

TESIS

**MODEL *SELF MANAGEMENT* INDIVIDU DAN KELUARGA TERHADAP
QUALITY OF LIFE PENDERITA DIABETES MELLITUS (DM) TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NGADILUWIH KEDIRI**



Oleh:

DIAH SEPTA GITAWATI

NIM : 131141034

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

2013

TESIS

**MODEL *SELF MANAGEMENT* INDIVIDU DAN KELUARGA TERHADAP
QUALITY OF LIFE PENDERITA DIABETES MELLITUS (DM) TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NGADILUWIH KEDIRI**

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

Oleh :

DIAH SEPTA GITAWATI

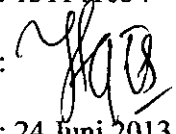
NIM : 131141034

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

2013

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : DIAH SEPTA GITAWATI
NIM : 131141034
Tanda Tangan : 
Tanggal : 24 Juni 2013

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kepada Allah SWT, atas rahmat dan karuniaNya sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “*Model Self Management Individu Dan Keluarga Terhadap Quality Of Life Penderita Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Ngadiluwih Kediri*”.

Saya menyadari sepenuhnya bahwa bantuan dari semua pihak yang terkait dalam penyusunan tesis ini sangatlah besar terutama kedua pembimbing saya yaitu Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Pembimbing I dan Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB, selaku Pembimbing II sehingga penyusunan tesis dapat terwujud. Saya juga menyampaikan rasa hormat dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan bantuan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan.
2. Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., DTM&H., Sp.PD-KTI., FINASIM, sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair yang telah memberikan kesempatan dan bantuan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan.
3. Tim penguji proposal tesis dan penguji tesis yaitu Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes., Dr. H. Budi Utomo, dr., M.Kes. dan Joni Haryanto, S.Kp., M.Si yang telah memberikan saran dan kritik yang membangun demi terselesaikannya penelitian ini.

4. Seluruh Pengajar Program Studi Magister keperawatan, yang telah mentransfer pengetahuannya melalui kegiatan perkuliahan dan praktika.
5. Kepala Puskesmas Ngadiluwih beserta jajarannya yang telah berkenan memberikan kesempatan dan fasilitas untuk terlaksananya penelitian ini.
6. Bapak H. Sigit Imam Yulianto dan Hj. Mamik Mujiati Ningsih selaku kedua orangtua saya yang telah memberikan semangat dan dukungan serta inspirasi selama saya menempuh pendidikan.
7. Arsyad Saputra, ST dan Malika Safaraz Arsyad selaku suami dan anak tercinta yang menjadi motivator saya untuk selalu belajar menjadi manusia yang lebih baik.
8. Seluruh teman-teman program Magister Keperawatan yang telah berkenan berpartisipasi demi kesempurnaan tesis ini.
9. Serta semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu dan telah banyak membantu saya sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini dan semoga penelitian ini berguna bagi semua pihak.

Surabaya, Juni 2013

Diah Septa Gitawati

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Diah Septa Gitawati
NIM : 131 141 034
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah dan Komunitas
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul *Model Self Management Individu Dan Keluarga Terhadap Quality Of Life Penderita Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Ngadiluwih Kediri* beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : Juni 2013

Yang menyatakan

(Diah Septa Gitawati)

RINGKASAN

**MODEL SELF MANAGEMENT INDIVIDU DAN KELUARGA
TERHADAP *QUALITY OF LIFE* PENDERITA DIABETES MELLITUS
(DM) TIPE 2 DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NGADILUWIH
KEDIRI**

Diabetes mellitus (DM) tipe 2 berdasarkan studi epidemiologi terbaru telah memasuki epidemik di Indonesia. DM merupakan kumpulan gejala yang muncul karena tubuh mengalami gangguan dalam mengontrol gula darah dan bila dibiarkan dapat mengakibatkan komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler dan juga akan memberikan efek terhadap *quality of life*. Penurunan *quality of life* meningkatkan angka kesakitan, angka kematian dan mempengaruhi usia harapan hidup penderita DM. Jumlah penderita DM di Indonesia menempati peringkat keempat di dunia (1:40 penduduk Indonesia menderita DM). Hasil studi pendahuluan, *quality of life* penderita DM di wilayah kerja PKM Ngadiluwih belum optimal. Pengobatan pada DM selain mengatasi glikemia juga untuk meningkatkan kualitas hidup (*quality of life*) penderita. Kualitas hidup (*quality of life*) dapat ditingkatkan melalui intervensi untuk meningkatkan *self management behavior*. *Self management* menjadi hal terpenting dalam pengelolaan penyakit DM karena 95% dari perawatan DM dilakukan penderita sendiri. Upaya untuk meningkatkan *self management behavior* harus melibatkan anggota keluarga dari penderita DM. Teori *individual and family self management* menyatakan bahwa meningkatkan *self management* individu dan keluarga akan menghasilkan *outcome* yang positif (Ryan & Sawin, 2009). Dengan menggunakan model *self management* individu dan keluarga berdasarkan IFSMT, maka ingin diteliti pengaruh model *self management* individu dan keluarga terhadap *quality of life* penderita DM

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh model *self management* individu dan keluarga terhadap *quality of life* penderita DM tipe 2. Dalam pengembangannya penelitian ini bertujuan 1) mengidentifikasi pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial pada penderita DM tipe 2, 2) menganalisis pengaruh pengetahuan dan kepercayaan terhadap kemampuan regulasi diri pada penderita DM tipe 2, 3) menganalisis pengaruh kemampuan regulasi diri terhadap fasilitasi sosial penderita DM tipe 2, 4) menganalisis pengaruh fasilitasi sosial terhadap pengetahuan dan kepercayaan pada penderita DM tipe 2, 5) menganalisis pengaruh model *self management* individu dan keluarga terhadap *self management behavior* pada penderita DM tipe 2, 6) menganalisis pengaruh *self management behaviours* terhadap *quality of life* penderita DM tipe 2.

Self management menurut *the individual and family self management theory*, merupakan fenomena kompleks yang dinamis yang terdiri dari 3 dimensi, dimensi konteks, dimensi proses dan dimensi hasil. Faktor-faktor yang berada di dimensi konteks, mempengaruhi individu dan keluarga beradaptasi dalam dimensi proses dari *self management* yang secara langsung memberikan dampak pada dimensi hasil. Peningkatan *self management* individu dan keluarga akan menghasilkan *outcome* yang lebih positif. *Outcome* yang dimaksud adalah *outcome* proksimal dan distal (Ryan & Sawin, 2009). Dimensi kontekstual yaitu

faktor-faktor kondisi spesifik, lingkungan sosial dan fisik dan karakteristik individu dan keluarga. Dimensi proses terdiri dari pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial. Pengetahuan dan kepercayaan memberikan dampak pada perilaku spesifik pada *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence*. *Self regulation* adalah proses yang digunakan untuk mengubah perilaku kesehatan dan beberapa aktivitas seperti penetapan tujuan (*goal setting*), *self-monitoring* dan pemikiran reflektif, pengambilan keputusan, perencanaan dan tindakan, evaluasi diri, dan pengelolaan tanggapan (*management of responses*). Fasilitasi sosial meliputi konsep dari pengaruh sosial, dukungan sosial, dan kolaborasi antara individu, keluarga dan tenaga kesehatan profesional. Dimensi hasil dari teori *individual and family self management* adalah hasil proksimal dan hasil distal. Hasil proksimal adalah keterlibatan secara aktual dalam perilaku *self management*. Hasil distal berhubungan dengan pencapaian kesuksesan dari hasil proksimal. Hasil distal ini dibagi menjadi tiga kategori yaitu status kesehatan, *quality of life* atau kesejahteraan yang dirasakan dan biaya kesehatan langsung maupun tidak langsung.

Kerangka pikir penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah mengangkat masalah proses *self management* dalam *self management* individu dan keluarga yang berdampak pada *quality of life* melalui peningkatan *self management behavior*. Terdapat 5 faktor yang mempengaruhi model *self management* individu dan keluarga yaitu 1) pengetahuan dan kepercayaan, 2) kemampuan regulasi diri, 3) fasilitasi sosial, 4) model *self management* individu dan keluarga dapat meningkatkan *self management behavior*, 5) peningkatan *self management behavior* mempengaruhi *quality of life* penderita DM.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan dua desain yaitu *eksplanatory* dan *quasy eksperiment*. Desain *eksplanatory* akan dilakukan terlebih dahulu, bertujuan untuk menemukan issue strategis model *self management* individu dan keluarga. Desain kedua adalah *quasy experiment* dengan "*pre dan post test control group design*" yaitu terdapat suatu perlakuan yang diberikan dan kelompok kontrol. Populasi dalam penelitian ini penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih. Besar sampel dalam penelitian ini diambil dengan menggunakan *simple random sampling* yang berjumlah 60 penderita DM. Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah intervensi penerapan model *self management* individu dan keluarga. Model *self management* individu dan keluarga yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah penerapan dengan pemberian modul. Penyusunan modul dilakukan FGD sebelumnya. Variabel *dependent* adalah *self management behavior* dan *quality of life*. Instrumen yang digunakan adalah kuisisioner yang dibuat berdasarkan konsep *self management* individu dan keluarga menurut Ryan & Sawin (2009), yang terdiri dari 54 pertanyaan dengan kuisisioner skala Linkert. Pengukuran peningkatan *self management behavior* terdiri dari 5 aspek yaitu diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah dan perawatan kaki. Sedangkan penilaian *quality of life* berdasarkan domain *quality of life* menurut WHO. Teknik analisis menggunakan regresi linier ganda. Analisis pengaruh intervensi menggunakan Uji paired t test dan independent t test untuk peningkatan *self management behavior* sebelum dan sesudah dilakukan pemberian intervensi model *self management* individu dan keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) pengetahuan dan kepercayaan berpengaruh terhadap kemampuan regulasi diri dengan nilai $R=0,844$ dan $R^2=0,712$ dan persamaan regresi $Y = 14,474 + 0,750X_1 + 0,642X_2 + 1,100X_3$, 2) kemampuan regulasi diri berpengaruh terhadap fasilitasi sosial dengan nilai $R=0,925$ dan $R^2=0,855$ dan persamaan regresi $Y = 24,446 + 0,833X_1 + 0,511X_2 + 0,803X_3 + 0,402X_4 + 0,865X_5 + 0,665X_6$, 3) fasilitasi sosial berpengaruh terhadap kemampuan regulasi diri dengan nilai $R=0,583$ dan $R^2=0,340$ dan persamaan regresi $Y = 12,617 + 0,579X_1 + 0,465X_2 + 0,694X_3$, 4) pada peningkatan *self management behavior*, hasil uji statistik menggunakan *Paired t test* dengan nilai $p_{value} = 0,000$ pada kelompok perlakuan dan nilai $p_{value} = 0,141$ pada kelompok kontrol dan dengan uji *Independent t test* didapatkan $p_{value} = 0,007$, 5) pada penilaian *quality of life* dengan uji regresi linier ganda didapatkan hasil bahwa *self management behavior* berpengaruh terhadap *quality of life* dengan nilai $R=0,885$ dan $R^2=0,783$ dan persamaan regresi $Y = 15,845 + 0,678X_1 + 0,701X_2 + 1,609X_3 + 0,806X_4 + 0,539X_5$.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah 1) model *self management* individu dan keluarga dibentuk dari pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial dimana pengetahuan dan kepercayaan mempunyai peran penting yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan regulasi diri dan fasilitasi sosial, 2) penerapan model *self management* individu dan keluarga dapat meningkatkan *quality of life* melalui peningkatan *self management behavior* penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih dengan penerapan pada perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah dan perawatan kaki, 3) *self management behavior* penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih mengalami peningkatan setelah penerapan model *self management* individu dan keluarga dan aspek perawatan kaki menunjukkan hasil perubahan yang paling signifikan diantara aspek perilaku yang lainnya meskipun hasil uji statistik menunjukkan yang paling signifikan adalah perilaku aktivitas fisik, 4) terdapat pengaruh yang positif antara *self management behavior* dan *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2 dimana peningkatan *self management behavior* dapat berpengaruh terhadap peningkatan *quality of life*. Rekomendasi model *self management* individu dan keluarga secara umum dapat diterapkan pada penderita dengan penyakit kronis untuk membantu mempertahankan *quality of life* yang baik.

SUMMARY

MODEL OF INDIVIDUAL AND FAMILY SELF MANAGEMENT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS DIABETES MELLITUS (DM) TYPE 2 IN PUSKESMAS NGADILUWIH

Diabetes mellitus (DM) type 2 based on recent epidemiological studies have entered the epidemic in Indonesia. DM is a collection of symptoms that arise due to impaired body in controlling blood sugar, and if left unchecked can lead to macrovascular and microvascular complications and will also have an effect on quality of life. Decrease in quality of life increases morbidity, mortality and affects life expectancy people with diabetes. Number of patients with DM in Indonesia ranks fourth in the world (1:40 Indonesian population suffers from DM). The preliminary study, DM patients quality of life in the working area PKM Ngadiluwih not optimal. Treatment of diabetes mellitus in addition to overcome glycemia also to improve the quality of life of patients. Quality of life can be improved through interventions to improve self-management behavior. Self management become the cornerstone in the management of DM for 95% of diabetes care is done the patient himself. Efforts to improve self management behaviors should involve family members of people with diabetes. Theories of individual and family self-management states that increase individual and family self-management will result in a positive outcome (Ryan & Sawin, 2009). By using a model of individual and family self-management based on IFSMT, then wanted to study the influence of self-management model of individual and family on quality of life for people with diabetes.

The purpose of this study was to analyze the influence of self-management model of individual and family quality of life for patients with type 2 diabetes mellitus. In development this research aims 1) to identify knowledge and belief, the ability of self-regulation and social facilitation in patients with type 2 diabetes mellitus, 2) analyze the effect of knowledge and belief on the ability of self-regulation in patients with type 2 diabetes, 3) analyze the effect of self-regulation skills on facilitation social type 2 diabetes mellitus, 4) analyzing the effect of social facilitation with knowledge on belief in people with type 2 diabetes, 5) analyze the effect of self-management model of individuals and families to self-management behaviors in patients with diabetes mellitus type 2, 6) analyze the influence of the self-management behaviors on quality of life of patients with type 2 diabetes.

Self management according to the individual and family self-management theory, is a complex phenomenon that consists of a dynamic 3-dimensional, context-dimensional, dimensional process and dimensional results. The factors that are in context dimension, affecting individuals and families adapt to the dimensions of self-management processes that directly impact the outcome dimension. Increased individual and family self-management will result in a more positive outcome. The intended outcome is proximal and distal outcomes (Ryan & Sawin, 2009). Contextual dimensions that factors specific conditions, social and physical environment and the characteristics of the individual and the family. Dimension process consists of knowledge and belief, the ability of self-regulation

and social facilitation. Knowledge and beliefs have an impact on specific behaviors on self-efficacy, outcome expectancy and goal congruence. Self-regulation is the process used to change health behaviors and several activities such as goal setting, self-monitoring and reflective thinking, decision making, planning and action, self-evaluation, and response management. Include the concept of social facilitation are social influence, social support, and collaboration among individuals, families and health professionals dimension results from the theory of individual and family self-management is the result of the proximal and distal outcomes. Proximal outcome is actual involvement in self-management behaviors. Distal outcomes associated with successful attainment of proximal outcomes. Distal results are divided into three categories: health status, quality of life or well-being and perceived health costs directly or indirectly.

Research framework used in this research is to raise the issue in the process of self management self management of individuals and families that have an impact on the quality of life through improved self-management behaviors. There are 5 factors that affect self-management model of the individual and the family, namely 1) knowledge and belief, 2) the ability of self-regulation, 3) social facilitation, 4) models of individual and family self-management can improve self-management behavior, 5) an increase in self-management behaviors affect quality of life of people with DM.

This study uses two designs are explanatory and Quasy experiment. Explanatory design will be done first, aiming to find a strategic issue management model of individual self and family. The second design is Quasy experiment with "pre and post test control group design" that there is a given treatment and control groups. The population in this study patients with type 2 diabetes mellitus in the Puskesmas Ngadiluwih. The sample size in this study were taken using simple random sampling of 60 patients with DM. Independent variable in this study is the application of the self-management model of individuals and families. Model of self-management of individuals and families that will be used in this research is the application of the provision of the module. FGD to preparation the module is done before. Dependent variable was self-management behaviors and quality of life. The instrument used was a questionnaire that is based on the concept of individual and family self-management by Ryan & Sawin (2009), which consists of 54 questions with a Linkert scale questionnaire. Increased self-management behavior measurement consists of 5 aspects: diet, physical activity, medication, blood sugar control and foot care. While the quality of life assessment is based on the domain of quality of life according to the WHO. Techniques using multiple linear regression analysis. Analysis of the effect of interventions using paired t test and independent t test for improved self management behaviors before and after intervention delivery model of individual and family self-management

The results showed that 1) knowledge and confidence effect the ability of self-regulation with a value of $R=0,844$ and $R^2=0,712$ and the regression equation $Y = 14,474 + 0,750X_1 + 0,642X_2 + 1,100X_3$, 2) the ability of self-regulation effect social facilitation with a value of $R=0,925$ and $R^2=0,855$ and the regression equation $Y = 24,446 + 0,833X_1 + 0,511X_2 + 0,803X_3 + 0,402X_4 + 0,865X_5 + 0,665X_6$, 3) the social facilitation effect the ability of self-regulation with a value of $R=0,583$ and $R^2=0,340$ and the regression equation $Y = 12,617 + 0,579X_1 + 0,465X_2 + 0,694X_3$, 4) on increasing self-management behavior, the results of

statistical tests using the paired t test with p value = 0.000 in the treatment group and the value of p value = 0.141 in the control group and the Independent t test obtained p value = 0.007, 5) on the assessment of quality of life with multiple linear regression analysis showed that there is a relationship between the increase in self-management behavior to quality of life with a value of $R = 0.885$ and $R^2 = 0.783$ and the regression equation $Y = 15,845 + 0,678X_1 + 0,701X_2 + 1,609X_3 + 0,806X_4 + 0,539X_5$.

Conclusions of this study are 1) self-management model of individuals and families formed of knowledge and beliefs, self-regulation skills and social facilitation in which knowledge and belief play an important role affecting the successful implementation of self-regulation and social facilitation, 2) the application of self-management model of individual and families can improve the quality of life through improved self-management behaviors of patients with type 2 diabetes with the application of the dietary behaviors, physical activity, medication, blood sugar control and foot care, 3) self-management behavior of patients with type 2 diabetes mellitus increased after the application of the individual and family self management and foot care aspects of the results showed that the most significant changes among other aspects of the behavior despite the test results showed that the most significant statistic is physical activity, 3) there is a positive relationship between self-management behaviors and quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus with increased self-management behaviors will affect the quality of life. Model of self-management recommendations of individuals and families in general can be applied to patients with chronic diseases to help maintain a good quality of life

ABSTRAK

**MODEL *SELF MANAGEMENT* INDIVIDU DAN KELUARGA
TERHADAP *QUALITY OF LIFE* PENDERITA DIABETES MELLITUS
(DM) TIPE 2 DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NGADILUWIH
KEDIRI**

Penurunan *quality of life* meningkatkan angka kesakitan, angka kematian dan mempengaruhi usia harapan hidup penderita DM. *Quality of life* dapat ditingkatkan melalui intervensi untuk meningkatkan *self management behavior*. Upaya untuk meningkatkan *self management behavior* harus melibatkan anggota keluarga dari penderita DM. Tujuan dari penelitian ini adalah menerapkan model *self management* individu dan keluarga untuk meningkatkan *quality of life* melalui peningkatan *self management behavior*.

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah *eksplanatory* dan *quasy eksperiment* dengan *pre post test control group design*. sampel berjumlah 60 responden. Data diambil melalui FGD, observasi dan kuesioner dan dianalisa menggunakan regresi linier ganda, *paired t test* dan *independent t test*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 1) hubungan antara pengetahuan dan kepercayaan dengan kemampuan regulasi diri, 2) hubungan antara kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial, 3) hubungan antara fasilitasi sosial dan kemampuan regulasi diri, 4) Terdapat peningkatan *self management behavior* pada kelompok perlakuan, 5) Terdapat hubungan antara peningkatan *self management behavior* dengan *quality of life*.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah 1) model *self management* individu dan keluarga dibentuk dari pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial, 2) *self management behavior* penderita DM tipe 2 mengalami peningkatan setelah penerapan model *self management* individu dan keluarga, 3) penerapan model *self management* individu dan keluarga dapat meningkatkan *quality of life* melalui peningkatan *self management behavior* penderita DM tipe 2 diwilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih, 4) terdapat hubungan yang positif antara *self management behavior* dan *quality of life* pasien Diabetes mellitus tipe 2. Rekomendasi model *self management* individu dan keluarga secara umum dapat diterapkan pada penderita dengan penyakit kronis untuk membantu mempertahankan *quality of life* yang baik

Kata kunci : model *self management* individu dan keluarga, pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan self regulasi, fasilitasi sosial, *self management behavior*, *quality of life*

ABSTRACT**MODEL OF INDIVIDUAL AND FAMILY SELF MANAGEMENT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS DIABETES MELLITUS (DM) TYPE 2 IN PUSKESMAS NGADILUWIH**

Introduction: Decrease in quality of life increases morbidity, mortality and life expectancy affects on people with diabetes. Quality of life can be improved through interventions to improve self-management behavior. Efforts to improve self management behaviors should involve family members of people with diabetes. The purpose of this research is to apply the model of self-management of individuals and families to improve the quality of life through improved self-management behaviors.

Method: This study used explanatory and Quasy experiment with pre post test control group design. Total sample were 60 recruited from Puskesmas Ngadiluwih. Data were collected through FGD, observation and questionnaires and analyzed using multiple linear regression, paired t test and independent t test.

Result: 1) Knowledge and belief was related to the ability of self-regulation, 2) self-regulation was related to social facilitation, 3) social facilitation was related to the ability of self-regulation, 4) self-management behavior were significantly increased among the intervention group, 5) self-management behavior was related to quality of life.

Conclusions: 1) self-management model of individuals and families formed of knowledge and beliefs, self-regulation skills and social facilitation, 2) self-management behaviors have increased after the application of self-management model of the individual and the family, 3) the application of the individual and family self-management can improved the quality of life through improved self-management behaviors, 4) there were a positive relationship between self-management behaviors and quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus.

