulit, lipat paha dan ketiak	30,76%	Kurang
22	Penggunaan insulin secara teratur dan sesuai dosis yang dianjurkan	9,6%	Kurang
23	Keteraturan minum obat yang diberikan oleh dokter	73,07%	Cukup

## Lampiran 8

No	Komponen kualitas hidup	Rata-rata	Kriteria
<b>Aspek Fisik</b>			
1	Adanya rasa sakit yang mencegah aktifitas sehari-hari	53,84%	Kurang
2	Mebutuhkan terapi untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari	61,5%	Cukup
3	Memiliki vitalitas yang cukup untuk aktifitas sehari - hari	57,69%	Cukup
4	Kemampuan dalam bergaul	71,15%	Cukup
5	Kepuasan terhadap tidur	80,7%	Baik
6	Kemampuan untuk menampilkan aktifitas kehidupan sehari - hari	63,46%	Cukup
7	Kemampuan untuk bekerja	53,84%	Kurang
<b>Aspek Psikologis</b>			
8	Kepuasan terhadap kesehatan	61,5%	Cukup
9	Menikmati hidup	59,61%	Cukup
10	Kemampuan berkonsentrasi	51,9%	Kurang
11	Menerima penampilan tubuh	32,69%	Kurang
12	Kepuasan terhadap diri sendiri	67,30%	Cukup
13	Memiliki perasaan negatif ( <i>Feeling Blue</i> )	63,46%	Cukup
14	Merasa hidupnya berarti	59,61%	Cukup
<b>Aspek hubungan sosial</b>			
15	Kepuasan terhadap hubungan sosial/personal	67,30%	Cukup
16	Kepuasan terhadap kehidupan seksual	19,23%	Kurang
17	Kepuasan/dukungan yang diperoleh dari teman/keluarga	40,38	Kurang
<b>Aspek lingkungan</b>			
18	Rasa aman yang dirasakan dalam kehidupan sehari - hari	50%	Kurang
19	Seberapa sehat lingkungan tempat tinggal	55,76%	Cukup
20	Memiliki kecukupan uang untuk memenuhi kebutuhan sehari - hari	40,38%	Kurang
21	Ketersediaan informasi sehari - hari	42,38%	Kurang
22	Memiliki kesempatan untuk bersenang - senang/rekreasi	21,15%	Kurang
23	Kepuasan terhadap kondisi tempat tinggal	40,38%	Kurang
24	Kepuasan terhadap akses pelayanan kesehatan	61,53%	Cukup
25	Kepuasan dengan transportasi yang dijalani setiap hari	50%	Kurang





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

Nomor : 122/PANEC/LPPM/2010

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 penelitian yang berjudul :

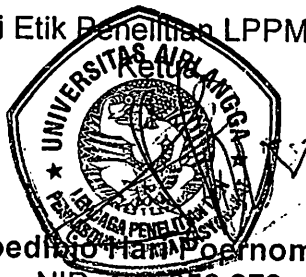
**"Hubungan Antara *Self Care* Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang"**

Peneliti Utama : Hariyono, S.Kep.Ns.  
Unit/Lab. Tempat Penelitian : RSUD Kabupaten Jombang

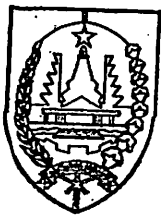
**DINYATAKAN LAIK ETIK**

Surabaya, 8 Juli 2010

Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR



Prof.Dr.H. Soedharto Hariyono, dr., DTMH.  
NIP. 130 359 279



## SURAT KETERANGAN

Nomor : 072 /1694/415.44 / 2010

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

Nama : HARIYONO  
NIM : 090810369

Telah melakukan penelitian di RSUD Jombang untuk Pengambilan Data Awal Mahasiswa Magister PSIK – FKp Unair dengan judul penelitian " Hubungan Antara Lama Menderita Diabetes DM dan Self Care dengan Kualitas Hidup Penderita DM di RSU Jombang " selama 1 bulan .

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 19 Mei 2010

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN JOMBANG  
RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH  
BAMBANG DWI HAYUNANTO, SpKK  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19570225 198603 1 007



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

### PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 14 Mei 2010

Nomor : 070 /H3.1.12/PPd/2010  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKP Unair



Kepada Yth.  
Direktur RSUD Jombang  
di –  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Hariyono  
NIM : 090810369  
Judul Penelitian : Hubungan Antara Self Care dan Lama Menderita  
dengan Kualitas Hidup Penderita DM di RSUD Jombang  
Tempat : Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan  
  
  
Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP. 196612251989031004



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316  
Website : [www.rsudjombang.com](http://www.rsudjombang.com); E-mail: [rsudjombang@yahoo.com](mailto:rsudjombang@yahoo.com) Kode Pos : 61411

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 072 /1694/415.44 / 2010

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

Nama : HARIYONO

NIM : 090810369

Telah melakukan penelitian di RSUD Jombang, mahasiswa Magister PSIK – FKp Unair dengan judul penelitian " Hubungan Antara Lama Menderita Diabetes DM dan Self Care dengan Kualitas Hidup Penderita DM di RSU Jombang " selama 1 bulan .

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 19 Mei 2010

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG



dr. BAMBANG DWI HAYUNANTO, SpKK  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19570225 198603 1 007