Recommendation: Model of self-management recommendations of individuals and families in general can be applied to patients with chronic diseases to help maintain a good quality of life

Key word : model of individual and family self management, knowledge and belief, self regulation skill, social facilitation, self management behavior, quality of life

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
PERSYARATAN GELAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI	vi
KATA PENGANTAR	vii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR	ix
RINGKASAN	x
ABSTRAK	xvi
DAFTAR ISI	xviii
DAFTAR TABEL	xxi
DAFTAR GAMBAR	xxiii
DAFTAR LAMPIRAN	xxiv
DAFTAR SINGKATAN	xxv
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	8
1.4 Tujuan Penelitian	
1.4.1 Tujuan umum	9
1.4.2 Tujuan khusus	9
1.5 Manfaat Penelitian	
1.5.1 Teoritis	10
1.5.2 Praktis	10
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori <i>The Individual and Family Self Management</i>	11
2.1.1 Definisi konseptual	11
2.1.2 Dimensi model	11
2.1.3 Interaksi antar dimensi	15
2.1.4 Intervensi	16
2.1.5 Dampak potensial dari IFSMT	17
2.2 Konsep <i>Self Management Behavior</i>	17
2.2.1 Konsep dasar perilaku	17
2.2.2 Pembentukan perilaku kesehatan individu	18
2.2.3 Komponen <i>self management behavior</i> pada penderita DM tipe 2	21
2.3 Konsep <i>Quality Of Life</i>	24
2.3.1 Pengertian <i>quality of life (QoL)</i>	24
2.3.2 Komponen <i>quality of life (QoL)</i>	24
2.3.3 Pengukuran <i>quality of life (QoL)</i>	26
2.3.4 Komponen pengkajian instrument dari WHO tahun 2003	27
2.4 Diabetes dan Dukungan Keluarga	28

2.5 Konsep Diabetes Mellitus tipe 2	30
2.5.1 Definisi DM	30
2.5.2 Etiologi DM tipe 2 di Indonesia	31
2.5.3 Patofisiologi DM	31
2.5.4 Gejala klinis	32
2.5.5 Diagnosis	34
2.5.6 Komplikasi	35
2.5.7 Penatalaksanaan dan pengelolaan DM tipe 2	37
2.6 <i>Theoretical Mapping</i> / Riset Pendukung	48
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	55
3.2 Hipotesis Penelitian	57
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	58
4.2 Populasi, Sampel dan <i>Sampling</i>	59
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	60
4.4 Definisi Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen	63
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	67
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	67
4.7 Kerangka Kerja	69
4.8 Pengolahan dan Analisis Data	70
4.9 Etik Penelitian	71
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	73
5.2 Karakteristik Responden	74
5.3 Deskripsi Variabel Penelitian Pengetahuan dan Kepercayaan, Kemampuan Regulasi Diri dan Fasilitasi Sosial Pengetahuan dan Kepercayaan	75
5.4 Hipotesis 1 : Pengaruh Pengetahuan dan Kepercayaan terhadap Kemampuan Regulasi Diri	80
5.5 Hipotesis 2 : Pengaruh Kemampuan Regulasi Diri terhadap Fasilitasi Sosial	82
5.6 Hipotesis 3 : Pengaruh Fasilitasi Sosial terhadap Pengetahuan dan Kepercayaan	85
5.7 Hasil <i>Focused Group Discussion</i>	87
5.8 Penyusunan dan Penerapan Modul	90
5.9 Hipotesis 4 : Pengaruh Model <i>Self Management</i> Individu dan Keluarga terhadap <i>Self Management Behavior</i> penderita DM tipe 2	91
5.10 Hipotesis 5 : Pengaruh <i>Self Management Behavior</i> terhadap <i>Quality of Life</i> penderita DM tipe 2	95
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Pengetahuan dan Kepercayaan	98
6.2 Kemampuan Regulasi Diri	101

6.3 Fasilitas Sosial	103
6.4 Pengaruh Pengetahuan dan Kepercayaan terhadap Kemampuan Regulasi Diri Penderita DM tipe 2	105
6.5 Pengaruh Kemampuan Regulasi Diri terhadap Fasilitas Sosial..	107
6.6 Pengaruh Fasilitas Sosial terhadap Pengetahuan dan Kepercayaan	109
6.7 Pengaruh Model <i>Self Management</i> Individu dan Keluarga terhadap <i>Self Management Behavior</i> Penderita DM tipe 2	111
6.8 Pengaruh <i>Self Management Behavior</i> terhadap <i>Quality of Life</i> penderita DM tipe 2	114
6.9 Temuan Penelitian	116
6.10 Keterbatasan Penelitian	117
 BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	119
7.2 Saran	120
 DAFTAR PUSTAKA	121

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Jumlah penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih tahun 2010, 2011 dan 2012	3
Tabel 2.1	Definisi konsep mayor teori <i>individual & family self management</i>	14
Tabel 2.2	Klasifikasi status gizi berdasarkan bbr (berat badan relatif) ...	38
Tabel 2.3	Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT (indeks massa tubuh) menurut Himpunan Studi Obesitas Indonesia (HISOBI)	38
Tabel 2.4	Aktivitas fisik sehari-hari	43
Tabel 2.5	Riset pendukung model <i>individual and family self management</i>	48
Tabel 4.1	Desain penelitian	58
Tabel 4.2	Variabel penelitian	60
Tabel 4.3	Definisi operasional penelitian	61
Tabel 4.4	Skoring instrumen SDSCA	65
Tabel 4.5	Hasil uji reliabilitas kuesioner penelitian	66
Tabel 5.1	Karakteristik responden penelitian di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih Maret – April 2013	74
Tabel 5.2	Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian pengetahuan dan kepercayaan di Puskesmas Ngadiluwih April 2013	76
Tabel 5.3	Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian kemampuan regulasi diri di Puskesmas Ngadiluwih Maret - April 2013	77
Tabel 5.4	Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian fasilitasi sosial di Puskesmas Ngadiluwih Maret-April 2013.	79
Tabel 5.5	Hasil analisis korelasi <i>Pearson</i> sub variabel pengetahuan dan kepercayaan dengan kemampuan regulasi diri penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013	80
Tabel 5.6	Hasil uji regresi linier ganda antara variabel pengetahuan dan kepercayaan dengan kemampuan regulasi diri penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013	80
Tabel 5.7	Hasil analisis korelasi <i>Pearson</i> sub variabel kemampuan regulasi diri dengan fasilitasi sosial penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013	82
Tabel 5.8	Hasil uji regresi linier ganda antara variabel kemampuan regulasi diri dengan fasilitasi sosial penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013	83
Tabel 5.9	Hasil analisis korelasi <i>Pearson</i> sub variabel fasilitasi sosial dengan pengetahuan dan kepercayaan penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013	85
Tabel 5.10	Hasil uji regresi linier ganda antara variabel fasilitasi sosial dengan pengetahuan dan kepercayaan penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013	86
Tabel 5.11	Hasil FGD dengan responden, keluarga dan perawat Puskesmas Ngadiluwih tahun 2013	88

Tabel 5.12	<i>Self management behavior</i> sebelum dan sesudah penerapan model <i>self management</i> individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih 2013	91
Tabel 5.13	Hasil uji statistik <i>Self management behavior</i> sebelum dan sesudah penerapan model <i>self management</i> individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih 2013.....	92
Tabel 5.14	Aspek <i>self management behavior</i> pada responden model <i>self management</i> individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih Mei 2013	92
Tabel 5.15	Hasil uji statistik terkait aspek <i>self management behavior</i> responden model <i>self management</i> individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih Mei 2013	94
Tabel 5.16	Hasil analisis korelasi <i>Pearson</i> sub variabel <i>self management behavior</i> dengan <i>quality of life</i> penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013	95
Tabel 5.17	Hasil uji regresi linier ganda antara variabel <i>self management behavior</i> dengan <i>quality of life</i> . penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Kajian masalah <i>quality of life</i> penderita diabetes mellitus (DM) tipe 2 dengan pendekatan teori <i>the individual & family self management</i>	6
Gambar 2.1	Model <i>individual & family self management theory</i> (adaptasi dari Ryan & Sawin, 2009)	13
Gambar 2.2	Elemen dari <i>quality of life</i> (diadaptasi dari Rose, <i>et al.</i> , 2002)	26
Gambar 3.1	Kerangka konsep penelitian model <i>self management</i> individu dan keluarga terhadap <i>quality of life</i> penderita diabetes mellitus (DM) tipe 2 (Ryan & Sawin, 2009)	55
Gambar 4.1	Kerangka kerja model <i>self management</i> individu dan keluarga terhadap <i>quality of life</i> penderita diabetes mellitus (DM) tipe 2	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Rekomendasi	126
Lampiran 2	Surat Laik Etik	127
Lampiran 3	Lembar Penjelasan	128
Lampiran 4	Lembar permohonan menjadi responden	130
Lampiran 5	Lembar Persetujuan menjadi responden	131
Lampiran 6	Kuesioner Data Demografi	132
Lampiran 7	Kuesioner A. Pengetahuan dan Kepercayaan	133
Lampiran 8	Kuesioner B. Kemampuan Regulasi Diri	135
Lampiran 9	Kuesioner C. Fasilitasi Sosial	137
Lampiran 10	Kuesioner D. <i>Self Management Behavior</i>	139
Lampiran 11	Kuesioner E. <i>Quality of Life</i>	140
Lampiran 12	Satuan Acara Kegiatan FGD	142
Lampiran 13	<i>Print Out Email</i> ijin Dari Pemilik Teori	147
Lampiran 14	Rekap Data	148
Lampiran 15	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	164
Lampiran 16	Hasil Uji Statistik	170
Lampiran 17	Lembar Revisi	180

DAFTAR SINGKATAN

ADA	= <i>American Diabetes Association</i>
BBR	= Berat Badan Relatif
DM	= Diabetes Mellitus
HGP	= <i>Hepatic Glucose Production</i>
IFSMT	= <i>Individual and Family Self Management Theory</i>
IMA	= <i>Infark Miocard Acute</i>
IMT	= Indeks Masa Tubuh
OAD	= Obat Anti Diabetes
PERKENI	= Persatuan Kedokteran Endokrinologi Indonesia
PGDM	= Pemantauan Glukosa Darah Mandiri
QoL	= <i>Quality of Life</i>
RSCM	= Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo
TTGO	= Tes Toleransi Glukosa Oral
WHO	= World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) tipe 2 berdasarkan studi epidemiologi terbaru telah memasuki epidemik di Indonesia (PERKENI, 2011). Penderita DM di dunia selalu mengalami peningkatan, hal ini berkaitan dengan populasi yang meningkat, *life expectancy* bertambah, urbanisasi yang merubah pola hidup tradisional ke modern, prevalensi obesitas yang meningkat dan kegiatan fisik yang kurang (Waspadji, 2011). DM merupakan kumpulan gejala yang timbul pada seseorang akibat tubuh mengalami gangguan dalam mengontrol kadar gula darah. Gangguan ini dapat disebabkan oleh sekresi hormon insulin yang tidak adekuat atau fungsi insulin terganggu (resistensi insulin) atau gabungan keduanya (Soegondo, 2011). Gangguan dalam mengontrol kadar gula darah ini jika berlangsung terus menerus dan tidak mendapatkan penanganan yang tepat dan serius dapat mengakibatkan komplikasi kronik pada kardiovaskuler, ginjal, penyakit mata dan komplikasi neuropatik (Hiswani, 2008).

DM juga berhubungan dengan peningkatan kejadian penyakit makrovaskular seperti IMA dan stroke, selain itu penderita DM juga beresiko mengalami kerusakan mikrovaskuler seperti retinopati, nefropati dan neuropati (Smeltzer & Bare 2008). Hal ini akan memberikan efek terhadap *quality of life* (kualitas hidup) penderita. Kualitas hidup mempengaruhi, kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial dan hubungan pasien dengan lingkungan sekitarnya (Skevington 2004). Penurunan kualitas hidup mempunyai hubungan yang signifikan terhadap

angka kesakitan dan kematian serta mempengaruhi usia harapan hidup penderita DM (Yusra, 2010).

WHO (2012) menyatakan bahwa sebanyak 346 juta orang didunia menderita DM. Sebanyak 3,4 juta orang diperkirakan meninggal dikarenakan kadar gula darah yang tinggi pada tahun 2004 dan 80% kematian penderita DM dialami oleh penduduk di negara dengan pendapatan ekonomi menengah ke bawah. Penyakit DM diperkirakan akan menjadi penyebab kematian nomor tujuh di dunia pada tahun 2030. Orang dewasa yang terkena DM, resiko kematian menjadi dua kali lipat dibandingkan dengan orang dewasa tanpa DM (PERKENI 2011). Hasil penelitian Khairani (2007) didapatkan kesimpulan bahwa semakin tinggi kadar gula darah puasa maka skor domain kesehatan lingkungan pada kualitas hidup akan semakin menurun secara bermakna.

DM tipe 2 merupakan penyakit metabolik yang prevalensinya meningkat dari tahun ketahun. Indonesia dengan jumlah penduduk yang melebihi 200.000.000 jiwa, sejak awal abad ini telah menjadi negara dengan jumlah penderita DM nomor 4 terbanyak didunia (Arifin 2009). WHO (2012) menyebutkan bahwa di Indonesia penyakit DM terus meningkat sampai dengan angka 8,4 juta jiwa, yang artinya 1 dari 40 penduduk menderita DM dan angka ini diprediksi akan meningkat melebihi 21,3 juta jiwa pada tahun 2030 mendatang dan komposisinya akan lebih banyak pada usia muda dan usia yang produktif. Jumlah penderita DM di Jawa Timur sebanyak 6% atau 2.248.605 orang dari total jumlah penduduk Jawa Timur sebanyak 37.476.757 orang (Sensus Penduduk, 2010).

Data penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.1 Jumlah penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih tahun 2010, 2011 dan 2012

No	Tahun	Jumlah (kasus)	Peringkat
1.	2010	442	Belum masuk pada daftar 15 penyakit terbanyak
2.	2011	842	11
3.	2012	1529	7

Sumber : laporan tahunan Puskesmas Ngadiluwih tahun 2010, 2011 dan 2012

Jumlah penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih pada tahun 2010 sebanyak 442 kasus, meningkat menjadi 842 kasus pada tahun 2011 dan menjadi 1529 kasus pada tahun 2012. Jumlah penderita DM pada bulan Oktober 2012 sebanyak 22 penderita, sedangkan pada bulan November 2012 sebanyak 34 penderita (12 diantaranya kasus baru) dan pada bulan Desember 2012 sebanyak 43 penderita (16 diantaranya kasus baru).

Studi pendahuluan pada 10 penderita DM di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih, didapatkan data bahwa kualitas hidup penderita DM tipe 2 belum optimal. Hal tersebut terlihat dari 60% penderita tidak puas pada aspek fisik (penderita mengatakan sulit tidur, sering terbangun di malam hari), 40% penderita tidak puas pada aspek psikologis (penderita mengatakan merasa kesepian), 70% penderita tidak puas pada aspek hubungan sosial (penderita lebih banyak beraktivitas di rumah) dan 50% penderita tidak puas pada aspek lingkungan (penderita tidak bisa bekerja seperti sebelumnya).

DM merupakan penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup dan tidak bisa disembuhkan akan tetapi bisa dikontrol agar tidak terjadi komplikasi (Yusra

2010). Penderita penyakit kronis seperti DM harus menghadapi ketidaknyamanan, mengikuti pengobatan secara teratur, harus mengubah perilaku untuk meminimalkan hasil yang tidak diinginkan, menyesuaikan kehidupan sosial dan bekerja untuk mengakomodasi gejala dan keterbatasan fungsional, dan berurusan dengan konsekuensi emosional (Lorig, *et al.*, 2001). Penyakit yang diderita dan pengobatan yang dijalani dapat mempengaruhi kapasitas fungsional, psikologis dan kesehatan sosial serta kesejahteraan penderita. Pembatasan makanan, pengobatan termasuk injeksi insulin pada penderita DM berhubungan dengan angka kejadian sakit yang nantinya akan mempengaruhi QoL (*Quality of Life*) pada penderita DM (WHO, 2012). Pengobatan DM tujuannya selain untuk mengatasi kejadian glikemia juga untuk meningkatkan kualitas hidup penderita dalam menjalani penyakitnya (Choi & Kim, 2011).

Kualitas hidup (*quality of life*) dapat ditingkatkan melalui intervensi untuk meningkatkan *self management behavior* (Wang, 2005). Pengelolaan atau manajemen kesehatan (*self management*) pada penderita dengan penyakit kronis seperti DM dapat meningkatkan kesehatan mereka seperti meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi ketergantungan pada jasa pelayanan kesehatan (Newman, *et al.*, 2004).

Self management merupakan tugas kesehatan sehari-hari yang dilakukan oleh penderita suatu penyakit kronis seperti DM di rumah untuk mengontrol atau mengurangi dampak penyakit pada status kesehatan fisik (Barlow, *et al.*, 2002). *Self management* menjadi hal terpenting dalam pengelolaan penyakit DM karena lebih dari 95% dari perawatan diabetes dilakukan oleh pasien sendiri (Funnell, 2011). Pelaksanaan *self management* yang baik dapat dicapai dengan adanya dukungan

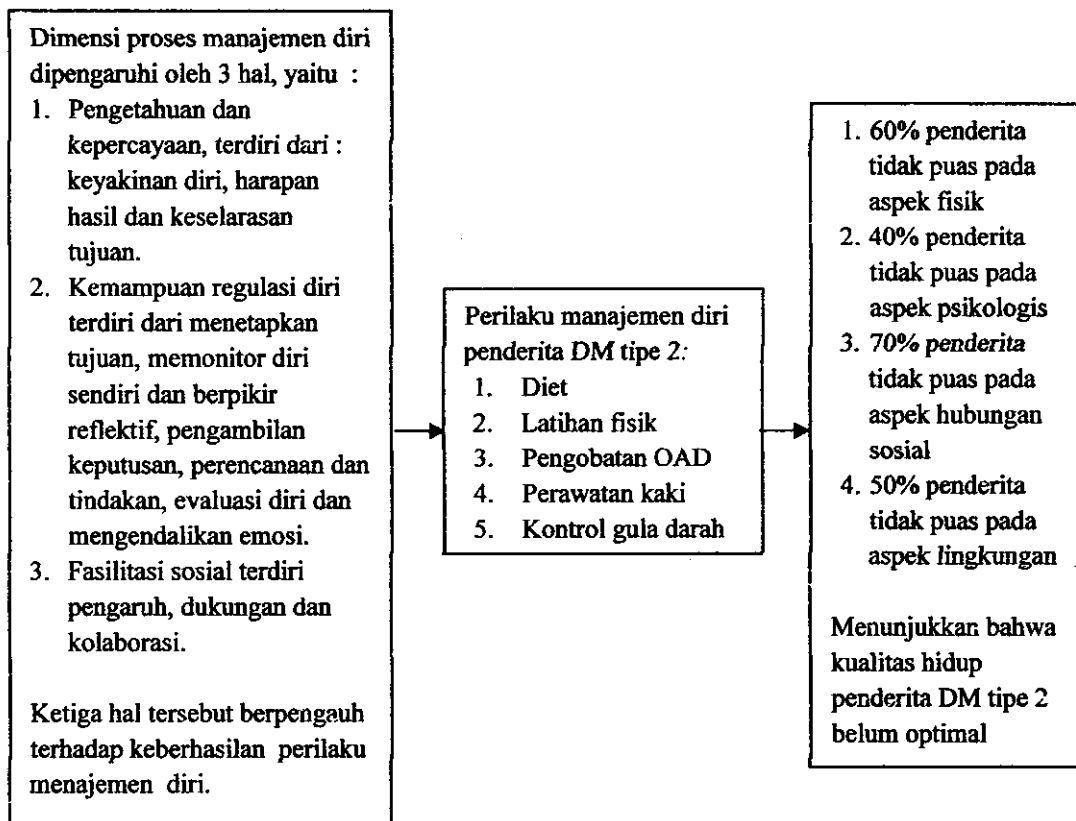
sosial yang positif bahkan dukungan sosial tersebut juga berperan pada tingkat kualitas hidup penderita DM (Tang, *et al.*, 2008). Keluarga menjadi *support system* yang sangat penting bagi penderita dengan penyakit-penyakit kronis. Perilaku anggota keluarga yang tidak mendukung terapi pengobatan penderita diabetes, berhubungan dengan berkurangnya kepatuhan penderita DM terhadap pengobatannya (Mayberry & Osborn, 2012). Konteks dukungan sosial, khususnya keluarga, secara signifikan berhubungan dengan *self management behavior*. Upaya untuk meningkatkan *self management behavior* harus melibatkan anggota keluarga dari pasien diabetes (Albright, *et al.*, 2001).

The individual and family self management theory (IFSMT) merupakan teori yang dikembangkan oleh Ryan dan Sawin (2009). Model dari teori ini menggunakan pendekatan 3 dimensi, yaitu dimensi konteks, dimensi proses dan dimensi hasil. Faktor-faktor yang berada di dimensi konteks, mempengaruhi individu dan keluarga beradaptasi dalam dimensi proses dari *self management* yang secara langsung memberikan dampak pada dimensi hasil. Peningkatan *self management* individu dan keluarga akan menghasilkan *outcome* yang lebih positif.

Tiga dimensi dari *the individual and family self management theory* berhubungan secara spesifik pada *outcome*. *Outcome* yang dimaksud adalah *outcome* proksimal dan distal. Hasil proksimal adalah keterlibatan secara actual dalam *self management* khusus untuk kondisi resiko, atau transisi, di samping mengelola gejala, dan terapi farmakologis. Biaya yang berakitan dengan pemanfaatan perawatan kesehatan juga merupakan hasil proksimal. Hasil distal berhubungan dengan pencapaian kesuksesan dari hasil proksimal. Hasil distal ini dibagi menjadi tiga

kategori yaitu status kesehatan, *quality of life* atau kesejahteraan yang dirasakan dan biaya kesehatan langsung maupun tidak langsung. Peneliti ingin meneliti pengaruh model *self management* individu dan keluarga terhadap *quality of life* penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih dengan menggunakan model *self management* individu dan keluarga berdasarkan *the individual and family self management theory*.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian masalah *quality of life* penderita DM tipe 2 dengan pendekatan teori *the individual & family self management*

Model *individual and family self management theory* menggambarkan bahwa pada dimensi proses manajemen diri dipengaruhi oleh 3 hal, yaitu pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial.

Pengetahuan dan kepercayaan adalah informasi faktual dan persepsi tentang kondisi kesehatan atau perilaku kesehatan, termasuk *self-efficacy*, *outcome expectancy* (harapan hasil), dan *goal congruence* (keselarasan tujuan). *Self-efficacy* adalah konsep perilaku spesifik dan mengacu pada tingkat keyakinan seseorang pada kemampuannya untuk berhasil terlibat dalam perilaku dibawah situasi normal dan stress, *outcome expectancy* (harapan hasil) adalah keyakinan bahwa keterlibatan dalam perilaku tertentu akan menghasilkan hasil yang diinginkan dan *goal congruence* (keselarasan tujuan) adalah kemampuan seseorang untuk menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan.

Kemampuan regulasi diri merupakan proses seseorang untuk mencapai perubahan dalam perilaku kesehatan. Regulasi diri mencakup sejumlah keterampilan dan kemampuan (1) penetapan tujuan (*goal setting*), (2) *self-monitoring* dan pemikiran reflektif, (3) pengambilan keputusan, (4) perencanaan dan tindakan, (5) evaluasi diri, (6) dan kontrol emosi.

Fasilitasi sosial terjadi dalam hubungan sosial seseorang dan dapat meningkatkan kapasitas individu untuk berubah yang meliputi pengaruh sosial, dukungan sosial, dan kolaborasi. Pengaruh sosial adalah pesan yang dipercayai oleh seseorang karena berasal dari seseorang yang dianggap ahli yang isi pesannya menyarankan dan mendorong individu dan keluarga untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu. Dukungan sosial terdiri dari dukungan emosional, instrumental,

atau informasi diberikan kepada seseorang atau keluarga dengan tujuan membantu atau memfasilitasi keterlibatan mereka dalam perilaku kesehatan. Kolaborasi kerjasama yang terbentuk antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan. Hal yang dapat mempengaruhi kolaborasi adalah peran, kebersamaan dan tanggung jawab keluarga yang pada akhirnya dapat mempengaruhi tujuan dan rekomendasi perawatan.

Dimensi proses yang telah dijelaskan diatas akan mempengaruhi dimensi hasil yaitu hasil proksimal (*self management behavior*) yang mengarah pada pencapaian distal kualitas hidup (*quality of life*) (Ryan, *et al.*, 2009). Kualitas hidup (*quality of life*) penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih belum optimal. Hal tersebut terlihat dari 60% penderita tidak puas pada aspek fisik, 40% penderita tidak puas pada aspek psikologis, 70% penderita tidak puas pada aspek hubungan sosial dan 50% penderita tidak puas pada aspek lingkungan

Penerapan model *individual and family self management theory*, hal-hal yang berhubungan dan yang mempengaruhi kualitas hidup (*Quality of Life*) pada penderita DM dapat dianalisa. Berdasarkan hal tersebut maka diteliti mengenai kualitas hidup penderita DM tipe 2 dengan penerapan model *individual and family self management*.

1.3 Rumusan Masalah

- 1) Bagaimanakah pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial penderita DM tipe 2?
- 2) Apakah ada pengaruh pengetahuan dan kepercayaan terhadap kemampuan regulasi diri penderita DM tipe 2?

- 3) Apakah ada pengaruh kemampuan regulasi diri terhadap fasilitasi sosial penderita DM tipe 2?
- 4) Apakah ada pengaruh fasilitasi sosial terhadap pengetahuan dan kepercayaan pada penderita DM tipe 2?
- 5) Apakah ada pengaruh model *self management* individu dan keluarga terhadap *Self Management Behaviours* pada penderita DM tipe 2?
- 6) Apakah ada pengaruh *self management behaviours* terhadap *quality of life* penderita DM tipe 2?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh model *self management* individu dan keluarga terhadap *quality of life* penderita DM tipe 2.

1.4.2 Tujuan khusus

- 1) Mengidentifikasi pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial pada penderita DM tipe 2.
- 2) Menganalisis pengaruh pengetahuan dan kepercayaan terhadap kemampuan regulasi diri pada penderita DM tipe 2.
- 3) Menganalisis pengaruh kemampuan regulasi diri terhadap fasilitasi sosial penderita DM tipe 2.
- 4) Menganalisis pengaruh fasilitasi sosial terhadap pengetahuan dan kepercayaan pada penderita DM tipe 2.

- 5) Menganalisis pengaruh model *self management* individu dan keluarga terhadap *self management behavior* pada penderita DM tipe 2.
- 6) Menganalisis pengaruh *self management behaviours* terhadap *quality of life* penderita DM tipe 2.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

- 1) Memberikan kontribusi ilmiah tentang pengetahuan dan pengelolaan penderita DM tipe 2 dengan pendekatan berbasis keluarga.
- 2) Memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya dengan penerapan model *self management* individu dan keluarga.

1.5.2 Manfaat praktis

- 1) Memberikan masukan bagi perawat komunitas dalam pemberdayaan keluarga pada penderita DM tipe 2.
- 2) Memberikan masukan bagi penderita dan keluarga agar dapat melakukan perawatan mandiri sehingga meningkatkan kualitas hidup penderita DM tipe 2.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori *Individual and Family Self Management*

2.1.1 Definisi konseptual

Ryan & Sawin (2009) menyatakan bahwa *individual & family self management* merupakan model yang bertujuan untuk mengubah perilaku terkait kesehatan dalam fungsi sehari-hari individu dan keluarga. Unit keluarga tidak hanya terbatas pada fungsi keluarga secara biologis. *Individual & family self management* mencegah atau melemahkan penyakit atau memfasilitasi pengelolaan kesehatan yang kompleks dengan cara yang mencerminkan nilai-nilai dan keyakinan individu dan keluarga dengan cara yang bermakna secara pribadi. Individu atau keluarga bertanggung jawab untuk *individual & family self management* dan hal ini dapat terjadi dalam kolaborasi dengan tenaga kesehatan profesional.

2.1.2 Dimensi model

Self management menurut *the individual and family self management theory*, merupakan fenomena kompleks yang dinamis yang terdiri dari 3 dimensi, dimensi konteks, dimensi proses dan dimensi hasil. Faktor-faktor yang berada di dimensi konteks, mempengaruhi individu dan keluarga beradaptasi dalam dimensi proses dari *self management* yang secara langsung memberikan dampak pada dimensi hasil. Peningkatan *self management* individu dan keluarga akan menghasilkan *outcome* yang lebih positif. *Outcome* yang dimaksud adalah *outcome* proksimal dan distal (Ryan & Sawin, 2009).

1) Dimensi konteks

Faktor-faktor kontekstual yaitu faktor-faktor kondisi spesifik, lingkungan sosial dan fisik dan karakteristik individu dan keluarga. Faktor-faktor kondisi spesifik diantaranya adalah kondisi fisiologis, struktural, kondisi karakteristik fungsional, pengobatan, atau pencegahan yang mempengaruhi jumlah, jenis, dan sifat kritis perilaku yang diperlukan untuk mengelola kondisi pada saat stabilitas atau transisi. Faktor-faktor lingkungan atau sosial misalnya akses ke tempat pelayanan kesehatan, transportasi, tempat kerja, sekolah dan budaya serta peran sosial. Faktor individu atau keluarga misalnya karakteristik dari individu atau keluarga itu sendiri (Ryan & Sawin, 2009).

2) Dimensi proses

Teori *individual and family self management* menyebutkan bahwa seseorang akan mungkin lebih terlibat dalam perilaku kesehatan yang direkomendasikan, jika mereka mendapat informasi terkait dan menjalankan *health belief* sejalan dengan perilaku, jika seseorang mengembangkan kemampuan *self regulation* untuk mengubah perilaku kesehatan mereka dan jika mereka mengalami fasilitasi sosial yang positif mempengaruhi dan mendukung mereka untuk terlibat dalam perilaku kesehatan preventif (Ryan & Sawin, 2009).

Pengetahuan dan kepercayaan memberikan dampak pada perilaku spesifik pada *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence*. *Self regulation* adalah proses yang digunakan untuk mengubah perilaku kesehatan dan beberapa aktivitas seperti penetapan tujuan (*goal setting*), *self-monitoring* dan pemikiran reflektif, pengambilan keputusan, perencanaan dan tindakan, evaluasi diri, dan pengelolaan

tanggapan (*management of responses*). Fasilitasi sosial meliputi konsep dari pengaruh sosial, dukungan sosial, dan kolaborasi antara individu, keluarga dan tenaga kesehatan profesional (Ryan & Sawin, 2009).

3) Dimensi hasil

Dimensi hasil dari teori *individual and family self management* adalah hasil proksimal dan hasil distal. Hasil proksimal adalah keterlibatan secara aktual dalam *self management* khusus untuk kondisi risiko, atau transisi, di samping mengelola gejala, dan terapi farmakologis. Biaya yang berakitan dengan pemanfaatan perawatan kesehatan juga merupakan hasil proksimal. Hasil distal berhubungan dengan pencapaian kesuksesan dari hasil proksimal. Hasil distal ini dibagi menjadi tiga kategori yaitu status kesehatan, *quality of life* atau kesejahteraan yang dirasakan dan biaya kesehatan langsung maupun tidak langsung (Ryan & Sawin, 2009).



Gambar 2.1 Model *individual & family self management theory* (adaptasi dari Ryan & Sawin, 2009)

Tabel 2.1 Definisi konsep mayor teori *individual & family self management* (Ryan & Sawin, 2009)

Konteks	
Kondisi spesifik	Fisiologis, struktural, kondisi karakteristik fungsional, pengobatan, atau pencegahan yang mempengaruhi jumlah, jenis, dan sifat kritis perilaku yang diperlukan untuk mengelola kondisi pada saat stabilitas atau transisi.
Lingkungan fisik dan sosial	Faktor fisik atau sosial termasuk akses ke pelayanan kesehatan, transisi dalam penyedia atau seting layanan kesehatan, transportasi, lingkungan, sekolah, pekerjaan, budaya, dan modal sosial yang meningkatkan atau menghambat individu dan keluarga untuk melaksanakan manajemen diri.
Faktor individu dan keluarga	Karakteristik individu dan keluarga yang meningkatkan atau mengurangi manajemen diri, misalnya, status kognitif individu, perspektif, pengolahan informasi, tahap perkembangan, kemampuan dan kohesi individu dan keluarga, dan akal.
Proses	
Pengetahuan dan Kepercayaan	Informasi faktual dan persepsi tentang kondisi kesehatan atau perilaku kesehatan, termasuk <i>self-efficacy</i> , <i>outcome expectancy</i> (harapan hasil), dan <i>Goal congruence</i> (keselarasan tujuan) <i>Self-efficacy</i> adalah konsep perilaku spesifik dan mengacu pada tingkat keyakinan seseorang pada kemampuannya untuk berhasil terlibat dalam perilaku di bawah situasi normal dan stress <i>outcome expectancy</i> (harapan hasil) adalah keyakinan bahwa keterlibatan dalam perilaku tertentu akan menghasilkan hasil yang diinginkan <i>Goal congruence</i> (keselarasan tujuan) adalah kemampuan seseorang untuk menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan.
Self regulation	<i>Self-regulasi</i> merupakan proses interaktif seseorang untuk mencapai perubahan dalam perilaku kesehatan. <i>Self-regulasi</i> mencakup sejumlah keterampilan dan kemampuan termasuk: (1) penetapan tujuan (<i>goal setting</i>), (2) self-monitoring dan pemikiran reflektif, (3) pengambilan keputusan, (4) perencanaan dan tindakan, (5) evaluasi diri, (6) dan pengelolaan tanggapan (<i>management of responses</i>).
Fasilitas Sosial	1. <i>Sosial Influence</i> adalah pesan atau dialog yang dipercayai oleh seseorang karena berasal dari seseorang yang dianggap ahli yang isi pesannya menyarankan dan mendorong individu dan keluarga untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu. Seseorang yang dianggap ahli ini mungkin adalah penyedia layanan kesehatan, keluarga, teman-teman, tetangga, rekan kerja, dan anggota kelompok masyarakat 2. <i>Sosial support</i> (dukungan sosial) terdiri dari dukungan emosional, instrumental, atau informasi diberikan kepada seseorang atau keluarga dengan tujuan eksplisit membantu atau memfasilitasi keterlibatan mereka dalam perilaku

- kesehatan
3. *Negotiated collaboration* (Kolaborasi Negosiasi) terjadi ketika perspektif "Anda, saya, dan kami" dihormati dan berpengaruh. Keahlian dan standar Profesional, *individual meaning*, dan peran kebersamaan dan tanggung jawab keluarga mempengaruhi tujuan dan rekomendasi perawatan.

Outcomes	
<i>Proximal outcome</i>	Perilaku <i>self management</i> , termasuk didalamnya beradaptasi dengan kegiatan/rejimen terapi, symptom management, penggunaan terapi farmakologi yang direkomendasikan. Adaptasi dalam perilaku kesehatan mungkin dapat berpengaruh dalam biaya pelayanan kesehatan
<i>Distal Outcome</i>	1. Status kesehatan sebagai salah satu indicator dari terjadinya penyakit (termasuk pencegahan,, stabilisasi, memburuknya kondisi) 2. <i>Quality of life</i> atau <i>well being</i> 3. Biaya kesehatan termasuk biaya langsung ataupun tidak langsung

2.1.3 Interaksi antar dimensi

Dimensi konteks, yaitu faktor-faktor risiko dan faktor-faktor protektif saling mempengaruhi satu sama lain. Peningkatan jumlah penderita penyakit kronis berhubungan dengan status ekonomi, akses terhadap perawatan, kualitas pelayanan, pekerjaan serta kesempatan pendidikan, demikian juga seberapa lama seseorang menempuh pendidikan, karakteristik personal berhubungan dengan kemampuan individu untuk mengelola rejimen yang kompleks. Masa anak-anak dan masa tua adalah masa yang rentan, seseorang dengan pengetahuan kesehatan yang rendah mendapatkan hasil kesehatan yang buruk pula. Faktor-faktor yang terdapat pada dimensi konteks mempengaruhi kemampuan individu dan keluarga untuk terlibat dalam dimensi proses dan mempunyai pengaruh secara langsung pada dimensi hasil (Ryan & Sawin, 2009). Dimensi proses berhubungan dengan dimensi konteks, secara internal dan mempengaruhi dimensi hasil. Pengetahuan tidak mengarah secara

langsung kepada perubahan perilaku, peningkatan pengetahuan dan *helath belief* secara spesifik terkait dengan perilaku *self regulation*. Fasilitasi sosial berkaitan dengan pengetahuan dan kepercayaan dan *self regulation*. Keterlibatan pengetahuan dalam mendukung perilaku *self regulation* mempengaruhi perilaku *self management* atau hasil proksimal. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai *outcome expectancy* dan pemikiran untuk mencapai *outcome expectancy* akan memunculkan *outcome expectancy* yang nyata, namun hal ini harus didukung dengan *goal congruence* yang baik pula (Bandura, 1997). Lorig (2001) menyebutkan pengetahuan dan kepercayaan sebagai bagian terpenting dari keberhasilan seseorang untuk melakukan *self management*. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang. Dimensi hasil dipengaruhi oleh dimensi konteks dan dimensi proses. Dimensi hasil terdiri dari hasil proksimal dan hasil distal (Ryan & Sawin, 2009).

2.1.4 Intervensi

Intervensi berbasis individu dan keluarga dapat mempengaruhi *self management* dengan cara mengintervensi dimensi konteks maupun dimensi proses. Intervensi pada dimensi konteks dapat dilakukan dengan cara mengurangi faktor risiko atau meningkatkan kondisi yang mendukung *self management*. Intervensi pada dimensi proses dapat dilakukan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan kepercayaan, meningkatkan perilaku individu dengan menggunakan *self regulation* dan meningkatkan fasilitasi sosial (Ryan & Sawin, 2009).

2.1.5 Dampak potensial dari IFSMT

Teori deskriptif baru ini memperkuat kerja sebelumnya pada *self management*. Faktor risiko dan faktor protektif telah diperluas. Dimensi Proses dari *self management* telah digambarkan, tambahan penting untuk model konseptual sebelumnya. Kekuatan sosial telah diperluas dan dikembangkan. Hasil telah dikonseptualisasikan sebagai proksimal dan distal dan secara resmi menambahkan kualitas hidup, kesejahteraan, dan biaya untuk hasil status kesehatan. Teori adalah novel, ia menyediakan dasar untuk memperluas pemahaman kita tentang *self management* dari orang dewasa atau anak dan keluarganya untuk individu sebagai anggota dari unit sosial. Teori ini memperluas fokus dari perubahan perilaku kesehatan untuk penyakit kronis dengan potensial untuk memasukkan perubahan perilaku kesehatan yang diperlukan untuk promosi kesehatan. IFSMT menyediakan landasan bagi pengembangan intervensi dan langkah-langkah dan diusulkan hubungan akan memfasilitasi pengujian mediasi dan moderasi. Teori ini mengakui dan menggunakan kontribusi utama dekade penelitian dan beasiswa yang telah muncul dari kolaborasi perawat dan profesional kesehatan lainnya (Ryan & Sawin, 2009)

2.2 Konsep *Self Management Behavior*

2.2.1 Konsep dasar perilaku

Perilaku dari pandangan biologis adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan (Notoatmojo, 2007). Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktifitas dari manusia itu sendiri, oleh sebab itu perilaku manusia mempunyai rentangan yang sangat luas mencakup berjalan, berbicara, bereaksi,

berpakaian dan lain sebagainya. Kegiatan internal (*internal activity*) seperti berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia, atau dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut baik dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung (Rondhianto, 2011).

2.2.2 Pembentukan perilaku kesehatan individu

Hasil proksimal berdasarkan teori *individual and family self management*, perilaku terbentuk dari 3 hal, yaitu pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial. Seseorang akan mungkin lebih terlibat dalam perilaku kesehatan yang direkomendasikan, jika mereka mendapat informasi (pengetahuan) terkait dan menjalankan *health belief* (kepercayaan) sejalan dengan perilaku, jika seseorang mengembangkan kemampuan *self regulation* untuk mengubah perilaku kesehatan mereka dan jika mereka mengalami fasilitasi sosial yang positif mempengaruhi dan mendukung mereka untuk terlibat dalam perilaku kesehatan preventif (Ryan & Sawin, 2009).

Pengetahuan dan kepercayaan adalah informasi faktual dan persepsi tentang kondisi kesehatan atau perilaku kesehatan, termasuk *self-efficacy*, *outcome expectancy* (harapan hasil), dan *goal congruence* (keselarasan tujuan). *Self-efficacy* adalah konsep perilaku spesifik dan mengacu pada tingkat keyakinan seseorang pada kemampuannya untuk berhasil terlibat dalam perilaku di bawah situasi normal dan stress, *outcome expectancy* (harapan hasil) adalah keyakinan bahwa keterlibatan dalam perilaku tertentu akan menghasilkan hasil yang diinginkan dan *goal congruence* (keselarasan tujuan) adalah kemampuan seseorang untuk menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan (Ryan & Sawin, 2009).

Menurut Notoatmojo (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah 1) pendidikan, 2) informasi, 3) sosial budaya dan ekonomi, 4) lingkungan, 5) usia dan 6) pengalaman. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan.

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu. Pengalaman memberikan pengetahuan dan akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan. Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan

semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

Kemampuan regulasi diri merupakan proses seseorang untuk mencapai perubahan dalam perilaku kesehatan. Regulasi diri mencakup sejumlah keterampilan dan kemampuan (1) penetapan tujuan (*goal setting*), (2) *self-monitoring* dan pemikiran reflektif, (3) pengambilan keputusan, (4) perencanaan dan tindakan, (5) evaluasi diri, (6) dan kontrol emosi (Ryan & Sawin, 2009). Kemampuan *self regulation* seseorang dapat mengubah respon- respon seseorang, seperti mengendalikan impuls perilaku (dorongan perilaku), menahan hasrat, mengontrol pikiran dan mengubah emosi (Kowalski, 2000 dalam Ryan & Sawin, 2009). Kemampuan regulasi diri menurut Bandura (1997) dipengaruhi oleh faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal terdiri dari standar dan penguatan (*reinforcement*), sedangkan faktor internal terdiri dari observasi diri (*self observation*), proses penilaian (*judgmental process*), dan reaksi diri (*self response*). Ketika seseorang dapat mencapai standar tingkah laku tertentu, perlu penguatan agar tingkah laku semacam itu menjadi pilihan untuk dilakukan lagi. Perilaku manusia umumnya bervariasi, tergantung dari pengamatan yang dilakukan oleh individu itu sendiri dan dalam hal ini setiap individu memiliki *self observation* yang berbeda-beda dari individu lainnya. Setelah melakukan pengamatan, individu akan melakukan penilaian atau evaluasi diri tentang perilakunya dan hal ini didasarkan oleh standar personal individu. Pencapaian akan standar akan memunculkan *self reaction* atau adanya *reward and punishment* terhadap diri pribadi.

Fasilitasi sosial terjadi dalam hubungan sosial seseorang dan dapat meningkatkan kapasitas individu untuk berubah meliputi pengaruh sosial, dukungan sosial, dan kolaborasi. Fasilitasi sosial dapat diartikan sebagai dampak dari kinerja yang berasal dari orang lain. Dampak yang dihasilkan bisa positif (meningkatkan kinerja) maupun negatif (menurunkan kinerja). Fasilitasi sosial dapat diartikan sebagai peningkatan kinerja fisik dan kognitif karena kehadiran orang lain (Mendez, 2007). Pengaruh sosial adalah pesan yang dipercayai oleh seseorang karena berasal dari seseorang yang dianggap ahli yang isi pesannya menyarankan dan mendorong individu dan keluarga untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu. Dukungan sosial terdiri dari dukungan emosional, instrumental, atau informasi diberikan kepada seseorang atau keluarga dengan tujuan membantu atau memfasilitasi keterlibatan mereka dalam perilaku kesehatan. Kolaborasi kerjasama yang terbentuk antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan. Hal yang dapat mempengaruhi kolaborasi adalah peran, kebersamaan dan tanggung jawab keluarga yang pada akhirnya dapat mempengaruhi tujuan dan rekomendasi perawatan (Ryan & Sawin, 2009). Nilai-nilai yang mendasari sebuah kolaborasi adalah tujuan yang sama, kesamaan persepsi, kemauan untuk berproses, saling memberikan manfaat, kejujuran, dan kasih sayang (Sarwono & Meinarno, 2009).

2.2.3 Komponen *self management behavior* pada penderita DM tipe 2

Diabetes self care behavior atau biasa disebut *diabetes self management behavior* merupakan perilaku perawatan mandiri yang harus dilaksanakan oleh pasien meliputi : pemeriksaan glukosa, diet/nutrisi, obat-obatan, aktivitas fisik atau latihan dan perawatan kaki (Wu, 2007).

1) Pemantauan glukosa darah

Pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM) merupakan bagian penatalaksanaan DM yang sangat penting, karena dapat mencegah terjadinya komplikasi DM baik akut maupun kronis. Penatalaksanaan PDGM membutuhkan motivasi dan pendidikan secara tepat karena dilakukan dalam jangka waktu yang lama. PDGM terutama dianjurkan bagi pasien dengan pengobatan insulin atau obat pemicu sekresi insulin. Menurut Simon (2002) didalam Wu (2007), pada pasien DM dianjurkan untuk memeriksakan gula darah secara mandiri adalah 2 kali seminggu. Tindakan pemeriksaan glukosa darah secara mandiri dan teratur maka pasien akan mengetahui dampak penatalaksanaan DM pada dirinya dan semakin memperkuat perilaku perawatan dirinya.

2) Diet/nutrisi

Terapi gizi medis (TGM) menurut ADA (2012) merupakan bagian integral dalam pelaksanaan DM. Pencapaian optimal dari terapi ini dapat dicapai dengan melibatkan pasien dalam perawatan mandiri (Wu, 2007). Downwer (2001) dalam Wu (2007) menyatakan bahwa intervensi gizi yang efektif pada penderita DM dapat meningkatkan kontrol gula darah, kontrol lipid darah, kontrol tekanan darah, kontrol berat badan, yang dapat memicu penggunaan obat-obatan, frekuensi hipoglikemia, hospitalisasi, pembiayaan kesehatan dan yang paling penting adalah meningkatkan kualitas hidup penderita.

3) Aktifitas fisik

Aktifitas fisik secara regular penting dilakukan pasien dalam rangka menormalisasikan kadar glukosa darah karena salah satu penyebab DM tipe 2 adalah

obesitas. Zinker (1997) dalam Wu (2007) menyatakan bahwa pengaktifan otot tubuh dapat menginisiasi glikogenolisis dan lipolisis serta menstimulasi pengeluaran glukosa dari hepar. ADA (2012) menyatakan bahwa manfaat olahraga pada penderita Diabetes adalah meningkatkan sensitivitas insulin, meningkatkan kontrol gula darah, menurunkan risiko penyakit jantung dan vaskuler, dan menurunkan tekanan darah dan lemak jahat di dalam darah. ADA menyebutkan bahwa aktifitas fisik yang dilakukan adalah olahraga dilakukan selama 30 menit sehari dan dilakukan 3-4 kali seminggu.

4) Obat-obatan

Penatalaksanaan DM tipe 2 diawali oleh intervensi diet dan aktifitas fisik atau olahraga, namun demikian biasanya pasien juga membutuhkan obat-obatan juga untuk mendapatkan kontrol gula darah yang lebih baik. Glasgow (1997) dalam Wu (2007) menyebutkan bahwa ketidakpatuhan pengobatan pada penderita DM biasanya terjadi, dan biasanya adalah pada waktu minumnya, sehingga pemberian pengetahuan tentang obat, aturan minum dan regimen pengobatan menjadi penting dalam pengelolaan DM.

5) Perawatan kaki

Perawatan kaki merupakan masalah yang sering terjadi pada penderita DM sebagai komplikasi DM yang menyebabkan penderita DM masuk rumah sakit dan terkadang membutuhkan proses pembedahan untuk menyelesaikan masalahnya. Dunning (2003) didalam Wu (2007) bahwa dari total amputasi yang dilakukan di RS, 40-70% amputasi kaki dilakukan pada penderita DM yang disebabkan oleh adanya ulkus. Angka amputasi ini dapat diturunkan dengan melakukan pencegahan dan

perawatan pada kaki dengan cara monitoring dan melakukan pemijatan kaki dan senam kaki diabetes.

2.3 Konsep *Quality Of Life*

2.3.1 Pengertian *quality of life* (QoL)

Quality of life (QoL) adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan hidup, harapan, standart dan perhatian. Hal ini merupakan konsep yang sangat luas yang mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, hubungan sosial dan hubungannya dengan keinginan dimasa yang akan datang terhadap lingkungan mereka (WHO dalam Yusra, 2010).

2.3.2 Komponen *quality of life* (QoL)

Quality of life (QoL) mempunyai beberapa pengertian, walaupun demikian hal itu dianggap sebagai multi dimensi faktor dan mempunyai beberapa faktor yang mempengaruhinya. Hal ini biasanya untuk mengetahui *quality of life* (QoL) dari persepsi masing-masing individu. Faktor multidimensi dan elemen-elemen yang berhubungan dengan *quality of life* (QoL) telah dijelaskan oleh Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop, dan Klapp (2002).

1) Konsep secara umum

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

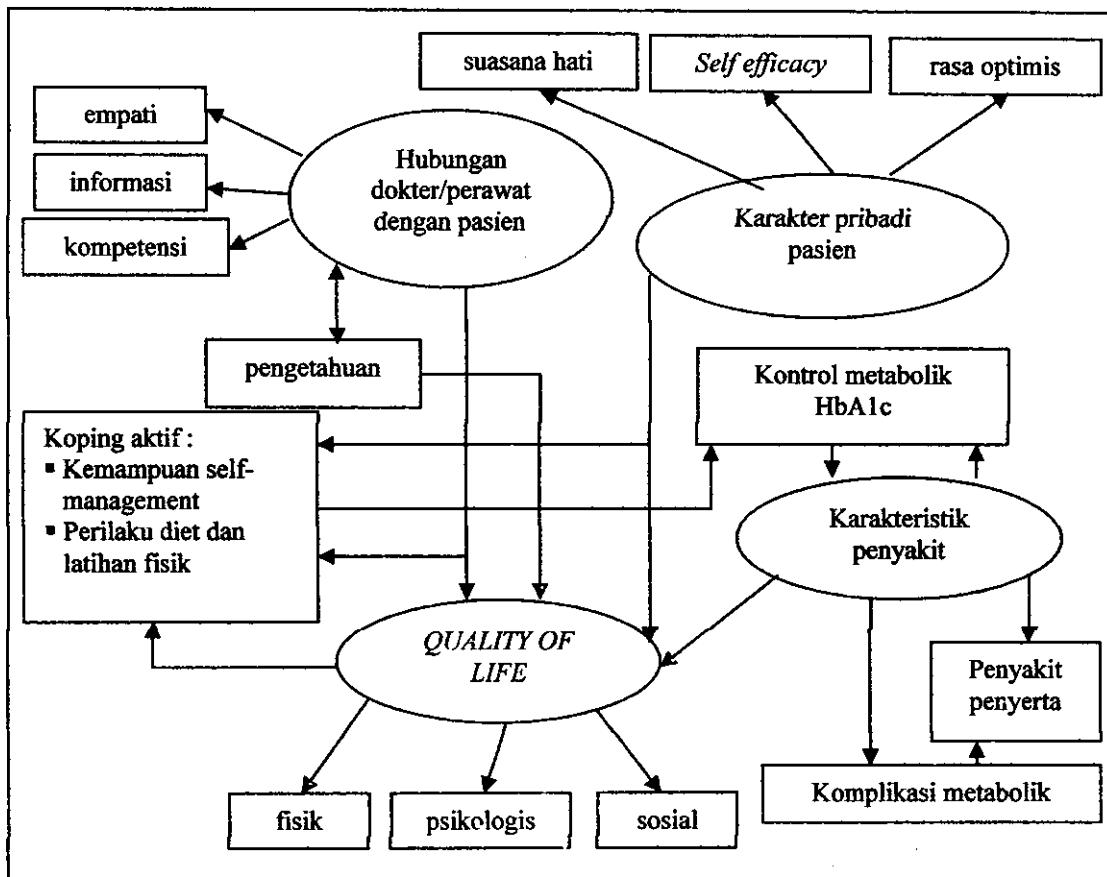
kepuasan terhadap pekerjaan dan hubungan dengan orang lain (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Pada literatur yang ditemukan, komponen *quality of life* biasanya sering disebut dengan “*well being*”

2) *Health related QoL* (HRQoL)

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

3) *Diabetes spesific quality of life*

Penyakit yang berhubungan dengan HRQoL sudah dideskripsikan oleh Polonsky (2000) sebagai konstruksi multidimensi, dimana setiap dimensinya dapat mempengaruhi *quality of life* (QoL). Domain spesifik diabetes dipikirkan dan dimasukkan ketika pemikiran HRQoL dihubungkan dengan penyebab dengan perasaan dari kesejahteraan secara psikologis, fisik dan sosial individu.



Gambar 2.2 Elemen dari *quality of life* (diadaptasi dari Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop, dan Klapp, 2002)

2.3.3 Pengukuran *quality of life*

WHO (2012) menyebutkan bahwa perlunya pengukuran kualitas hidup, khususnya pada penderita DM, dikarenakan mempertahankan kualitas hidup adalah salah satu tujuan utama pada pengobatan DM. Hal ini karena DM 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. Pada penderita DM kualitas hidup yang rendah serta masalah psikologis dapat memperburuk gangguan metabolik baik secara langsung melalui stress hormonal maupun tidak langsung melalui *compliance* yang buruk. Kondisi ini sangat

penting menggunakan pengkajian multidimensi untuk mengetahui kualitas hidup serta pengukuran secara spesifik tentang penyakit dan secara umum

Pengukuran *quality of life* dilakukan dengan cara pengukuran perubahan fisik, fungsional, mental dan sosial sehingga dapat digunakan untuk mengevaluasi keuntungan dan kerugian suatu program atau pengobatan yang baru. Dua dimensi yang diukur dalam mengukur *qualify of life* seseorang yaitu pengukuran fungsi atau status sehat, yang bersifat objektif dan persepsi sehat yang bersifat subjektif. Penilaian kualitas hidup seharusnya digunakan untuk petunjuk dan evaluasi terhadap pengobatan dan intervensi. Instrumen kualitas hidup dari WHO meliputi 26 item, dan sudah sesuai dengan aspek kesehatan fisik, aspek psikologis, aspek hubungan sosial dan aspek lingkungan (WHO, 2012).

2.3.4 Komponen pengkajian instrumen dari WHO tahun 2003

1) Domain I aspek fisik

Domain I aspek fisik dalam instrument *quality of life* dari WHO tahun 2003 terdiri dari aspek (1) nyeri dan kenyamanan : bebas dari rasa nyeri, seberapa jauh rasa nyeri mengganggu aktivitas sehari-hari, (2) kekuatan dan kelemahan, (3) aktivitas seksual : frekuensi, kepuasan seksual, masalah seksual, disfungsi ereksi, (4) istirahat dan tidur : durasi tidur, kualitas tidur, masalah-masalah dalam istirahat dan tidur, (5) fungsi sensoris.

2) Domain II aspek psikologis

Domain II aspek psikologis dalam instrument *quality of life* dari WHO tahun 2003 terdiri dari aspek (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

3) Domain III Hubungan Sosial

Domain III aspek hubungan sosial dalam instrument *quality of life* dari WHO tahun 2003 terdiri dari aspek (1) hubungan sosial: kemampuan bergaul dengan lingkungan sosial, (2) dukungan sosial: dukungan dari teman, keluarga dan tenaga kesehatan, dan (3) aktivitas pemberi pelayanan: ketersediaan informasi kesehatan.

4) Domain IV Lingkungan

Domain IV aspek lingkungan dalam instrument *quality of life* dari WHO tahun 2003 terdiri dari aspek (1) kenyamanan fisik, (2) lingkungan rumah dan kondisi tempat tinggal, dan (3) kepuasan kerja.

2.4 DM Tipe 2 dan Dukungan Keluarga

Paradigma sehat pada penderita DM adalah suatu konsep atau cara pandang tentang kesehatan dimana pelaksanaannya mementingkan peran serta dari keluarga untuk hidup sehat terutama pada keluarga dengan risiko tinggi menderita DM mellitus sehingga mampu untuk mandiri, memelihara dan meningkatkan serta waspada akan kejadian DM. Hal yang paling mendasar adalah pada upaya pencegahan. Upaya pencegahan yang melibatkan peran penting keluarga menitikberatkan pada periode prapatoogenesis (sebelum sakit) dalam semua tahapan kehidupan, dari lahir sampai meninggal, upaya tersebut adalah tindakan terhadap faktor intrinsik (imunisasi/kekebalan, keseimbangan jasmani, mental dan

psikologikal), upaya terhadap risiko DM dan komplikasinya, upaya untuk memantapkan, meningkatkan keseimbangan sosial dalam keluarga dan upaya terhadap lingkungan rumah tangga. DM merupakan salah satu penyakit kronik, oleh sebab itu timbul kejenuhan atau kebosanan pada pasien mengenai jadwal pengobatan terdahulu sehingga untuk mengatasi hal ini perlu tindakan terhadap faktor psikologis dalam penyelesaian masalah DM. Keikutsertaan anggota keluarga lainnya dalam memandu pengobatan, diet, latihan jasmani dan pengisian waktu luang yang positif bagi kesehatan keluarga merupakan bentuk peran serta aktif bagi keberhasilan penatalaksanaan DM. Pembinaan terhadap anggota keluarga lainnya untuk bekerjasama menyelesaikan masalah DM dalam keluarganya, hanya dapat dilakukan bila sudah terjalin hubungan erat antara dokter, pihak keluarga dan penderita sendiri (Rifki, 2009 dalam Yusra, 2010).

Dukungan keluarga yang positif pada penderita DM terbukti secara signifikan berhubungan dengan peningkatan status fungsional, status kesehatan DM dan meningkatkan perilaku perawatan mandiri (Dimkovic & Oreopaulus, 2000 dalam Wu 2007). Belgrave dan Lewis (1991) dalam Wu (2007) mengkaji peran dukungan keluarga dan menemukan bahwa dukungan keluarga berhubungan secara signifikan dengan perilaku kesehatan yang positif yang ditunjukkan dengan patuh terhadap jadwal dan patuh pada aktifitas kesehatan. Dukungan keluarga mempunyai pengaruh yang positif pada kesejahteraan psikologis secara keseluruhan pada seseorang (Wu, 2007).

Keluarga dapat mempunyai pengaruh kepada sikap dan kesiediaan belajar pasien DM dengan cara menolak atau mendukung secara sosial. Pasien DM akan

memiliki sikap lebih positif untuk DM apabila keluarga mendukung dan antusias terhadap pendidikan kesehatan mengenai DM (Soegondo, 2006).

2.5 Konsep Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2

2.5.1 Definisi DM

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

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

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

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

2.5.2 Etiologi DM tipe 2 di Indonesia

Kenaikan prevalensi DM secara global terutama disebabkan oleh karena peningkatan kemakmuran suatu populasi, maka dengan demikian dapat dimengerti bila suatu saat atau lebih tepat lagi dalam kurun waktu 1 atau 2 dekade yang akan datang (Suyono (2011)). Kekerapan DM tipe 2 di Indonesia akan meningkat dengan drastis, yang disebabkan oleh faktor keturunan (genetik), faktor kegemukan / obesitas (perubahan gaya hidup dari tradisional ke gaya hidup barat, makan berlebihan, dan hidup santai, kurang gerak badan), faktor demografi (jumlah penduduk meningkat, urbanisasi, dan penduduk berumur di atas 40 tahun meningkat) dan berkurangnya penyakit infeksi dan kurang gizi.

Faktor-faktor yang dapat menyuburkan dan sering merupakan faktor pencetus DM menurut Subekti (2011) adalah kurang gerak / malas, makanan berlebihan, kehamilan, kekurangan produksi hormon insulin dan penyakit hormon yang kerjanya berlawanan dengan insulin

2.5.3 Patofisiologi DM

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

Pengolahan bahan makanan dimulai di mulut kemudian ke lambung dan selanjutnya ke usus. Makanan dipecah menjadi bahan dasar dari makanan itu di dalam saluran pencernaan. Karbohidrat menjadi glukosa, protein menjadi asam amino

dan lemak menjadi asam lemak. Ketiga zat makanan itu akan diserap oleh usus kemudian masuk ke dalam pembuluh darah dan diedarkan ke seluruh tubuh untuk dipergunakan oleh organ-organ di dalam tubuh sebagai bahan energi. Zat makanan itu harus masuk dulu ke dalam sel supaya dapat diolah agar dapat berfungsi sebagai bahan energi,. Zat makanan terutama glukosa dibakar melalui proses kimia yang rumit, yang hasil akhirnya adalah timbulnya energy di dalam sel. Proses ini disebut metabolisme. Insulin memegang peran yang sangat penting dalam proses metabolisme yaitu bertugas memasukkan glukosa ke dalam sel, untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan energi. Insulin ini adalah hormon yang dikeluarkan oleh sel beta di pankreas.

Kadar insulin cukup dan sensitif pada keadaan normal, insulin akan ditangkap oleh reseptor insulin yang ada pada permukaan sel otot, kemudian membuka pintu masuk sel hingga glukosa dapat masuk sel untuk kemudian dibakar menjadi energi / tenaga, akibatnya kadar glukosa dalam darah normal. Penderita DM mendapatkan jumlah insulin yang kurang atau pada keadaan kualitas insulinnya tidak baik (resistensi insulin), meskipun insulin ada dan reseptor juga ada, tapi karena ada kelainan di dalam sel itu sendiri pintu masuk sel tetap tidak dapat terbuka tetap tertutup hingga glukosa tidak dapat masuk sel untuk dibakar (di metabolisme), akibatnya glukosa tetap berada diluar sel, hingga kadar glukosa dalam darah meningkat.

2.5.4 Gejala klinis

Seseorang dikatakan menderita DM jika menderita dua dari tiga gejala di yaitu (sesuai dengan kriteria *American Diabetes Association* (ADA) 2012), keluhan

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

2.5.4.1 Gejala akut

- 1) Pada permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi tiga serba banyak yaitu banyak makan (polifagia), banyak minum (polidipsia) dan banyak kencing (poliuria) atau singkatannya 3P. Penderita dalam fase ini biasanya menunjukkan berat badan yang terus bertambah, karena pada saat ini jumlah insulin masih mencukupi.
- 2) Bila keadaan tersebut tidak cepat diobati, lama-kelamaan mulai timbul gejala yang disebabkan oleh kurangnya insulin, dan bukan 3P lagi, melainkan hanya 2P saja (polidipsia dan poliuria) dan beberapa keluhan lain : nafsu makan mulai berkurang (tidak polifagia lagi) bahkan kadang-kadang disusul dengan mual jika kadar glukosa darah melebihi 500 mg/dl. Gejalanya adalah banyak minum, banyak kencing, berat badan turun dengan cepat (dapat turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu) dan mudah lelah serta bila tidak lekas diobati akan timbul rasa mual, bahkan penderita akan jatuh koma (tidak sadarkan diri) dan disebut koma *diabetic* (koma diabetic adalah koma pada penderita DM akibat kadar glukosa darah terlalu tinggi, biasanya melebihi 600 mg/dl).

2.5.4.2 Gejala kronik

Gejala kronik yang dialami penderita DM adalah kesemutan (semuten), kulit terasa panas (wedangen), atau seperti tertusuk-tusuk jarum, terasa tebal di kulit, sehingga kalau berjalan seperti di atas bantal atau kasur, kram, lelah, mudah mengantuk, mata kabur, biasanya sering gantiacamata, gatal di sekitar kemaluan, terutama wanita, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun, bahkan impoten, dan para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg.

2.5.5 Diagnosis

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

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

- 1) Jika keluhan klasik ditemukan, maka pemeriksaan glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dL sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM.
- 2) Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL dengan adanya keluhan klasik.
- 3) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO). Meskipun TTGO dengan beban 75gram glukosa lebih sensitif dan spesifik dibanding dengan pemeriksaan glukosa plasma

puasa, namun pemeriksaan ini memiliki keterbatasan tersendiri. TTGO sulit untuk dilakukan berulang-ulang dan dalam praktek sangat jarang dilakukan karena membutuhkan persiapan khusus.

2.5.6 Komplikasi

2.5.6.1 Komplikasi akut

Boedisantoso (2011) menyebutkan bahwa komplikasi akut DM dapat dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu hipoglikemia dan hiperglikemia.

1) Hipoglikemia

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

Penyebab hipoglikemia diantaranya makan kurang dari aturan yang ditentukan, berat badan turun, sesudah olahraga, sesudah melahirkan, sembuh dari sakit, makan obat yang mempunyai sifat serupa, pemberian suntikan insulin yang tidak tepat. Tanda hipoglikemia mulai muncul bila glukosa darah kurang dari 50 mg/dl, meskipun reaksi hipoglikemia bisa juga muncul pada kadar glukosa darah yang lebih tinggi. Tanda klinis dari hipoglikemi sangat bervariasi dan berbeda pada setiap orang.

Tanda-tanda hipoglikemia adalah stadium parasimpatik : lapar, mual, tekanan darah turun, stadium gangguan otak ringan : lemah, lesu, sulit bicara, kesulitan

menghitung sederhana, stadium simpatik : keringat dingin pada muka terutama di hidung, bibir atau tangan, berdebar-debar, stadium gangguan otak berat : koma (tidak sadar) dengan atau tanpa kejang. Keempat stadium hipoglikemia ini dapat ditemukan secara berurutan ataupun meloncat pada pemakaian obat oral maupun suntikan.

2) Hiperglikemia

Kelompok hiperglikemia, secara anamnesis ditemukan adanya masukan kalori yang berlebihan, penghentian obat oral maupun insulin yang didahului oleh stres akut. Tanda khas adalah kesadaran menurun disertai dehidrasi berat dengan ketosis atau asidosis. Patogenesis kedua jenis subkelompok berbeda hanya dalam derajat defisiensi insulin. Pada dasarnya pengobatan kelompok hiperglikemia adalah pemberian cairan untuk mengatasi dehidrasi terutama bagi subkelompok hiperglikemia non ketotik (HINK).

2.5.6.2 Komplikasi kronis

Penyakit DM menurut Waspadji (2011) dalam jangka panjang dapat menyebabkan komplikasi berupa gangguan pada makrovaskuler, mikrovaskuler, neuropati dan rentan terjadinya infeksi. Komplikasi ini terjadi setelah lebih dari 5 sampai 10 tahun setelah terdiagnosis DM. Gangguan makrovaskuler meliputi penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskuler seperti : stroke, penyakit vaskuler perifer (oklusi arteri perifer). Gangguan mikrovaskuler diantaranya terjadinya gangguan pada mata (seperti : retinopati diabetik, katarak, glaukoma), dan nefropati (penyakit ginjal sampai dengan gagal ginjal). Pasien DM juga dapat mengalami neuropati yang dapat menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer (sensorimotor), otonom dan spinal. Masalah lain yaitu munculnya kaki diabetik. Hal

ini terjadi karena perubahan mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati menyebabkan perubahan pada ekstremitas bawah. Komplikasinya dapat terjadi gangguan sirkulasi, terjadi infeksi, gangren, penurunan sensasi dan hilangnya fungsi saraf sensorik. Semua ini menunjang terjadinya trauma atau tidak terkontrolnya infeksi yang akhirnya menjadi gangren. Kontrol DM yang buruk tidak jarang menyebabkan penderita harus menjalani amputasi.

2.5.7 Penatalaksanaan dan pengelolaan DM tipe 2

Penatalaksanaan dan pengelolaan DM terdapat lima pilar pengendalian DM yang meliputi (Smetlzer et al, 2008) yaitu perencanaan makan / Diet, latihan jasmani, pemantauan gula darah, terapi medis dan penyuluhan

2.5.7.1 Perencanaan makan / diet

1) Prinsip diet DM

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

(1) Jumlah kalori

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

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

Keterangan :

BB = Berat badan (kg)

TB = Tinggi badan (cm)

Tabel 2.2 Klasifikasi status gizi berdasarkan BBR (Berat Badan Relatif)

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

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

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

Keterangan :

BB = Berat badan (kg)

TB = Tinggi badan (meter)

Tabel 2.3 Klasifikasi status gizi berdasarkan IMT (Indeks Massa Tubuh) menurut Himpunan Studi Obesitas Indonesia (HISOBI) 15 Mei 2004

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

Pedoman jumlah kalori dalam praktek yang diperlukan sehari untuk penderita

DM yang bekerja biasa adalah :

- Kurus = berat badan x 40-60 kalori
- Normal = berat badan x 30 kalori
- Gemuk = berat badan x 20 kalori sehari
- Obesitas = berat badan x 10-15 kalori sehari

(2) Jadwal makan

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

Contoh :

Pukul 06.30 makan pagi

Pukul 09.30 makan kecil atau buah

Pukul 12.30 makan siang

Pukul 15.30 makan kecil atau buah

Pukul 18.30 makan malam

Pukul 21.30 makan kecil atau buah

(3) Jenis makanan

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

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

2) Jenis diet DM

Diet DM menurut Tjokroprawiro (2010) ada sekitar 21 jenis, yang masing-masing mempunyai komposisi dan indikasi sendiri-sendiri, yaitu :

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

penyakit gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)

(15) Diet KV-T2 (2003) adalah diet Trimester II untuk diabetisi yang hamil, yang diabetesnya sudah diketahui sebelum hamil, atau diabetisi yang mengidap penyakit gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)

(16) Diet KV-T3 (2003) adalah diet Trimester III untuk diabetisi yang hamil, yang diabetesnya sudah diketahui sebelum hamil, atau diabetisi yang mengidap penyakit gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)

(17) Diet KV-L (2003) adalah diet saat laktasi untuk diabetisi, yang hamil yang diabetesnya sudah diketahui sebelum hamil, atau diabetisi yang mengidap penyakit gangguan kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, stroke, penyakit pembuluh darah oklusif)

(18) Diet B1-T1 (2003) adalah diet Trimester I untuk diabetisi yang diabetesnya baru diketahui saat hamil

(19) Diet B1-T2 (2003) adalah diet Trimester II untuk diabetisi yang diabetesnya baru diketahui saat hamil

(20) Diet B1-T3 (2003) adalah diet Trimester III untuk diabetisi yang diabetesnya baru diketahui saat hamil

(21) Diet B1-L (2003) adalah diet pada saat laktasi untuk diabetisi yang diabetesnya baru diketahui saat hamil

3) Diet DM sehari-hari

Diet yang digunakan sebagai bagian dari penatalaksanaan DM dikontrol berdasarkan kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat. Penetapan diet ditentukan oleh keadaan pasien, jenis DM, dan program terapi keseluruhan.

2.5.7.2 Latihan jasmani

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

(1) Frekuensi

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

(2) Intensitas

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

(3) Time (Durasi)

30 menit

(4) Tipe (Jenis)

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

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

Tabel 2.4 Aktivitas fisik sehari-hari

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

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

(1) Pemanasan (*warm-up*)

Lama pemanasan cukup 5 – 10 menit.

(2) Latihan inti (*conditioning*)

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

(3) Pendinginan (*cooling-down*)

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

(4) Peregangan (*stretching*)

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

2.5.7.3 Pemantauan gula darah

Pemantauan gula darah dengan baik dapat menunda atau meminimalisir terjadinya komplikasi akut DM, hipoglikemia, hiperglikemia dan berperan dalam mengurangi komplikasi kronis karena kadar glukosa darah yang baik berhubungan dengan penurunan insiden komplikasi DM. Kontrol glukosa darah secara teratur tanpa menunggu adanya komplikasi, terutama bagi penderita DM yang berumur diatas 40 tahun. Penderita DM yang mempunyai komplikasi kardiovaskular, kontrol lebih baik dilakukan 1-3 bulan sekali atau lebih sering lagi setiap 2 minggu sekali.

Pemantauan glukosa darah secara mandiri sangat bermanfaat bagi penderita DM dalam mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang memungkinkan akan mengurangi komplikasi DM jangka panjang (Smeltzer, et al, 2008).

2.5.7.4 Terapi medis

1) Jenis obat antidiabetik oral

Menurut Tjokroprawiro (2010) jenis-jenis obat antidiabetik oral, yaitu :

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

Sulfonilurea mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas, dan merupakan pilihan utama untuk pasien dengan berat badan normal dan kurang, namun masih boleh diberikan kepada pasien dengan berat badan lebih. Sedangkan glinid merupakan obat yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea, dengan penekanan pada meningkatkan sekresi insulin fase pertama.

Obat ini diabsorpsi dengan cepat setelah pemberian secara oral dan diekskresi secara cepat melalui hati.

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

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

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

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

- (4) *Incretin-Enhancers*, obat ini mempunyai sifat meningkatkan incretin. Contohnya adalah DPP-4 Inhibitor (Sita-, Vilda-, Saxa-, Alo-, Dena-, Duto, Melogliptin, dll)
- (5) *Fixed dose combination types*, Contohnya adalah Glucovance, Avandaryl, Avandamet, Amaryl-M, Janumet, ACT Oplusmet).

2) Insulin

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

ADA (2009) di dalam Tjokroprawiro (2010) menyebutkan bahwa algoritma penatalaksanaan DM tipe 2 dibagi menjadi 2 lini, yaitu :

1) Lini pertama

Step 1 : langkah ini dilakukan saat diagnosis DM ditegakkan segera mulai intervensi gaya hidup dan metformin, Step 2 : langkah ini dilakukan apabila intervensi gaya hidup dan pemberian metformin dengan dosis maksimal selama 2-3 bulan target belum tercapai, maka segera tambahkan obat lain, bisa sulfonilurea atau insulin basal. Bila A1C > 8 % maka insulin lebih direkomendasikan. Step 3 : langkah ini dilakukan apabila intervensi gaya hidup serta pemberian obat

metformin dan sulfonilurea atau insulin belum mencapai target, selanjutnya adalah segera melakukan intensifikasi terapi insulin dengan cara menambahkan insulin *short acting* atau insulin *rapid acting* diberikan sebelum makan pada salah satu waktu makan yang dipilih untuk mengatasi gula darah setelah makan (disebut regimen basal plus).

2) Lini kedua

Pada kondisi khusus algoritma lini kedua dapat dipertimbangkan, khususnya pada pasien rentan terjadi hipoglikemia, maka dapat dipertimbangkan dengan menambah pioglitazone atau GLP-1 agonist (*Glucagon-Like Peptide 1 agonist*). Apabila target A1C belum tercapai, maka dapat ditambah sulfonilurea. Sebagai alternatif intervensi lini kedua distop dan insulin basal dimulai. Bila target ini belum tercapai, selanjutnya adalah segera melakukan intensifikasi insulin. Dalam algoritma ini nampak bahwa insulin sudah mulai dipakai pada step kedua setelah step pertama gagal mempertahankan gula darah dengan target A1C < 7 %.

2.5.7.5 Penyuluhan

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

- 1) Agar penyandang DM dapat hidup lebih lama dan dalam kebahagiaan, karena kualitas hidup sudah merupakan kebutuhan bagi seseorang. Seseorang yang bertahan hidup, tetapi dalam keadaan tidak sehat akan mengganggu kebahagiaan dan kestabilan keluarga.

- 2) Untuk membantu penyandang DM agar mereka dapat merawat dirinya sendiri, sehingga komplikasi yang mungkin timbul dapat dikurangi, selain itu juga jumlah hari sakit dapat ditekan.
- 3) Agar penyandang DM tetap produktif sehingga dapat berfungsi dan berperan sebaik-baiknya di dalam masyarakat.
- 4) Menekan biaya perawatan baik yang dikeluarkan secara pribadi, asuransi ataupun secara nasional.

2.6 Theoretical Mapping / Riset Pendukung

Tabel 2.5 Riset pendukung model *individual and family self management*

No	Judul, Peneliti, Sumber	Masalah Tujuan penelitian	Metode	Hasil
1.	Pengembangan Model <i>Self Care Management-Holistic Psychospiritual Care</i> Terhadap Kemandirian dan Perubahan Nilai Kadar Glukosa Darah Serta HbA1C Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Kusnanto (2012) Jurnal Ners, Vol.7 no.2 Oktober 2012 Hal.103-110	Diabetes mellitus adalah jenis penyakit kronik yang tidak bisa disembuhkan namun sebenarnya dapat dikelelo. Secara global, prevalensi DM meningkat sebagai akibat dari kurangnya <i>self management</i> terhadap penyakit dan sebagai akibatnya adalah penurunan kondisi kesehatan secara holistic. Terdapat banyak intervensi yang diberikan namun gagal memberikan dampak positif pada kondisi pasien secara holistic sehingga	Desain : Penelitian diskriptif dan <i>quasy eksperiment</i> Sampel : Tahap pertama 15 responden dan tahap kedua 50 responden Variabel tahap pertama : Pengembangan modul pengelolaan Diabetes Mandiri Variabel tahap kedua : Independen : <i>Self care management</i> menggunakan pendekatan <i>holistic psychospiritual care (HPC)</i> Dependen : Kemandirian, nilai glukosa darah, HbA1C Instrumen : Tahap pertama : Kuesioner dengan pertanyaan terbuka Tahap kedua : Kuesioner dengan pertanyaan tertutup dan	Pasien DM tipe 2 mengalami peningkatan kemandirian dan kadar glukosa darah yang rendah 2 jam sebelum dan sesudah makan dan juga mengalami penurunan HbA1C setelah pemberian intervensi

- jatuh pada komplikasi
- pemeriksaan lab
- Analisa data :
- 1) Uji *wilcoxon*
 - 2) *Mann-Whitney*
 - 3) Uji t
- Meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola penyakit dan menjelaskan perubahan kadar glukosa darah dan level HbA1C melalui melalui model *self care management-holistic psychospiritual care*
2. *Sosial Support, Quality of Life and Self-Care Behaviors Among African Americans With Type 2 Diabetes*
- Tricia S. Tang, PhD
Morton B. Brown, PhD
Martha M. Funnell, MS, RN, CDE
Robert M. Anderson, EdD (2008)
- The Diabetes Educator 2008 34: 266
DOI: 10.1177/0145721708315680
- Bagaimanakah hubungan *sosial support* dengan *diabetes-specific quality of life* dan *self-care behaviors* pada African Americans dengan diabetes tipe 2
- Menganalisa *sosial support* dan hubungannya dengan *diabetes-specific quality of life* dan *self-care behaviors* pada African Americans dengan diabetes tipe 2
- Desain : *cross-sectional, observational design*
- Sampel : 89 African American dewasa, usia 40 lebih, dengan diagnose dengan tipe 2 diabetes
- Independen : *Sosial support*
- Dependen : *diabetes-specific quality of life* dan *self-care behaviors*
- Instrumen :
- 1) *Diabetes-specific quality of life* diukur dengan *Diabetes Distress Scale* (DDS).
 - 2) *Self-care behavior* diukur dengan *The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure* yang direvisi
 - 3) *the Diabetes Family Behavior Checklist-II* (DFBC-II)
- Analisa data
- 1) statistic diskriptif untuk mengkaji respon frekuensi untuk *demographic variables, diabetes-specific quality of life, self-care behaviors, dan diabetes-related sosial support variables*
 - 2) *independent t-test* dan korelasi
- Kepuasan terhadap *sosial support* merupakan faktor yang mempengaruhi *diabetes specific quality of life* ($r = -.579, P < .001$), dan monitoring glukosa darah ($r = .258, P < .05$). Perilaku dukungan positif mempengaruhi perencanaan makan sehat ($r = .280, P < .05$), pengaturan konsumsi karbohidrat harian ($r = .367, P < .01$) dan melakukan aktivitas fisik setidaknya 30 menit setiap hari ($r = .296, P < .05$). Perilaku dukungan negatif mempengaruhi ketidakpatuhan mengkonsumsi obat ($r = -.348, P < .01$).

- Pearson
- 3) *Stepwise regression*
- Desain :
A randomized controlled study
- Sampel :
Total sampel 36 orang, dibagi menjadi kelompok kontrol 18 orang dan 18 di kontrol grup
- Independen :
Emotional Intelligence Program
- Dependen :
HRQoL dan Well-being.
- Instrumen :
1) *The BarOn Emotional Intelligence Scale (EQ-I)*,
2) *WHO Well-Being Questionnaire (WHO-WBQ-22)*,
3) *WHO Quality of Life Measure (WHOQOL-Bref)*, dan
4) *Medical Outcomes Study 36-Item Health Survey (SF-36)*
- Analisa data :
Wilcoxon dan Mann-Whitney
- Desain :
cross-sectional survey
- Sampel :
397 responden
- Independen:
demographics, doctor-patient relationship, personal stress, dan sosial context
- Dependen :
Perilaku self-care yaitu diet, monitoring glukosa, kepatuhan pada pengobatan dan exercise
- Instrumen :
60-item pertanyaan dalam versi Inggris dan Spanyol Survei ini meliputi item tentang demografi pasien, kepuasan dengan perawatan diabetes mereka, status kesehatan umum, perilaku perawatan diri, dan hambatan untuk perawatan diabetes
3. *The Effects of an Emotional Intelligence Program on the Quality of Life and Well-Being of Patients With Type 2 Diabetes Mellitus*
Bektas Murat Yalcin, Tevfik Fikret Karahan, Muhittin Ozcelik and Fusun Artiran Igde (2008)
The Diabetes Educator 2008 34: 1013
- Apakah ada pengaruh dari *emotional intelligence* program terhadap HRQoL dan *well being* pada penderita dengan DM tipe 2
- Untuk menganalisis pengaruh dari *emotional intelligence* program terhadap HRQoL dan *well being* pada penderita dengan DM tipe 2
- Tidak ada perbedaan *quality of life, well-being* dan level *emotional intelligence* pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan. Ada peningkatan *quality of life, well-being* dan level *emotional intelligence* pada kelompok perlakuan.
4. *Predictors of Self-care Behavior in Adults With Type 2 Diabetes: An RRNeST Study*
Teresa L. Albright, MD; Michael Parchman, MD; Sandra K. Burge, PhD; and the RRNeST Investigators (2001)
The Residency Research Network of South Texas (RRNeST) Investigators
- Bagaimanakah hubungan demografik pasien, hubungan dokter pasien, stress dan konteks sosial dengan *self care behavior* pasien DM tipe 2
- Menentukan hubungan dari masing-masing faktor perilaku pada perawatan diri keluarga pasien diabetes
- Perawatan diri berhubungan dengan usia, kepuasan pasien dengan hubungan dokter-pasien, stres pribadi, dan konteks keluarga. Konteks sosial, sebagaimana tercermin dari pernyataan "Keluarga saya memahami diabetes saya," sangat terkait dengan pola makan, olahraga, dan kepatuhan pengobatan. Analisis multivariat menunjukkan bahwa, setelah mengendalikan karakteristik demografi pasien dan kepuasan pasien, stres pribadi dan sosial konteks sangat

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <p>5. <i>The Family and Disease Management in Hispanic and European - American Patients With Type 2 Diabetes</i></p> <p>Lawrence Fisher, PHD, Catherine A. Chesla, M, DNSC
Marilyn M. Skaff, PHD, Catherine Gilliss, DNSC,
Joseph T. Mullan, PHD, Robert J. Bartz, MD,
Richard A. Kanter, MD, FACE,
Claudia P. Lutz, MPH, RD, CDE
(2000)</p> <p>Diabetes Care 23 :267-272, 2000</p> | <p>Bagaimanakah hubungan antara karakteristik keluarga yang mempengaruhi manajemen penyakit dengan pelaksanaan <i>self care</i> pada penderita DM tipe 2</p> <p>Untuk mengetahui hubungan antara karakteristik keluarga yang mempengaruhi manajemen penyakit dengan pelaksanaan <i>self care</i> pada penderita DM tipe 2</p> | <p>Analisa data :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pearson's chi-square tests 2) One-way ANOVA 3) Mantel-Haenszel chi-square 4) STATA® software <p>Desain :
<i>Cross sectional</i></p> <p>Sampel :
187 pasien DM tipe 2</p> <p>Independen :
3 domain kehidupan keluarga (<i>struktur keluarga, pengetahuan keluarga, dan management emosi keluarga</i>)</p> <p>Dependen :
5 area management penyakit (<i>biologis, kesehatan umum dan status fungsional, tingkat emosi, quality of life dan perilaku</i>)</p> <p>Instrumen :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Three of the four original family domains</i> oleh Fisher et al. (1992) 2) <i>Biological</i>: diukur level HbA1C dan BMI 3) Kesehatan umum: <i>The General Health subscale of the Medical Outcome Study 36-Item Short - Form Health survey (SF-36)</i> 4) <i>Quality of life</i>: <i>The Satisfaction subscale of the Diabetes Quality of Life</i> 5) Tingkat emosi: <i>The Center for Epi-demiological Studies—Depression (CESD)</i> 6) Perilaku: pengukuran latihan fisik dan diet dengan ACT24 | <p>terkait dengan perawatan diri, terutama diet</p> <p>Tiga domain dari keluarga (<i>struktur keluarga, pengetahuan keluarga, dan management emosi keluarga</i>) berhubungan dengan manajemen penyakit pada penderita DM tipe 2</p> |
| <p>6. <i>Pengaruh Diabetes Self Management Education Dalam Discharge Planning Terhadap Self Efficacy dan Self Care Behaviour Pasien Diabetes</i></p> | <p>Apakah ada pengaruh DSME dalam discharge planning terhadap self efficacy dan self care behaviour dan juga membuktikan</p> | <p>Analisa data :
<i>Multivariate regression analisis</i></p> <p>Desain:
<i>quasi experiment dengan design non randomized control group pretest posttest design</i></p> <p>Independen:
<i>Diabetes Self Management Education Dalam Discharge Planning</i></p> | <p>penerapan DSME di dalam <i>discharge planning</i> terbukti dapat meningkatkan <i>self efficacy</i> dan <i>self care</i> pasien DM tipe 2 lebih signifikan dibandingkan dengan pemberian <i>discharge</i></p> |

- | | | | |
|---|--|---|---|
| Mellitus Tipe2 | adanya hubungan antara self efficacy dan self care behaviour pasien DM tipe 2 | Dependen:
<i>Self Efficacy</i> dan <i>Self Care Behaviour</i> | <i>planning</i> yang biasa dilakukan di ruangan. Selain itu terdapat bukti bahwa ada hubungan antara <i>self efficacy</i> dan <i>self care behaviour</i> , yaitu jika <i>self efficacy</i> meningkat, maka <i>self care behaviour</i> juga akan meningkat |
| Rondhianto (2011) | | Instrumen:
SDSCA dan <i>self efficacy scale</i> | |
| Tesis FKP Unair | Untuk membuktikan pengaruh DSME dalam discharge planning terhadap self efficacy dan self care behaviour dan juga membuktikan adanya hubungan antara self efficacy dan self care behaviour pasien DM tipe 2 | Analisis:
Paired t test dan independent t test | |
| 7. <i>Differential Effect of Diabetes Education on Self-Regulation and Life-Style Behaviors</i> | Apakah ada pengaruh <i>diabetes education</i> pada <i>self regulation</i> dan <i>life style behavior</i> | Desain :
<i>quasy experiment</i> | Ada pengaruh yang signifikan pada perubahan <i>self regulation</i> dan <i>life style behavior</i> Pada penderita DM tipe 2 setelah dilakukan <i>Diabetes education</i> selama 6 bulan |
| Richard R. Rubin, PhD
Mark Peyrot, PhD
Christopher D. Saudek, MD
(1999) | Untuk mengetahui pengaruh <i>diabetes education</i> pada <i>self regulation</i> dan <i>life style behavior</i> | Independen :
<i>Diabetes education</i> | |
| | | Dependen :
<i>self regulation</i> dan <i>life style behavior</i> | |
| | | Instrumen:
Kuesioner dan laporan medis penderita | |
| | | Analisis:
ANOVA | |
| | | Desain:
<i>Cross sectional</i> | |
| | | Sampel :
165 penderita DM tipe 2 | |
| 8. <i>Influence of Self-Efficacy on Self-Regulation and self care behavior among American patients with Diabetes type 2</i> | Apakah ada pengaruh <i>self efficacy</i> pada <i>self regulation</i> dan <i>self care behavior</i> | Independen:
<i>Self efficacy</i> | <i>Self efficacy</i> memberikan pengaruh pada <i>self regulation</i> dan <i>self care behavior</i> |
| Therese Bouffard-Bouchard | Untuk mengetahui pengaruh <i>self efficacy</i> pada <i>self regulation</i> dan <i>self care behavior</i> | Dependen:
<i>Self regulation</i> dan <i>self care behavior</i> | |
| <i>International Journal of Behavioral</i> | | Instrumen : | |

Development June
1991 vol. 14 no. 2
153-164

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <p>9. <i>Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and self care behavior</i></p> <p>Anderson ES, Winett RA, Wojcik JR (2007)</p> <p>Ann Behav Med. 2007 Nov-Dec;34(3):304-12</p> | <p>Kebutuhan untuk menjalankan <i>self care behavior</i> pada penderita DM belum optimal. <i>Social cognitive theory</i> diharapkan dapat menjelaskan hubungan <i>Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support</i> pada <i>self care behavior</i></p> <p>Untuk mengetahui hubungan <i>Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support</i> pada <i>self care behavior</i></p> | <p>1) <i>Self-care behavior</i> diukur dengan <i>The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure</i> yang direvisi</p> <p>2) <i>Self regulation Treatment : Goal setting</i></p> <p>3) <i>Self efficacy</i> diukur dengan <i>Diabetes Management Self Efficacy Scale</i></p> <p>Desain:
<i>Cross sectional</i></p> <p>Sampel :
212 penderita DM tipe 2</p> <p>Independen :
<i>Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support</i></p> <p>Dependen :
<i>self care behavior</i></p> <p>Instrument:
1) <i>Self regulation Treatment : Goal setting</i>
2) <i>Self efficacy dan Outcome expectancy</i> diukur dengan <i>Diabetes self efficacy and outcome expectancy Scale</i>
3) <i>Self-care behavior</i> diukur dengan <i>The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure</i> yang direvisi
4) <i>the Diabetes Family Behavior Checklist-II (DFBC-II)</i> untuk mengukur <i>social support</i></p> | <p><i>Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support</i> mempunyai kontribusi penting pada <i>self care behavior</i> penderita DM tipe 2</p> |
| <p>10. <i>Social support, knowledge, and self-efficacy as correlates of self care behavior among patients with Diabetes type 2</i></p> <p>Ievers-Landis CE, Burant C, Drotar D, Morgan L, Trapl ES, Kwoh CK (2002)</p> <p><i>International Journal of</i></p> | <p>Perilaku <i>self care</i> pada penderita DM belum optimal. Apa sajakah yang mempengaruhi perilaku <i>self care</i> pada penderita DM?</p> <p>Untuk mengembangkan dan menerapkan model berdasarkan teori <i>social cognitive Bandura</i> untuk</p> | <p>Desain:
<i>Cross sectional</i></p> <p>Sampel :
354 penderita DM tipe 2</p> <p>Independen:
<i>Social support, knowledge, dan self-efficacy</i></p> <p>Dependen :
<i>self care behavior</i></p> <p>instrument :
<i>Social support, knowledge, dan self-efficacy dan self care behavior</i>
Dinilai dari interview dan kuesioner</p> | <p><i>Family social support, knowledge, dan self-efficacy</i> berpengaruh pada <i>self care behavior</i> terutama pada perilaku diet</p> |

Behavioral Development 2002 Jul-Aug;28(5):335-45. memprediksi perilaku *self care* Analisis : Uji model dengan AMOS Uji Bivariate

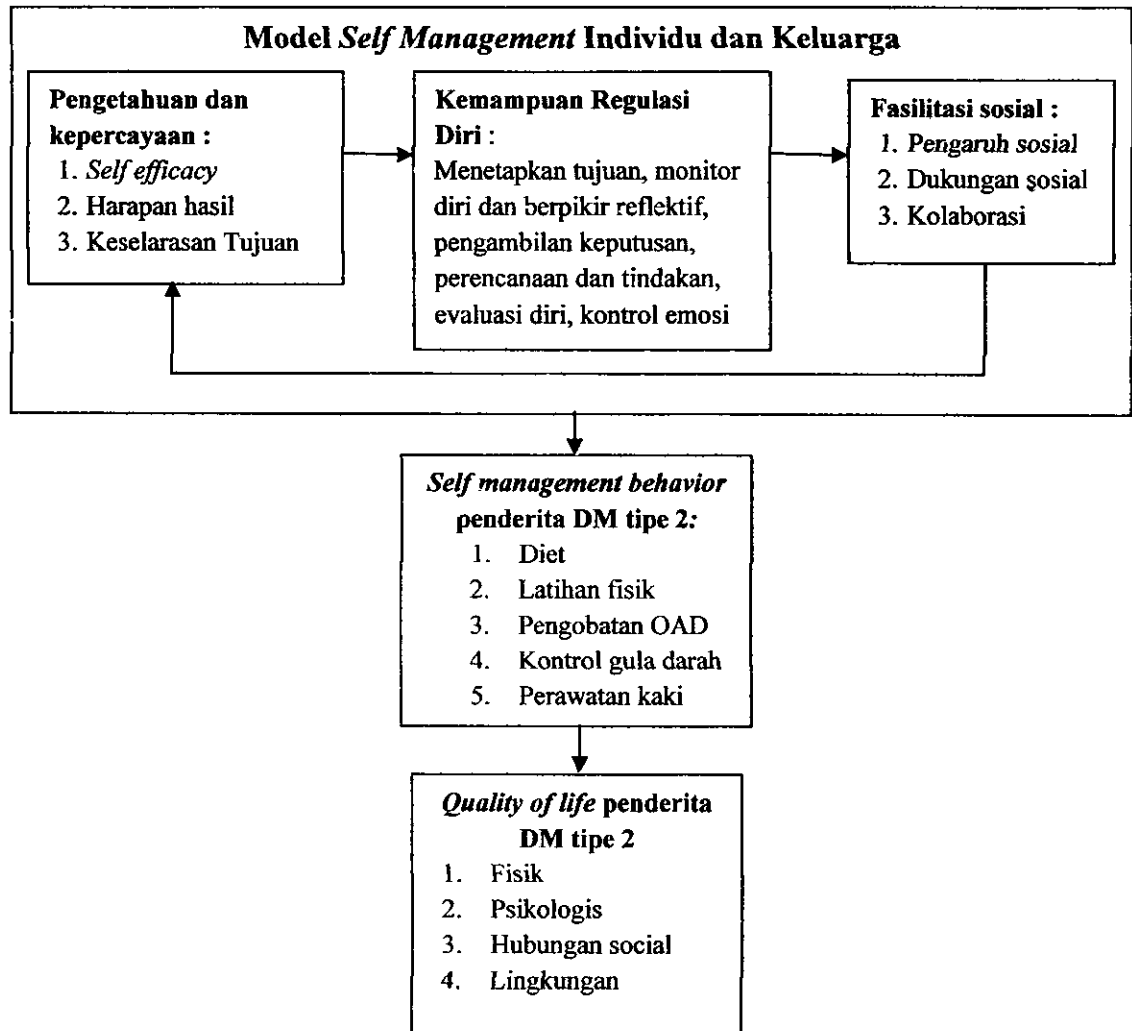
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan :

———— : diteliti

----- : tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian model *self management* individu dan keluarga terhadap *quality of life* penderita diabetes mellitus (DM) tipe 2 (Ryan & Sawin, 2009)

Dimensi proses dalam *the individual and family self management theory* terdapat pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial. Pengetahuan dan kepercayaan adalah informasi faktual dan persepsi tentang kondisi kesehatan atau perilaku kesehatan, termasuk *self-efficacy*, *outcome expectancy* (harapan hasil), dan *goal congruence* (keselarasan tujuan). *Self-efficacy* adalah konsep perilaku spesifik dan mengacu pada tingkat keyakinan seseorang pada kemampuannya untuk berhasil terlibat dalam perilaku di bawah situasi normal dan stress, *outcome expectancy* (harapan hasil) adalah keyakinan bahwa keterlibatan dalam perilaku tertentu akan menghasilkan hasil yang diinginkan dan *goal congruence* (keselarasan tujuan) adalah kemampuan seseorang untuk menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan.

Regulasi diri (*self-regulation*) merupakan proses seseorang untuk mencapai perubahan dalam perilaku kesehatan. Regulasi diri mencakup sejumlah keterampilan dan kemampuan (1) penetapan tujuan (*goal setting*), (2) *self-monitoring* dan pemikiran reflektif, (3) pengambilan keputusan, (4) perencanaan dan tindakan, (5) evaluasi diri, (6) dan kontrol emosi.

Fasilitasi sosial terjadi dalam hubungan social seseorang dan dapat meningkatkan kapasitas individu untuk berubah meliputi pengaruh sosial, dukungan sosial, dan kolaborasi. Pengaruh sosial adalah pesan yang dipercayai oleh seseorang karena berasal dari seseorang yang dianggap ahli yang isi pesannya menyarankan dan mendorong individu dan keluarga untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu. Dukungan sosial terdiri dari dukungan emosional, instrumental, atau informasi diberikan kepada seseorang atau keluarga dengan tujuan membantu atau

memfasilitasi keterlibatan mereka dalam perilaku kesehatan. Kolaborasi kerjasama yang terbentuk antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan. Hal yang dapat mempengaruhi kolaborasi adalah peran, kebersamaan dan tanggung jawab keluarga yang pada akhirnya dapat mempengaruhi tujuan dan rekomendasi perawatan.

Intervensi pada dimensi proses dalam bentuk penerapan model *self management* individu dan keluarga yang telah dijelaskan diatas akan mempengaruhi dimensi hasil yaitu hasil proksimal (*self management behavior*). *Self management behavior* pada penderita DM tipe 2, dapat dilihat dari kepatuhan penderita terhadap penatalaksanaan DM tipe 2 yaitu terapi medis, diet, kontrol gula darah, perawatan kaki dan latihan fisik. Pencapaian pada *self management behavior* akan mengarah pada pencapaian distal yaitu kualitas hidup (*quality of life*) (Ryan, et al., 2009).

3.2 Hipotesis Penelitian

- 1) Ada pengaruh pengetahuan dan kepercayaan terhadap kemampuan regulasi diri penderita DM tipe 2
- 2) Ada pengaruh kemampuan regulasi diri terhadap fasilitasi sosial penderita DM tipe 2
- 3) Ada pengaruh fasilitasi sosial terhadap pengetahuan dan kepercayaan pada penderita DM tipe 2
- 4) Ada pengaruh model *self management* individu dan keluarga dengan *self management behaviours* pada penderita DM tipe 2
- 5) Ada pengaruh *self management behavior* terhadap *quality of life* penderita DM tipe 2.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan ada dua , yaitu :

- 1) Tahap pertama menggunakan desain penelitian ekplanatori dengan *cross sectional*, penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2010). Desain penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pengetahuan dan kepercayaan terhadap kemampuan regulasi diri, pengaruh kemampuan regulasi diri terhadap fasilitas sosial dan pengaruh fasilitas sosial terhadap pengetahuan dan kepercayaan, serta pengaruh *self management behavior* terhadap *quality of life*.
- 2) Tahap kedua menggunakan desain penelitian *quasy experiment*. Desain penelitian ini untuk mengetahui pengaruh modul *self management* individu dan keluarga terhadap *self management behavior*. Penelitian yang dilakukan dapat digambarkan dalam skema berikut (Nursalam, 2010) :

Tabel 4.1 Desain penelitian *quasy experiment*

Subjek	<i>Pre Test</i>	Perlakuan	<i>Post Test</i>
KP	01	X	02
KK	01	-	02

Keterangan:

KP : Kelompok Perlakuan

KK : Kelompok Kontrol

01 : Observasi *self management behavior* sebelum perlakuan

02 : Observasi *self management behavior* setelah perlakuan

X : Diberi intervensi modul *self management* individu dan keluarga

- : Intervensi sesuai program Puskesmas Ngadiluwih

4.2 Populasi, Sampel dan *Sampling*

4.2.1 Populasi

Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua penderita Diabetes mellitus (DM) tipe 2 yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian populasi yang sesuai dengan criteria inklusi dan eksklusi penelitian :

- 1) Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah penderita DM tipe 2 yang berusia 40 - 65 tahun, bisa membaca dan menulis, berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih dan tinggal satu rumah dengan keluarga (suami, istri, anak atau saudara lain).
- 2) Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah penderita yang tinggal sendirian dan penderita dengan komplikasi akut maupun kronis.

4.2.3 Besar sampel dan teknik pengambilan sampel

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* atau pengambilan sampel dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti. Penghitungan jumlah sampel minimal yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut (Nursalam, 2008) :

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

Keterangan rumus :

n : Perkiraan besar sampel

N : Perkiraan besar populasi

d : Tingkat kesalahan yang dipilih ($d=0,05$)

Berdasarkan rumus di atas besar sampel untuk penelitian dapat dihitung sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2} = \frac{33}{1 + 33(0,05)^2} = \frac{33}{1,1075} = 29,7$$

Pada penelitian ini, jumlah sampel pada setiap kelompok yang diperlukan adalah sebesar 30 orang. Total sampel yang dibutuhkan adalah 60 orang

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah intervensi model *self management* individu dan keluarga. Model *self management* individu dan keluarga yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah pelaksanaan dimensi proses dalam teori *individual and family self management* yaitu pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah *self management behaviour* dan *quality of life*.

Tabel 4.2 Variabel penelitian

Variabel	Keterangan	Indikator
X	Intervensi model <i>Self Management</i> Individu dan Keluarga	X1= pengetahuan dan kepercayaan X2 = Kemampuan regulasi diri X3 = fasilitasi social
Y1	<i>Self Management Behavior</i>	Diet Latihan fisik Pengobatan OAD Kontrol gula darah Perawatan kaki
Y2	<i>Quality of life</i>	Fisik Psikologis Hubungan social Lingkungan

4.3.3 Definisi Operasional

Tabel 4.3 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala data
Intervensi model Pemberian informasi dan self management pengenalan mengenai Individu dan manajemen diri dan keluarga dalam membentuk perilaku self management penderita DM tipe 2 dalam pengelolaan DM tipe 2	Materi yang diberikan : A. Pengenalan self management individu dan keluarga, yang meliputi : 1. Pengetahuan dan kepercayaan : a. self-efficacy, b. outcome expectancy (harapan hasil), dan c. Goal congruence (keselarasan tujuan) 2. Kemampuan regulasi diri : a. penetapan tujuan (goal setting), b. self-monitoring dan pemikiran reflektif, c. pengambilan keputusan, d. perencanaan dan tindakan, e. evaluasi diri, dan f. kontrol emosi 3. Fasilitasi sosial : a. pengaruh sosial, b. dukungan sosial, dan c. kolaborasi B. Strategi meningkatkan self	Kuesioner	Kuesioner		Interval

management individu dan keluarga				
Self management behavior	Aktivitas perawatan mandiri penderita DM tipe 2 dalam 7 hari	FGD dengan Panduan FGD dan SAK		
		1. Diet	Kuesioner	Interval
Quality of life	Kemampuan seseorang untuk melakukan fungsi hidupnya secara normal di masyarakat menurut persepsinya sendiri	2. Aktivitas fisik	-	Interval
		3. Pengobatan		
		4. Kontrol gula darah	Kuesioner	Interval
		5. Perawatan kaki		
		Penilaian berdasarkan criteria WHO tahun 2003, meliputi :	-	
		1) Aspek fisik		
		Nyeri dan kenyamanan,kekuatan dan kelemahan, aktivitas seksual, istirahat dan tidur, fungsi sensoris.		
		2) Aspek psikologis		
		Pikiran positif, Pikiran, belajar, ingatan dan konsentrasi, harga diri, penampilan, perasaan negatif		
		3) Hubungan Sosial		
		hubungan social, dukungan sosial, aktivitas pemberi pelayanan		
		4) Lingkungan		
		Kenyamanan fisik, lingkungan rumah dan kondisi tempat tinggal, kepuasan kerja		

4.4 Definisi Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen

4.4.1 Instrumen penelitian

1) Kuesioner A. Pengetahuan dan kepercayaan

Kuesioner A terdiri dari 20 item pertanyaan, yang terdiri dari 7 item pertanyaan tentang *self efficacy*, 6 item pertanyaan tentang harapan hasil dan 7 item pertanyaan tentang keselarasan tujuan. Pertanyaan tentang *self efficacy* dan harapan hasil diadaptasi dari *The Multidimensional Diabetes Questionnaire section III* (Talbot, 1997) yang dirancang untuk menilai faktor sosial dan kognitif terkait diabetes. Pertanyaan tentang *self-efficacy* yang telah dimodifikasi oleh peneliti terdiri dari tujuh item pengukuran kepercayaan pasien dalam kemampuan mereka untuk melakukan perilaku khusus untuk aktivitas perawatan diri diabetes (yaitu, diet, olahraga, obat-obatan, pemantauan glukosa darah, perawatan kaki dan manajemen diabetes umum). Tanggapan didasarkan pada skala 1 (tidak yakin) sampai 4 (sangat yakin). Pertanyaan tentang *outcome expectancy* (harapan hasil) dari MDQ yang telah dimodifikasi peneliti terdiri dari enam item penilaian persepsi pasien dari efek perilaku perawatan diri diabetes pada kontrol metabolik dan pencegahan komplikasi diabetes. Tanggapan didasarkan pada skala 1 (tidak berharap sama sekali) sampai 4 (selalu berharap). Pertanyaan tentang keselarasan tujuan dari *the Goal Instability Scale* (Casillas, 2006) yang telah dimodifikasi oleh peneliti terdiri dari 7 pertanyaan untuk menilai kemampuan seseorang dalam menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan. Jawaban didasarkan pada skala 1 (selalu) sampai 4 (tidak pernah).

2) Kuesioner B. Kemampuan Regulasi Diri

Kuesioner Kemampuan Regulasi Diri telah dimodifikasi dari *The Short Self Regulation Questionnaire (SSRQ)* terdiri dari 25 item pertanyaan dengan skala likert 1-4. Pertanyaan positif dengan nilai 1 ; sangat tidak setuju, 2; tidak setuju, 3 : setuju, 4 : sangat setuju. Pertanyaan negatif dengan nilai 4 ; sangat tidak setuju, 3; tidak setuju, 2 : setuju, 1 : sangat setuju (Carey, 2004).

3) Kuesioner C. Fasilitasi Sosial

Kuesioner Fasilitasi sosial terdiri dari 26 item pertanyaan yang terdiri dari 5 item pertanyaan tentang pengaruh sosial, 14 pertanyaan tentang dukungan sosial keluarga dan 7 pertanyaan tentang kolaborasi pasien perawat. Pertanyaan tentang pengaruh sosial dimodifikasi dari *Social Influence On Health Behaviors Questionnaire* (Holt, 2011) yang berisi tentang *Utilitarian influence* dan *informational influence*. Nilai 1 ; sangat tidak setuju, 2; tidak setuju, 3 : setuju, 4 : sangat setuju. Pertanyaan tentang dukungan sosial keluarga dimodifikasi dari *Diabetes Family Behaviour Checklist* (Skarbek, 2006). Nilai 1 ; tidak pernah, 2; jarang, 3 : sangat sering, 4 : selalu. Pertanyaan tentang kolaborasi dimodifikasi dari *Working Alliance Inventory-Client* (Busseri & Tyler, 2003). Nilai 1 ; tidak pernah, 2; jarang, 3 : sangat sering, 4 : selalu.

4) Kuesioner D. *Self Management Behavior*

Kuesioner SDSCA digunakan untuk mengukur *self care behavior* atau perilaku perawatan mandiri pada penderita DM tipe 2. Kuesioner ini dikembangkan oleh Toobert (2000) dan dimodifikasi oleh Wu (2009). Kuesioner ini terdiri dari 12 item pertanyaan dengan nilai tiap item 1-7. Skor

berada pada rentang 12-84. Kuesioner ini berisi tentang kemampuan perawatan mandiri pasien DM tipe 2 meliputi : diet (3 item), aktivitas fisik (2 item), pengobatan (1 item), pengecekan gula darah (2 item) dan perawatan kaki (4 item). Skoring dilakukan dengan cara berikut :

Tabel 4.4 Skoring Instrumen SDSCA

Komponen	Skoring	Skor
Diet	Nilai item no.1 diberikan nilai berdasarkan jumlah hari yang dipilih	Min : 1, Maks :7
	Nilai item no.2 dan no.3 diberikan nilai berdasarkan rata-rata nilai dengan ketentuan nilai item no.3 dibalik lebih dulu sesuai ketentuan berikut : (0=7, 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1, 7=0)	Min : 1, Maks :7
Aktivitas fisik	Nilai skor aktivitas adalah rata-rata nilai dari item no.4 dan no.5	Min : 1, Maks :7
Pengobatan	Nilainya adalah jumlah hari dari item no.6	Min : 1, Maks :7
Pengecekan KGD	Nilainya adalah rata-rata jumlah hari dari item no.7 dan no.8	Min : 1, Maks :7
Perawatan kaki	Nilai rata-rata dari item no.9, no.10, no.11 dan no.12	Min : 1, Maks :7

5) Kuesioner E. Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Kuesioner *Quality of Life* dari WHO yang dimodifikasi terdiri dari 26 item pertanyaan dengan skala likert 1-4. Nilai 1 ; tidak yakin, 2; cukup yakin, 3 : yakin, 4 : sangat yakin. Rentang skor adalah 26-104. Kuesioner ini meliputi aspek fisik (7 item), aspek psikologis (6 item), aspek hubungan sosial (5 item) dan aspek lingkungan (8 item) penderita Diabetes melitus (WHO, 2003).

4.4.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

(1) Uji validitas

Suatu pertanyaan dalam variabel dinyatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai r tabel dan r hitung. Pernyataan dinyatakan valid jika nilai r hitung $\geq$ nilai r tabel (0,514) dan sebaliknya jika r hitung $\leq$ nilai r tabel maka pernyataan dinyatakan tidak valid.

Hasil uji validitas pada kuesioner A (pengetahuan dan kepercayaan) didapatkan nilai $p < \alpha$ (0,05) namun terdapat 5 item pertanyaan yang tidak valid, yaitu item pertanyaan 1, 4, 9, 10 dan 16. Hasil uji validitas pada kuesioner B (kemampuan regulasi diri) didapatkan nilai $p < \alpha$ (0,05) namun terdapat 7 item pertanyaan yang tidak valid, yaitu item pertanyaan 2, 9, 11, 14, 15, 17 dan 20. Hasil uji validitas untuk kuesioner C (fasilitasi sosial) didapatkan nilai $p < \alpha$ (0,05) namun terdapat 5 item pertanyaan yang tidak valid yaitu pertanyaan 9, 12, 14, 23 dan 25. Hasil uji validitas untuk kuesioner E (kualitas hidup) didapatkan nilai $p < \alpha$ (0,05) namun terdapat 5 item pertanyaan yang tidak valid yaitu pertanyaan 2, 5, 8, 10 dan 18. Pertanyaan pada kuesioner yang tidak valid di keluarkan dari daftar pertanyaan pada kuesioner tersebut.

(2) Uji reliabilitas

Uji reliabilitas item instrumen diuji dengan menggunakan uji *Cronbach Alpha*, (Dahlan, 2011). Prinsip pengujian pada *Cronbach Alpha* adalah membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Jika nilai r *Cronbach Alpha* $\geq$ nilai r tabel maka pernyataan tersebut reliabel, sebaliknya jika Jika nilai r *Cronbach Alpha* $\leq$ nilai r tabel maka pernyataan tersebut tidak reliabel. Kuesioner dinyatakan reliabel bila nilai *Cronbach Alpha* lebih dari 0,6 (Dahlan, 2011)

Tabel 4.5 Hasil uji reliabilitas kuesioner penelitian

No	Kuesioner	Nilai <i>Cronbach Alpha</i>
1	Kuesioner A (pengetahuan dan kepercayaan)	0,900
2	Kuesioner B (kemampuan regulasi diri)	0,880
3	Kuesioner C (fasilitasi sosial)	0,923
4	Kuesioner D (<i>self management behavior</i>)	0,917
5	Kuesioner E (<i>quality of life</i>)	0,917

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi untuk penelitian adalah Puskesmas Ngadiluwih Kabupaten Kediri. Penelitian berlangsung dari bulan April – Mei 2013.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Tahap persiapan :

- 1) Prosedur penelitian diawali dengan mengajukan ijin kepada Bakesbangpol Linmas Propinsi Jawa Timur yang kemudian memberikan tembusan kepada Bakesbangpol Linmas Kabupaten Kediri. Bakesbangpol Linmas Kabupaten Kediri memberikan surat rekomendasi setelah mendapatkan ijin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Surat rekomendasi tersebut yang diserahkan ke tempat penelitian yaitu Puskesmas Ngadiluwih.
- 2) Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan ijin dari Kepala Puskesmas Ngadiluwih. Responden adalah penderita DM tipe 2 sebanyak 60 sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Responden dan keluarga sebelumnya diberikan lembar permohonan menjadi responden dan meminta tanda tangan apabila bersedia diteliti.

Tahap I :

- 1) Pengumpulan data pertama dilakukan untuk model *self management* individu dan keluarga, yaitu pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial pada semua sampel dengan menggunakan kuesioner A, kuesioner B dan kuesioner C.
- 2) Hasil yang diperoleh selanjutnya dianalisis dan untuk mendapatkan isu strategis

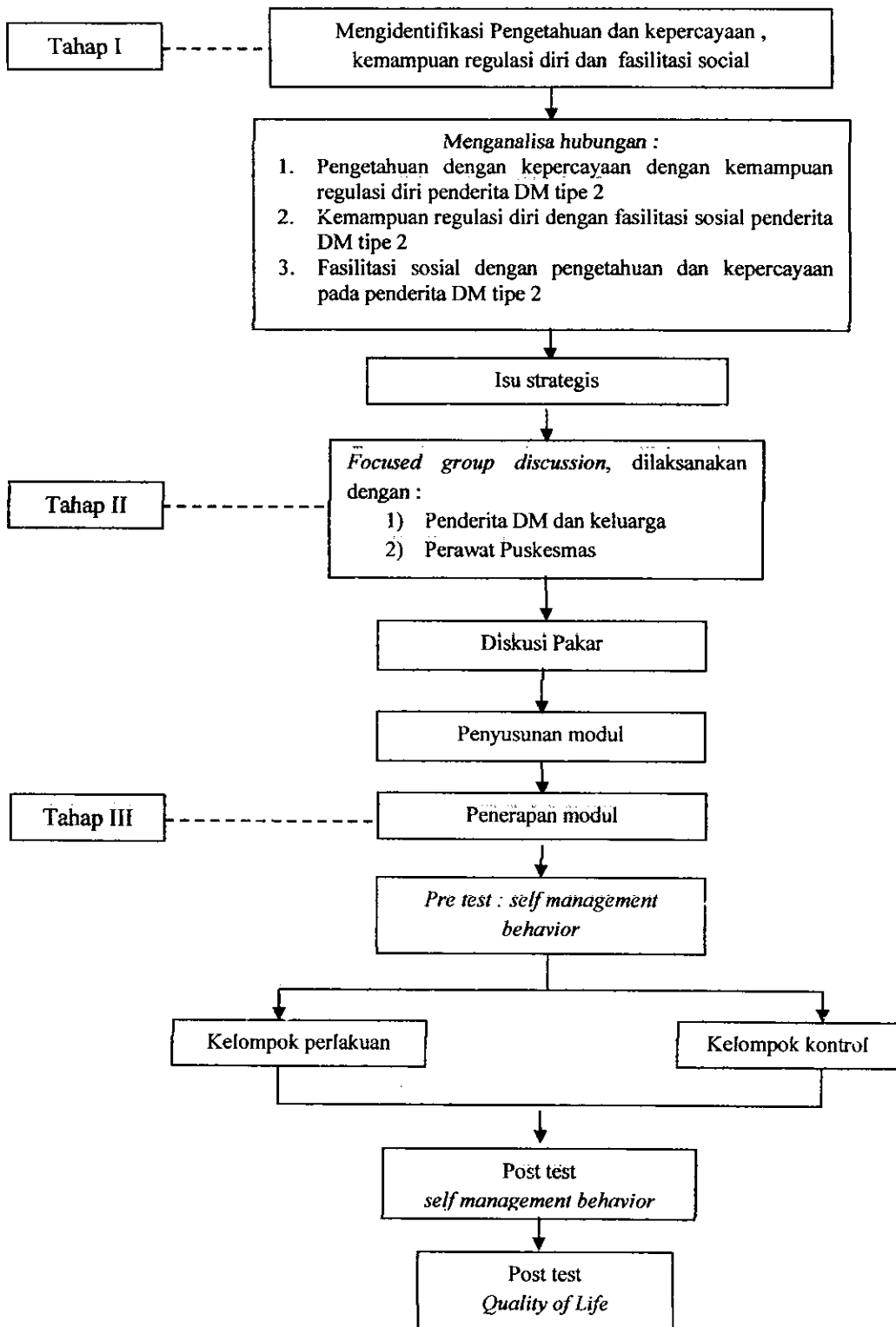
Tahap II :

- 1) *Focused group discussion* untuk model *self management* individu dan keluarga dilakukan berdasarkan isu strategis yang dihadapi responden dan keluarga serta perawat di Puskesmas untuk mendapatkan rekomendasi yang akan digunakan untuk penyusunan modul melalui diskusi pakar.
- 2) Modul atau panduan yang telah disusun kemudian diterapkan pada kelompok perlakuan, sedangkan kelompok kontrol akan mendapatkan panduan tersebut setelah pengumpulan data penelitian selesai dilakukan.

Tahap III :

- 1) Pengukuran *self management behavior* dilakukan terlebih dahulu sebagai *pre test* sebelum penerapan modul dengan menggunakan kuesioner D.
- 2) Perubahan *self management behaviour* dapat diukur 1-2 minggu segera setelah pelaksanaan suatu perlakuan (Shi, 2010 dan Rondhianto, 2011) dan *quality of life* dapat diukur sesudahnya dengan kuesioner E (Hatmanti, 2012).
- 3) Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis dan diolah.

4.7 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja model *self management* individu dan keluarga terhadap *quality of life* penderita diabetes mellitus (DM) tipe 2

4.8 Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Pengolahan data

Kegiatan dalam pengolahan data meliputi : memeriksa data (*editing*), memberi kode (*coding*) dan menyusun data (*tabulating*). Kegiatan editing adalah memeriksa data yang telah terkumpul dari kuesioner, yang dilakukan dengan menjumlah yaitu memeriksa jumlah lembaran dan isian kuesioner serta melakukan koreksi terhadap kelengkapan pengisian kuesioner. Jika terdapat jawaban yang tidak jelas atau butir pertanyaan tidak diisi, responden diminta untuk melengkapinya. Sedangkan coding adalah pemberian kode dilakukan untuk mempermudah pengolahan data. Contoh pemberian kode pada penelitian ini adalah R untuk responden. Pada tahap tabulating disesuaikan dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel-variabel yang diukur.

4.8.2 Analisis data

1) Analisa univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmojo, 2010). Analisis univariat dalam penelitian ini untuk mendeskripsikan variabel pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri, fasilitasi sosial, *self management behavior* dan *quality of life* dan kemudian akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan prosentase.

2) Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap 2 variabel yang diduga berkorelasi (Notoatmojo, 2010). Analisis bivariat yang akan digunakan dalam penelitian ini disesuaikan dengan data yang ada pada variabel yang diteliti

yaitu variabel independen, variabel dependen. Analisis bivariat yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah korelasi *Pearson*, *paired t test* dan *independent t-test*. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.

3) Analisis multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel independen dan variabel dependen, variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen (Dahlan, 2011). Analisis multivariat yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu regresi linier ganda. Analisis regresi linier ganda dapat digunakan pada variabel yang pada analisis bivariat memiliki nilai $p < 0,25$. Regresi linier ganda harus memenuhi asumsi linieritas, normalitas, multikolinieritas, autokorelasi dan heterokedastisitas (Dahlan, 2011).

4.9 Etik Penelitian

4.9.1 *Inform consent*

Sebelum menjadi responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, responden menandatangani lembar persetujuan.

4.9.2 *Anonymity*

Di dalam surat pengantar penelitian dijelaskan bahwa nama responden atau subyek penelitian tidak harus dicantumkan. Peneliti akan memberikan kode-kode pada tiap lembar jawaban yang telah diisi oleh responden

4.9.3 Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden selaku subyek penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

4.9.4 Beneficiency dan non maleficiency

Prinsip ini merefleksikan mengutamakan manfaat dan tidak merugikan responden. Dalam penelitian ini, perlakuan diberikan semata-mata untuk memberi manfaat pada responden. Perlakuan di semua proses penelitian diterapkan dengan tidak menyebabkan cedera fisik maupun psikis dan ditujukan untuk mendapatkan manfaat.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih Kabupaten Kediri. Waktu penelitian dilakukan selama kurang lebih 9 minggu, mulai tanggal 25 Maret 2013 sampai dengan 5 Juni 2013. Puskesmas Ngadiluwih terletak di ibukota kecamatan Ngadiluwih dengan alamat Jalan Raya Ngadiluwih No.86 Ngadiluwih Kediri. Puskesmas Ngadiluwih memiliki total wilayah kerja seluas 20,53 km² dan jumlah penduduk pada tahun 2011 sebesar 38.874 jiwa yang terbagi menjadi 7 desa yaitu desa Ngadiluwih, Badal, Banggle, Branggahan, Seketi, Tales dan Purwokerto. Puskesmas Ngadiluwih memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan balai pengobatan umum, KIA/KB, spesialis mata, pemeriksaan gigi, apotek, laboratorium, pojok gizi, poli jiwa, poli Infeksi Menular Seksual, VK bersalin, UGD dan fasilitas rawat inap. Puskesmas Ngadiluwih juga memiliki 2 puskesmas pembantu yaitu puskesmas pembantu di desa Branggahan dan puskesmas pembantu di desa Tales.

Tenaga medis di Puskesmas Ngadiluwih terdiri dari 3 orang dokter, 1 orang dokter gigi, 17 orang perawat, 7 orang bidan desa, 4 bidan magang. Puskesmas Ngadiluwih memberikan pelayanan kepada masyarakat setiap hari Senin sampai dengan Sabtu, dengan jam pelayanan pada hari Senin sampai Kamis jam 7 pagi sampai dengan jam 12.30 siang dan pada hari Jumat sampai Sabtu pada jam 7 pagi sampai dengan 11 siang serta UGD dan fasilitas rawat inap melayani 24 jam.

5.2 Karakteristik Responden

Berikut adalah data karakteristik responden penelitian di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih Kediri

Tabel 5.1 Karakteristik responden penelitian di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih Maret – April 2013

Karakteristik	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Frekuensi (n)	Prosentase (%)	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
Jenis kelamin				
Laki-laki	11	37	8	27
Wanita	19	63	22	73
Total	30	100	30	100
Usia				
40-45 tahun	3	10	2	7
45-50 tahun	7	23	5	17
50-55 tahun	6	20	5	17
55-60 tahun	5	17	7	23
60-65 tahun	9	30	11	37
Total	30	100	30	100
Pendidikan				
Tidak tamat SD	4	13	4	13
Tamat SD	10	33	13	43
Tamat SMP	10	33	9	30
Tamat SMA	6	20	4	13
Perguruan tinggi	0	0	0	0
Total	30	100	30	100
Pekerjaan				
Bekerja	23	77	22	73
Tidak Bekerja	7	23	8	27
Total	30	100	30	100
Penghasilan				
Tidak berpenghasilan	7	23	9	30
< 1 jt	9	30	12	40
1 juta - 2 juta	7	23	5	17
> 2 juta	7	23	4	13
Total	30	100	30	100
Lama menderita DM				
< 1 tahun	3	10	2	7
1-3 tahun	4	13	3	10
3 - 5 tahun	12	40	14	47
> 5 tahun	11	37	11	37
Total	30	100	30	100

Tabel 5.1 memperlihatkan presentase terbesar pada usia responden baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan yaitu pada rentang usia 60 – 65 tahun masing masing sebesar 36,7% pada kelompok kontrol dan 30% pada kelompok perlakuan. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebesar 73,3% pada kelompok kontrol dan 63,3% pada kelompok perlakuan.

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan sebesar 43,3% pada kelompok kontrol adalah SD dan sebesar 33,3% pada kelompok perlakuan adalah SD dan SMP. Karakteristik responden berdasarkan penghasilan sesuai tabel diatas terlihat bahwa mayoritas responden memiliki penghasilan dibawah Rp.1.000.000.,00 yaitu sebesar 40% pada kelompok kontrol dan sebesar 30% pada kelompok perlakuan. Responden pada kelompok perlakuan sebanyak 77% merupakan pekerja dan pada kelompok kontrol, responden yang bekerja sebanyak 73%. Sebagian besar responden telah menderita DM selama 3 tahun sampai 5 tahun yaitu sebesar 46,7% pada kelompok kontrol dan 40% pada kelompok perlakuan.

5.3 Deskripsi Variabel Penelitian Pengetahuan dan Kepercayaan, Kemampuan Regulasi Diri dan Fasilitasi Sosial

5.3.1 Pengetahuan dan kepercayaan

Variabel pengetahuan dan kepercayaan pada model *self management* individu dan keluarga memiliki tiga sub variabel yaitu, *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence*. Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian pengetahuan dan kepercayaan disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.2 Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian pengetahuan dan kepercayaan di Puskesmas Ngadiluwih April 2013

Pengetahuan dan Kepercayaan	Kelompok kontrol				Kelompok perlakuan			
	Baik	Cukup	Kurang	Total	Baik	Cukup	Kurang	Total
<i>Self Efficacy</i>	4 (13,3%)	15 (50%)	11 (36,7%)	30 (100%)	6 (20%)	17 (56,7%)	7 (23,3%)	30 (100%)
<i>Outcome expectancy</i>	5 (16,7%)	16 (53,3%)	9 (30%)	30 (100%)	3 (10%)	19 (63,3%)	8 (26,7%)	30 (100%)
<i>Goal congruence</i>	0 (0%)	20 (66,7%)	10 (33,3%)	30 (100%)	3 (10%)	22 (73,3%)	5 (16,7%)	30 (100%)

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden yang memiliki *self efficacy* pada kategori cukup sebesar 50% pada kelompok kontrol dan sebesar 56,7% pada kelompok perlakuan. Pada sub variabel *outcome expectancy*, sebagian besar responden berada pada kategori cukup yaitu sebesar 53,3% pada kelompok kontrol dan sebesar 63,3% pada kelompok perlakuan. Responden berdasarkan tabel diatas terlihat sebagian besar juga memiliki *goal congruence* pada kategori cukup yaitu sebesar 66,7% pada kelompok kontrol dan sebesar 73,3% pada kelompok perlakuan. Responden yang memiliki *self efficacy* yang baik hanya sebesar 13,3% pada kelompok kontrol dan 20% pada kelompok perlakuan dan yang memiliki *outcome expectancy* yang baik sebesar 16,7% pada kelompok kontrol dan 10% pada kelompok perlakuan serta memiliki *goal congruence* yang baik hanya sebesar 0% pada kelompok kontrol dan 10% pada kelompok perlakuan. Responden pada kategori kurang pada sub variabel *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* masing-masing sebesar 29%, 28% dan 15%.

5.3.2 Kemampuan regulasi diri

Variabel kemampuan regulasi diri pada model *self management* individu dan keluarga memiliki enam sub variabel yaitu, menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol

emosi. Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian kemampuan regulasi diri disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.3 Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian kemampuan regulasi diri di Puskesmas Ngadiluwih Maret - April 2013

Kemampuan Regulasi Diri	Kelompok kontrol				Kelompok perlakuan			
	Baik	Cukup	Kurang	Total	Baik	Cukup	Kurang	Total
Menetapkan tujuan	2 (6,7%)	17 (56,7%)	11 (36,6%)	30 (100%)	1 (3,3%)	17 (56,7%)	12 (40%)	30 (100%)
Monitoring diri	2 (6,7%)	14 (46,7%)	14 (46,6%)	30 (100%)	6 (20%)	15 (50%)	9 (30%)	30 (100%)
Pengambilan keputusan	6 (20%)	13 (43,3%)	11 (36,7%)	30 (100%)	1 (3,3%)	22 (72%)	7 (23,3%)	30 (100%)
Perencanaan tindakan	1 (3,3%)	24 (80%)	5 (16,7%)	30 (100%)	3 (10%)	17 (56,7%)	10 (33,3%)	30 (100%)
Evaluasi diri	2 (6,7%)	18 (60%)	10 (33,7%)	30 (100%)	2 (6,7%)	21 (70%)	7 (23,3%)	30 (100%)
Kontrol emosi	1 (3,3%)	20 (66,7%)	9 (30%)	30 (100%)	1 (3,3%)	22 (72%)	7 (23,3%)	30 (100%)

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa kemampuan responden dalam sub variabel menetapkan tujuan sebagian besar dalam kategori cukup, yaitu sebesar 56,7% pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Kemampuan responden dalam memonitor diri sebagian besar juga dalam kategori cukup yaitu sebesar 46,7% pada kelompok kontrol dan 50% pada kelompok perlakuan. Sebanyak 43,3% responden pada kelompok kontrol dan 72% responden pada kelompok perlakuan memiliki kemampuan yang cukup untuk pengambilan keputusan. Sub variabel perencanaan tindakan pada responden sebagian besar berada pada kategori cukup, yaitu sebesar 80% pada kelompok kontrol dan 56,7% pada kelompok perlakuan, dan kemampuan evaluasi diri yang dimiliki responden sebesar 60% pada kelompok kontrol dan 70% pada kelompok perlakuan juga berada pada kategori cukup. Kemampuan responden untuk mengontrol emosi sebesar 66,7% pada kelompok kontrol dan 72% pada kelompok perlakuan berada pada kategori cukup pula.

Pada sub variabel menetapkan tujuan, responden yang termasuk kategori baik hanya sebesar 6,7% pada kelompok kontrol dan 3,3% pada kelompok

perlakuan. Kemampuan responden dalam monitoring diri sebesar 6,7% pada kelompok kontrol dan 20% pada kelompok perlakuan pada kategori baik. Pengambilan keputusan sebesar 20% pada kelompok kontrol dan 3,3% pada kelompok perlakuan berada pada kategori baik. Perencanaan tindakan sebesar 3,3% pada kelompok kontrol dan 10% pada kelompok perlakuan berada pada kategori baik. Evaluasi diri sebesar 6,7% pada kelompok kontrol dan perlakuan berada pada kategori baik dan kontrol emosi sebesar 3,3% pada kelompok kontrol dan perlakuan juga berada pada kategori baik.

Tabel 5.3 memperlihatkan juga jumlah dan prosentase responden pada sub variabel menetapkan tujuan yang memiliki kemampuan kurang berjumlah 36,6% pada kelompok kontrol dan 40% pada kelompok perlakuan. Kemampuan responden dalam monitoring diri sebesar 46,6% pada kelompok kontrol dan 30% pada kelompok perlakuan berada pada kategori kurang. Sebanyak 36,7% responden pada kelompok kontrol dan 23,3% responden pada kelompok perlakuan memiliki kemampuan pengambilan keputusan dalam kategori kurang. Pada sub variabel perencanaan tindakan, responden yang memiliki kemampuan kurang sebesar 16,7% pada kelompok kontrol dan 33,3% pada kelompok perlakuan. kemampuan responden dalam subvariabel evaluasi diri sebesar 33,7% pada kelompok kontrol dan 23,3% pada kelompok perlakuan berada pada kategori kurang dan pada sub variabel kontrol emosi sebesar 30% pada kelompok kontrol dan 23,3% pada kelompok perlakuan juga berada pada kategori kurang.

5.3.3 Fasilitasi sosial

Variabel fasilitasi sosial pada model *self management* individu dan keluarga memiliki tiga sub variabel yaitu, *social influence*, *social support* dan

kolaborasi. Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian fasilitasi sosial disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.4 Distribusi jawaban responden pada variabel penelitian fasilitasi sosial di Puskesmas Ngadiluwih Maret-April 2013

Fasilitasi Sosial	Kelompok kontrol				Kelompok perlakuan			
	Baik	Cukup	Kurang	Total	Baik	Cukup	Kurang	Total
<i>Social influence</i>	1 (3,3%)	16 (53,3%)	13 (43,3%)	30 (100%)	2 (6,7%)	15 (50%)	13 (43,3%)	30 (100%)
<i>Social support</i>	2 (6,7%)	24 (80%)	4 (13,3%)	30 (100%)	4 (13,3%)	20 (66,7%)	6 (20%)	30 (100%)
<i>Collaboration</i>	1 (3,3%)	14 (46,6%)	15 (50%)	30 (100%)	1 (3,3%)	12 (40%)	17 (56,7%)	30 (100%)

Tabel 5.4 memperlihatkan *social influence* pada responden sebagian besar berada pada kategori cukup, yaitu sebesar 53,3% pada kelompok kontrol dan 50% pada kelompok perlakuan. Pada sub variabel *social support* sebagian besar berada pada kategori cukup, yaitu sebesar 80% pada kelompok kontrol dan 66,7% pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada subvariabel *collaboration*, sebagian besar responden juga berada pada kategori cukup, yaitu sebesar 46,7% pada kelompok kontrol dan 40% pada kelompok perlakuan. Responden yang memiliki *social influence* yang baik berjumlah 3,3% pada kelompok kontrol dan 6,7% pada kelompok perlakuan dan yang memiliki *social support* yang baik berjumlah 6,7% pada kelompok kontrol dan 13,3% pada kelompok perlakuan, sedangkan responden yang memiliki kemampuan *collaboration* yang baik berjumlah 3,3% pada kelompok kontrol dan perlakuan. Responden yang memiliki *social influence* yang kurang berjumlah 43,3% pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dan yang memiliki *social support* yang kurang berjumlah 13,3% pada kelompok kontrol dan 20% pada kelompok perlakuan, sedangkan responden yang memiliki kemampuan *collaboration* yang kurang berjumlah 50% pada kelompok kontrol dan 56,7% pada kelompok perlakuan.

5.4 Hipotesis 1 : Pengaruh Pengetahuan dan Kepercayaan terhadap Kemampuan Regulasi Diri

Variabel pengetahuan dan kepercayaan memiliki tiga sub variabel yaitu *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence*. Analisis bivariat dengan korelasi *Pearson* digunakan untuk mengetahui korelasi dari masing-masing sub variabel pengetahuan dan kepercayaan dengan kemampuan regulasi diri. Hasil analisis bivariat disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.5 Hasil analisis korelasi *Pearson* sub variabel pengetahuan dan kepercayaan dengan kemampuan regulasi diri penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Pengetahuan dan kepercayaan	Kemampuan regulasi diri	
<i>Self efficacy</i>	$r = 0,682$	$p \text{ value} = 0,000$
<i>Outcome expectancy</i>	$r = 0,710$	$p \text{ value} = 0,000$
<i>Goal congruence</i>	$r = 0,784$	$p \text{ value} = 0,000$

Tabel 5.5 memperlihatkan nilai $p \text{ value} < 0,25$ maka dilakukan analisis multivariat dengan uji regresi linier ganda. Hasil regresi linier ganda antara sub variabel pada variabel pengetahuan dan kepercayaan dengan kemampuan regulasi diri disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.6 Hasil uji regresi linier ganda antara variabel pengetahuan dan kepercayaan dengan kemampuan regulasi diri penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Variabel Independen	Variabel Dependen	B	Sig. t	Keterangan
<i>Self efficacy</i>	Kemampuan Regulasi diri	0,750	0,000	Signifikan
<i>Outcome expectancy</i>		0,642	0,040	Signifikan
<i>Goal congruence</i>		1,1	0,002	Signifikan
Koef. Korelasi Ganda	= 0,844	Konstanta		= 14,474
R square (R^2)	= 0,712	F hitung		= 46,134
Adj. R square (R^2)	= 0,697	Sig. F		= 0,000

Hasil perhitungan analisis regresi linier ganda yang telah dilakukan menunjukkan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen adalah

besar, hal tersebut dapat dilihat pada nilai koefisien determinasi (R^2) yaitu sebesar 0,712. Hasil tersebut menunjukkan pengaruh *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* terhadap kemampuan regulasi diri dapat dijelaskan sebesar 71,2% oleh variabel *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* sedangkan sisanya sebesar 28,8% dijelaskan oleh variabel-variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini.

Koefisien korelasi ganda R (*multiple correlation*) menggambarkan kutanya hubungan antara variabel independen yang meliputi variabel *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* secara bersama-sama atau dalam hal ini berarti variabel pengetahuan dan kepercayaan terhadap kemampuan regulasi diri adalah sebesar 0,844. Hal ini berarti hubungan antara keseluruhan variabel adalah sangat erat karena nilai R tersebut mendekati 1.

Bentuk persamaan regresi linier ganda adalah sebagai berikut :

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3$$

Keterangan :

Y = variabel dependen yang diprediksikan

a = konstanta

$b_{1,2,3}$ = koefisien regresi

$x_{1,2,3}$ = variabel independen

Hasil analisis regresi menunjukkan persamaan regresi ganda sebagai berikut :

$$Y = 14,474 + 0,750X_1 + 0,642X_2 + 1,100X_3$$

Persamaan garis regresi linier ganda tersebut dapat disimulasikan apabila seseorang memiliki *self efficacy* (X_1) yang baik (skor 16), memiliki *outcome*

expectancy (X_2) yang cukup (skor 14) dan *goal congruence* (X_3) yang cukup (skor 12) maka diperoleh skor kemampuan regulasi diri (Y) sebesar :

$$Y = 14,474 + 0,750X_1 + 0,642X_2 + 1,100X_3$$

$$Y = 14,474 + (0,750 \times 16) + (0,642 \times 14) + (1,1 \times 12)$$

$$Y = 14,474 + 12 + 8,988 + 13,2$$

$$Y = 48,662$$

Nilai kemampuan regulasi diri didapatkan sebesar 48,662 atau dalam kategori cukup.

5.5 Hipotesis 2 : Pengaruh Kemampuan Regulasi Diri terhadap Fasilitasi Sosial

Variabel kemampuan regulasi diri memiliki enam sub variabel yaitu menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi. Analisis bivariat dengan korelasi *Pearson* digunakan untuk mengetahui korelasi dari masing-masing sub variabel kemampuan regulasi diri dengan fasilitasi sosial. Hasil analisis bivariat disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.7 Hasil analisis korelasi *Pearson* sub variabel kemampuan regulasi diri dengan fasilitasi sosial penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Kemampuan regulasi diri	Fasilitasi sosial	
Menetapkan tujuan	$r = 0,716$	$p \text{ value} = 0,000$
Monitoring diri	$r = 0,787$	$p \text{ value} = 0,000$
Pengambilan keputusan	$r = 0,759$	$p \text{ value} = 0,000$
Perencanaan tindakan	$r = 0,736$	$p \text{ value} = 0,000$
Evaluasi diri	$r = 0,811$	$p \text{ value} = 0,000$
Kontrol emosi	$r = 0,739$	$p \text{ value} = 0,000$

Tabel 5.7 memperlihatkan nilai $p_{\text{value}} < 0,25$ maka dilakukan analisis multivariat dengan uji regresi linier ganda. Hasil regresi linier ganda antara sub variabel pada variabel kemampuan regulasi diri dengan fasilitasi sosial disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.8 Hasil uji regresi linier ganda antara variabel kemampuan regulasi diri dengan fasilitasi sosial penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Variabel Independen	Variabel Dependen	B	Sig. t	Keterangan
Menetapkan tujuan	Fasilitasi sosial	0,833	0,023	Signifikan
Monitoring diri		0,511	0,023	Signifikan
Pengambilan keputusan		0,803	0,036	Signifikan
Perencanaan tindakan		0,402	0,038	Signifikan
Evaluasi diri		0,865	0,046	Signifikan
Kontrol emosi		0,665	0,007	Signifikan
Koef. Korelasi Ganda	= 0,925	Konstanta		=24,446
R square (R^2)	= 0,855	F hitung		= 52,152
Adj. R square (R^2)	= 0,839	Sig. F		=0,000

Hasil perhitungan analisis regresi linier ganda yang telah dilakukan menunjukkan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen adalah besar, hal tersebut dapat dilihat pada nilai koefisien determinasi (R^2) yaitu sebesar 0,855. Hasil tersebut menunjukkan pengaruh sub variabel dari kemampuan regulasi diri yaitu menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi terhadap fasilitasi sosial dapat dijelaskan sebesar 85,5% oleh variabel menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi sedangkan sisanya sebesar 14,5% dijelaskan oleh variabel-variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini.

Koefisien korelasi ganda R (*multiple correlation*) menggambarkan kutanya hubungan antara variabel independen yang meliputi variabel menetapkan

tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi secara bersama-sama atau dalam hal ini berarti variabel kemampuan regulasi diri terhadap fasilitasi sosial adalah sebesar 0,925. Hal ini berarti hubungan antara keseluruhan variabel adalah sangat erat karena nilai R tersebut mendekati 1.

Bentuk persamaan regresi linier ganda adalah sebagai berikut :

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6$$

Keterangan :

Y = variabel dependen yang diprediksikan

a = konstanta

$b_{1,2,3,4,5,6}$ = koefisien regresi

$X_{1,2,3,4,5,6}$ = variabel independen

Hasil analisis regresi menunjukkan persamaan regresi ganda sebagai berikut :

$$Y = 24,446 + 0,833X_1 + 0,511X_2 + 0,803X_3 + 0,402X_4 + 0,865X_5 + 0,665X_6$$

Persamaan garis regresi linier ganda tersebut dapat disimulasikan apabila seseorang memiliki kemampuan menetapkan tujuan (X_1) yang baik (skor 7), memiliki monitoring diri yang cukup (X_2) yang cukup (skor 12), memiliki kemampuan pengambilan keputusan (X_3) yang cukup (skor 6), memiliki kemampuan perencanaan tindakan (X_4) yang baik (skor 14), memiliki kemampuan evaluasi diri (X_5) yang baik (skor 8) dan memiliki kontrol emosi (X_6) yang cukup (skor 10) maka diperoleh skor fasilitasi sosial (Y) sebesar :

$$Y = 24,446 + 0,833X_1 + 0,511X_2 + 0,803X_3 + 0,402X_4 + 0,865X_5 + 0,665X_6$$

$$Y = 24,446 + (0,833 \times 7) + (0,511 \times 12) + (0,803 \times 6) + (0,402 \times 14) + (0,865 \times 8) + (0,665 \times 10)$$

$$Y = 24,446 + 5,831 + 6,132 + 4,818 + 5,628 + 6,92 + 5,32$$

$$Y = 59,095$$

Nilai kemampuan regulasi diri didapatkan sebesar 59,095 atau dalam kategori cukup.

5.6 Hipotesis 3 : Pengaruh Fasilitasi Sosial terhadap Pengetahuan dan Kepercayaan

Variabel fasilitasi sosial memiliki tiga sub variabel yaitu *social influence*, *social support* dan *collaboration*. Analisis bivariat dengan korelasi *Pearson* digunakan untuk mengetahui korelasi dari masing-masing sub variabel fasilitasi sosial dengan pengetahuan dan kepercayaan. Hasil analisis bivariat disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.9 Hasil analisis korelasi *Pearson* sub variabel fasilitasi sosial dengan pengetahuan dan kepercayaan penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Fasilitasi sosial	Pengetahuan dan kepercayaan	
<i>Social influence</i>	$r = 0,261$	$p \text{ value} = 0,044$
<i>Social support</i>	$r = 0,410$	$p \text{ value} = 0,001$
<i>Collaboration</i>	$r = 0,385$	$p \text{ value} = 0,002$

Tabel 5.9 memperlihatkan nilai $p \text{ value} < 0,25$ maka dilakukan analisis multivariat dengan uji regresi linier ganda. Hasil regresi linier ganda antara sub variabel pada variabel fasilitasi sosial dengan pengetahuan dan kepercayaan disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.10 Hasil uji regresi linier ganda antara variabel fasilitasi sosial dengan pengetahuan dan kepercayaan penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Variabel Independen	Variabel Dependen	B	Sig. t	Keterangan
<i>Social influence</i>	Pengetahuan dan kepercayaan	0,579	0,021	Signifikan
<i>Social support</i>		0,465	0,003	Signifikan
<i>Collaboration</i>		0,694	0,003	Signifikan
Koef. Korelasi Ganda	= 0,583	Konstanta		= 12,617
R square (R ²)	= 0,340	F hitung		= 9,623
Adj. R square (R ²)	= 0,305	Sig. F		= 0,000

Hasil perhitungan analisis regresi linier ganda yang telah dilakukan menunjukkan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen adalah sedang, hal tersebut dapat dilihat pada nilai koefisien determinasi (R²) yaitu sebesar 0,340. Hasil ini menunjukkan pengaruh *social influence*, *social support* dan *collaboration* terhadap pengetahuan dan kepercayaan dapat dijelaskan sebesar 34% oleh variabel *social influence*, *social support* dan *collaboration* sedangkan sisanya sebesar 66% dijelaskan oleh variabel-variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini.

Koefisien korelasi ganda R (*multiple correlation*) menggambarkan kuatnya hubungan antara variabel independen yang meliputi variabel *social influence*, *social support* dan *collaboration* secara bersama-sama atau dalam hal ini berarti variabel fasilitasi sosial terhadap pengetahuan dan kepercayaan adalah sebesar 0,583. Hal ini berarti hubungan antara keseluruhan variabel adalah erat karena nilai R tersebut mendekati 1.

Bentuk persamaan regresi linier ganda adalah sebagai berikut :

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

Keterangan :

Y = variabel dependen yang diprediksikan

a = konstanta

$b_{1,2,3}$ = koefisien regresi

$x_{1,2,3}$ = variabel independen

Hasil analisis regresi menunjukkan persamaan regresi ganda sebagai berikut :

$$Y = 12,617 + 0,579X_1 + 0,465X_2 + 0,694X_3$$

Persamaan garis regresi linier ganda tersebut dapat disimulasikan apabila seseorang memiliki *social influence* (X_1) yang baik (skor 16), memiliki *social support* yang cukup (X_2) yang cukup (skor 30), memiliki kemampuan *collaboration* (X_3) yang cukup (skor 14), maka skor pengetahuan dan kepercayaan adalah :

$$Y = 12,617 + 0,579X_1 + 0,465X_2 + 0,694X_3$$

$$Y = 12,617 + (0,579 \times 16) + (0,465 \times 30) + (0,694 \times 14)$$

$$Y = 12,617 + 9,264 + 13,95 + 9,716$$

$$Y = 45,547$$

Nilai pengetahuan dan kepercayaan didapatkan sebesar 45,547 atau dalam kategori baik.

5.7 Hasil *Focused Group Discussion*

Pelaksanaan FGD mengenai issue strategis yang diangkat berdasarkan pengambilan data eksplanatif, dilaksanakan dengan 3 kali pelaksanaan dengan kelompok yang berbeda.

1. FGD kelompok responden dilaksanakan pada tanggal 15 April 2013 dimulai pukul 09.00 WIB di rumah salah satu responden. Kelompok FGD ini terdiri

dari 7 responden yang pengambilannya diambil secara acak. FGD ini berjalan selama 55 menit.

2. FGD kelompok keluarga dilaksanakan pada tanggal 15 April 2013 dimulai pukul 10.15 WIB dan dihadiri oleh 7 anggota keluarga responden dan FGD ini berjalan 70 menit.
3. FGD kelompok perawat dilaksanakan pada tanggal 15 April 2013 dimulai pukul 16.30 WIB dan dihadiri oleh 2 orang perawat puskesmas Ngadiluwih. FGD ini berjalan 60 menit.

Berikut ini akan disajikan hasil pelaksanaan FGD *self management* individu dan keluarga pada kelompok responden, keluarga dan perawat Puskesmas Ngadiluwih

Tabel 5.11 Hasil FGD dengan responden, keluarga dan perawat Puskesmas Ngadiluwih tahun 2013

No	Issue strategis	Hasil FGD	Rekomendasi
1.	<i>Self management</i> individu dan keluarga pada penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih belum optimal	1. Pemberian informasi bagi penderita DM tipe 2 diberikan pada saat penderita berobat ke Puskesmas, namun konsultasi secara lebih intensif, dilaksanakan di pojok gizi, terpisah dari ruang pemeriksaan. Untuk pergi ke pojok gizi dibutuhkan kesadaran dari penderita sendiri, karena hanya yang pergi ke pojok gizi yang bisa mendapatkan informasi lebih lengkap sesuai kebutuhan penderita. 2. Belum ada media penyuluhan tentang DM tipe 2 di komunitas (misalnya melalui posyandu lansia karena mayoritas penderita DM tipe 2 adalah lansia) 3. Belum terlaksananya kegiatan home visit sebagai salah satu sarana untuk mendekatkan petugas kesehatan dengan penderita DM tipe 2 serta keluarga meskipun sudah pernah di programkan oleh Puskesmas selama 2 periode kepemimpinan. 4. Masih ada rasa segan, malu dan takut ketika berhadapan dengan petugas kesehatan sehingga sulit terbentuk keterbukaan 5. Ada beberapa alternatif pilihan tempat	1. Dilaksanakan penyuluhan di komunitas oleh petugas dari Puskesmas secara rutin sebagai sarana untuk menambah akses informasi untuk meningkatkan pengetahuan 2. Adanya media penyuluhan atau sarana edukasi yang lebih bisa diterima masyarakat 3. Mengoptimalkan pertemuan antara penderita DM, keluarga dan petugas kesehatan fokus dengan kebutuhan penderita terkait masalah kesehatannya

	untuk berobat selain ke Puskesmas sehingga apabila terdapat perbedaan informasi, responden kesulitan mengambil keputusan.	
	6. Mayoritas penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih mempunyai tingkat pendidikan yang rendah (mayoritas tamatan SD) sehingga pengetahuan yang diperoleh menjadi terbatas	
	7. Meskipun penderita DM tipe 2 yang menjadi responden adalah penderita DM mayoritas lebih dari satu tahun, namun kesadaran untuk mencari informasi masih kurang.	
	8. Kesadaran masyarakat terhadap perilaku sehat masih rendah, terlihat dari kurangnya kepatuhan terhadap pengobatan DM dan angka kejadian penyakit DM yang tinggi di puskesmas Ngadiluwih	
	9. Responden sering salah paham apabila keluarga bermaksud untuk mengatur menu diet responden atau mengingatkan responden, sehingga keluarga sering mengalah pada keinginan responden	
2. Responden jarang dan belum melaksanakan perencanaan target dan strategi pencapaian serta evaluasi diri dan kontrol emosi	1. Masalah pribadi terkadang mempengaruhi pencapaian target yang telah ditetapkan responden dan keluarga salah satunya adalah masalah ekonomi, sehingga hal ini mempengaruhi konsentrasi responden dalam mencapai tujuan atau target yang telah ditetapkan bersama keluarga selain itu masalah ekonomi ini juga dapat mempengaruhi emosi responden.	1. Perlunya diasah melalui pembelajaran agar kemampuan regulasi diri dapat menjadi optimal
	2. Apabila responden merasa kondisinya membaik, responden jarang dan terkadang tidak mau untuk kontrol kembali atau kontrol rutin ke Puskesmas dan beberapa diantaranya kembali ke periksa di Puskesmas dengan kondisi kesehatan yang lebih buruk dari sebelumnya	2. Dibutuhkan kerjasama yang baik antara responden, keluarga dan petugas kesehatan
	3. Penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan (dokter, perawat atau bidan) terkadang masih membingungkan bagi responden dan keluarga sehingga keluarga dan responden merasa kesulitan untuk membuat target dan menyusun strategi namun demikian responden dan keluarga juga enggan untuk bertanya kembali meskipun belum jelas	

Hasil FGD didapatkan bahwa penerapan *self management* individu dan keluarga belum optimal. Hasil FGD dapat disimpulkan bahwa :

1. Responden sebagian besar memiliki pengetahuan dan kepercayaan dalam kategori cukup dan kategori kurang. Hal ini disebabkan salah satunya adalah karena media informasi yang dirasa kurang jelas oleh responden selain itu juga pemberian informasi yang masih terbatas. Pemberian informasi secara intensif dan jelas diperlukan mengingat tingkat pendidikan responden yang sebagian besar adalah tamat SD.
2. Responden memiliki regulasi diri yang kurang. Responden mengatakan masalah pribadi terkadang mempengaruhi pencapaian target yang telah ditetapkan responden dan keluarga salah satunya adalah masalah ekonomi, sehingga hal ini mempengaruhi konsentrasi responden dalam mencapai tujuan atau target yang telah ditetapkan bersama keluarga selain itu masalah ekonomi ini juga dapat mempengaruhi emosi responden.
3. Responden kurang optimal dalam memanfaatkan fasilitasi sosial. Keluarga memberikan dukungan pada responden dalam pengelolaan DM, namun responden sering salah paham apabila keluarga bermaksud untuk mengatur menu diet responden atau mengingatkan responden, sehingga keluarga sering mengalah pada keinginan responden dan akhirnya berdampak pada kondisi kesehatan responden sendiri.

5.8 Penyusunan dan Penerapan Modul

Modul *self management* individu dan keluarga disusun setelah dilakukan FGD. Modul diterapkan setelah dilakukan diskusi pakar. Penerapan modul *self*

management individu dan keluarga dilakukan selama 4 minggu. Pertemuan pada minggu pertama bertujuan untuk memperkenalkan *self management* individu dan keluarga dan pada minggu kedua sampai minggu keempat merupakan penerapan *self management* individu dan keluarga pada aspek – aspek dalam *self management behavior* penderita DM tipe 2 yaitu perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah dan perawatan kaki. Modul terlampir.

5.9 Hipotesis 4 : Pengaruh Model *Self Management* Individu dan Keluarga terhadap *Self Management Behavior* penderita DM tipe 2

Berikut adalah hasil dari *self management behavior* sebelum dan sesudah penerapan model *self management* individu dan keluarga.

Tabel 5.12 *Self management behavior* sebelum dan sesudah penerapan model *self management* individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih 2013

No	Self Management Behavior	Kategori			
		Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	
		Pre Test	Post Test	Pre Test	Post Test
1	Baik	2 (6,67%)	3 (10%)	6 (20%)	12 (40%)
2	Cukup	21 (70 %)	22 (73,3%)	15 (50%)	15 (50%)
3	Kurang	7 (23,33 %)	5 (16,7%)	9 (30%)	3 (10%)
	Total	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

Tabel 5.12 menunjukkan pada kelompok perlakuan sebelum penerapan *self management* individu dan keluarga, responden yang berada pada kategori kurang sebanyak 9 responden (30%) dan sesudah penerapan model *self management* individu dan keluarga menjadi 3 responden (10%). Responden pada kelompok perlakuan sebelum penerapan model *self management* individu dan keluarga yang termasuk kategori baik berjumlah 6 responden (20%) dan sesudah penerapan *self management* individu dan keluarga jumlahnya menjadi 12 orang (40%). Pada kelompok kontrol sebelum penerapan *self management* individu dan

keluarga, reponden yang berada pada kategori kurang sebanyak 7 responden (23,33%) dan sesudah penerapan *self management* individu dan keluarga menjadi 5 responden (16,7%).

Tabel 5.13 Hasil uji statistik *Self management behavior* sebelum dan sesudah penerapan model *self management* individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Self management behavior	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol		Sesudah	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Kel. Perlakuan	Kel. Kontrol
Mean	53,33	56,63	50,50	51,20	56,63	51,20
SD	7,884	8,202	7,041	6,641	8,202	6,641
Δ	3,3		0,7		5,43	
Uji Statistik	<i>Paired t test</i>		<i>Paired t test</i>		<i>Independent t test</i>	
	p = 0,000		p = 0,141		p = 0,007	

Hasil uji statistic *paired t test* pada kelompok perlakuan didapatkan nilai $p_{value} = 0.000$ yang berarti ada perbedaan yang nyata pada *self management behavior* sebelum dan setelah diberikan model *self management* individu dan keluarga. Demikian halnya pada kelompok kontrol, didapatkan nilai $p_{value} = 0,141$ yang nilainya lebih besar daripada p_{value} kelompok perlakuan. Dilihat dari signifikan uji *independent t test* sebesar $0,007 < \alpha (0,05)$ berarti terdapat perbedaan *self management behavior* antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol yang menunjukkan adanya pengaruh dari pelaksanaan model *self management* individu dan keluarga.

Tabel 5.14 Aspek *self management behavior* pada responden model *self management* individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Aspek	Kelompok Perlakuan				Kelompok kontrol			
	Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Diet :								
Baik	7	23	10	33	8	27	8	27
Cukup	15	50	17	57	15	50	16	53
Kurang	8	27	3	10	7	23	6	20
Σ	30	100	30	100	30	100	30	100

Aktivitas fisik								
Baik	7	23	12	40	6	20	4	13
Cukup	11	37	15	50	11	37	14	47
Kurang	12	40	3	10	13	43	12	40
Σ	30	100	30	100	30	100	30	100
Pengobatan								
Baik	5	17	10	33	4	13	4	13
Cukup	23	77	18	60	24	80	25	83
Kurang	2	7	2	7	2	7	1	3
Σ	30	100	30	100	30	100	30	100
Kontrol gula darah								
Baik	8	27	15	50	6	20	8	27
Cukup	16	53	13	43	18	60	18	60
Kurang	6	20	2	7	6	20	4	13
Σ	30	100	30	100	30	100	30	100
Perawatan kaki								
Baik	4	13	12	40	3	10	3	10
Cukup	19	64	16	53	17	57	19	63
Kurang	7	23	2	7	10	33	8	27
Σ	30	100	30	100	30	100	30	100

Tabel 5.14 memperlihatkan aspek *self management behavior* pada responden model *self management* individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih yang meliputi diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah dan perawatan kaki. Pada aspek diet terlihat perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Pada kelompok perlakuan terdapat perubahan jumlah responden yang berada pada kategori kurang, yaitu dari 8 responden menjadi hanya 3 responden. Sedangkan pada kelompok kontrol cenderung sama atau tidak ada perubahan. Pada aspek aktifitas fisik, pada kelompok perlakuan jumlah responden dalam kategori kurang berubah dari 12 responden menjadi 3 responden, sedangkan pada kelompok kontrol berubah dari 13 responden menjadi 12 responden.

Pada aspek pengobatan, pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan jumlah responden ke kategori baik, yaitu dari 5 responden menjadi 10 responden, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perubahan, tetap berjumlah 4

responden. Pada aspek kontrol gula darah, juga terdapat peningkatan jumlah responden ke kategori baik, yaitu dari 8 responden menjadi 15 responden, sedangkan pada kelompok kontrol terjadi perubahan dari 6 responden menjadi 8 responden. Pada aspek perawatan kaki, responden yang berada pada kategori kurang berubah dari 7 responden menjadi 2 responden, sedangkan pada kelompok kontrol berubah dari 10 responden menjadi 8 responden.

Perbedaan kelompok kontrol dan perlakuan terkait aspek *self management behavior* responden model *self management* individu dan keluarga secara uji statistik terlihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.15 Hasil uji statistik terkait aspek *self management behavior* responden model *self management* individu dan keluarga di Puskesmas Ngadiluwih Mei 2013

Aspek	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol		Sesudah	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Kel. Perlakuan	Kel. Kontrol
Diet						
Mean	13,13	14,07	12,83	12,90	14,07	12,90
SD	2,609	2,258	2,640	2,604	2,258	2,604
Δ	0,94		0,07		1,17	
Uji Statistik	<i>Paired t test</i>		<i>Paired t test</i>		<i>Independent t test</i>	
	p=0,012		p=0,758		p=0,028	
Aktivitas fisik						
Mean	8,73	9,63	8,37	8,27	9,63	8,27
SD	2,033	1,732	2,076	1,799	1,732	1,799
Δ	0,9		-0,1		1,36	
Uji Statistik	<i>Paired t test</i>		<i>Paired t test</i>		<i>Independent t test</i>	
	p=0,001		p=0,599		p=0,001	
Pengobatan						
Mean	4,63	5,50	4,43	4,43	5,50	4,43
SD	8,50	7,31	9,71	8,17	7,31	8,17
Δ	0,87		0		1,07	
Uji Statistik	<i>Paired t test</i>		<i>Paired t test</i>		<i>Independent t test</i>	
	P=0,001		p=0,902		p=0,002	
Kontrol gula darah						
Mean	9,07	10,37	8,50	8,80	10,37	8,80
SD	1,760	1,564	1,815	2,007	1,564	2,007
Δ	1,3		0,3		1,57	
Uji Statistik	<i>Paired t test</i>		<i>Paired t test</i>		<i>Independent t test</i>	

	p=0,000		p=0,269		P=0,011	
Perawatan kaki						
Mean	17,77	19,47	16,37	16,87	19,47	16,87
SD	2,800	2,505	3,908	3,309	2,505	3,309
Δ	1,7		0,5		2,6	
Uji Statistik	<i>Paired t test</i>		<i>Paired t test</i>		<i>Independent t test</i>	
	p=0,002		p=0,117		p=0,006	

Tabel 5.15 menunjukkan hasil uji statistik pada setiap aspek dalam *self management behavior* yaitu aspek diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah dan perawatan kaki pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai $p < \alpha$ (0,05) yang pengaruh dari pelaksanaan model *self management* individu dan keluarga pada setiap aspek *self management behavior* (diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah dan perawatan kaki).

5.10 Hipotesis 5 : Pengaruh *Self Management Behavior* terhadap *Quality of Life* penderita DM tipe 2

Variabel *self management behavior* memiliki lima sub variabel yaitu perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah, dan perawatan kaki. Analisis bivariat dengan korelasi *Pearson* digunakan untuk mengetahui korelasi dari masing-masing sub variabel *self management behavior* dengan *quality of life*. Hasil analisis bivariat disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.16 Hasil analisis korelasi *Pearson* sub variabel *self management behavior* dengan *quality of life* penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013

<i>Self management behavior</i>	<i>Quality of life</i>	
Perilaku diet	$r = 0,785$	$p \text{ value} = 0,000$
Perilaku aktivitas fisik	$r = 0,647$	$p \text{ value} = 0,000$
Perilaku pengobatan	$r = 0,664$	$p \text{ value} = 0,000$
Perilaku kontrol gula darah	$r = 0,601$	$p \text{ value} = 0,000$
Perilaku perawatan kaki	$r = 0,807$	$p \text{ value} = 0,000$

Tabel 5.16 memperlihatkan nilai $p_{\text{value}} < 0,25$ maka dilakukan analisis multivariat dengan uji regresi linier ganda. Hasil regresi linier ganda antara sub variabel pada variabel *self management behavior* dengan *quality of life* disajikan pada tabel dibawah ini

Tabel 5.17 Hasil uji regresi linier ganda antara variabel *self management behavior* dengan *quality of life*. penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih 2013

Variabel Independen	Variabel Dependen	B	Sig. t	Keterangan
Perilaku diet	<i>Quality of life</i>	0,678	0,037	Signifikan
Perilaku aktivitas fisik		0,701	0,039	Signifikan
Perilaku pengobatan		1,609	0,033	Signifikan
Perilaku kontrol gula darah		0,816	0,010	Signifikan
Perilaku perawatan kaki		0,539	0,025	Signifikan
Koef. Korelasi Ganda	$\equiv 0,885$	Konstanta		$\equiv 15,845$
R square (R^2)	$= 0,783$	F hitung		$= 39,029$
Adj. R square (R^2)	$= 0,763$	Sig. F		$= 0,000$

Hasil perhitungan analisis regresi linier ganda yang telah dilakukan menunjukkan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen adalah besar, hal tersebut dapat dilihat pada nilai koefisien determinasi (R^2) yaitu sebesar 0,783. Hasil tersebut menunjukkan pengaruh sub variabel dari *self management behavior* yaitu perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah, dan perawatan kaki terhadap *quality of life* dapat dijelaskan sebesar 78,3% oleh variabel perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah, dan perawatan kaki sedangkan sisanya sebesar 21,7% dijelaskan oleh variabel-variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini.

Koefisien korelasi ganda R (*multiple correlation*) menggambarkan kutanya hubungan antara variabel independen yang meliputi variabel perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah, dan perawatan kaki secara bersama-sama atau dalam hal ini berarti variabel *self management behavior*

terhadap *quality of life* adalah sebesar 0,885. Hal ini berarti hubungan antara keseluruhan variabel adalah sangat erat karena nilai R tersebut mendekati 1.

Bentuk persamaan regresi linier ganda adalah sebagai berikut :

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$$

Keterangan :

Y = variabel dependen yang diprediksikan

a = konstanta

$b_{1,2,3,4,5,6}$ = koefisien regresi

$x_{1,2,3,4,5,6}$ = variabel independen

Hasil analisis regresi menunjukkan persamaan regresi ganda sebagai berikut :

$$Y = 15,845 + 0,678X_1 + 0,701X_2 + 1,609X_3 + 0,806X_4 + 0,539X_5.$$

Persamaan garis regresi linier ganda tersebut dapat disimulasikan apabila seseorang memiliki kemampuan berperilaku diet (X_1) yang baik (skor 16), memiliki kemampuan aktivitas fisik (X_2) yang cukup (skor 10), memiliki kemampuan pengobatan (X_3) yang cukup (skor 5), memiliki kemampuan kontrol gula darah (X_4) yang cukup (skor 10) dan kemampuan perawatan kaki (X_5) yang baik (skor 22) maka skor *quality of life* adalah :

$$Y = 15,845 + 0,678X_1 + 0,701X_2 + 1,609X_3 + 0,806X_4 + 0,539X_5$$

$$Y = 15,845 + (0,678 \times 16) + (0,701 \times 10) + (1,609 \times 5) + (0,806 \times 10) + (0,539 \times 22)$$

$$Y = 15,845 + 10,848 + 7,01 + 8,045 + 8,06 + 11,858 = 61,666$$

Nilai pengetahuan dan kepercayaan didapatkan sebesar 61,666 atau dalam kategori baik.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini merupakan bab yang menjelaskan tentang pembahasan yang secara sistematis berupa ulasan dan telaah yang meliputi interpretasi terhadap hasil penelitian, kemudian keterkaitan dengan teori dan hasil penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya. Selain itu bab ini menggambarkan keterbatasan penelitian yang telah dilakukan dan hasil temuan penelitian untuk peningkatan *quality of life* penderita DM tipe 2 dengan penerapan *self management* individu dan keluarga.

6.1 Pengetahuan dan Kepercayaan

Pengetahuan dan kepercayaan dalam *self management* individu dan keluarga memiliki tiga subvariabel yaitu *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence*. Tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden memiliki pengetahuan dan kepercayaan yang kurang optimal. Penderita DM tipe 2 sebagian besar memiliki *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* pada kategori cukup dan kurang.

Self efficacy akan menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir dan memotivasi dirinya sendiri untuk bertindak dan berperilaku. *Outcome expectancy* memberikan keyakinan bahwa keterlibatan dalam perilaku tertentu akan menghasilkan hasil yang diinginkan dan *goal congruence* membantu seseorang menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan (Ryan & Sawin, 2009).

Self efficacy yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai *outcome expectancy* dan pemikiran untuk mencapai *outcome*

expectancy akan memunculkan *outcome expectancy* yang nyata, namun hal ini harus didukung dengan *goal congruence* yang baik pula (Bandura, 1997).

Pengetahuan dan kepercayaan merupakan salah satu komponen yang mendasari pelaksanaan *self management* individu dan keluarga, karena pengetahuan dan kepercayaan memberikan dampak pada perilaku yang lebih spesifik yaitu *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* namun pengetahuan tidak mengarah secara langsung kepada perubahan perilaku *self management*, peningkatan pengetahuan terkait dengan peningkatan perilaku *self regulation* dan fasilitasi sosial (Ryan & Sawin, 2009). Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa meningkatkan pengetahuan melalui edukasi dapat meningkatkan *self efficacy* dan *self management behavior* pada penderita DM tipe 2 (Rondhianto, 2011). Lorig (2001) menyebutkan pengetahuan dan kepercayaan sebagai bagian terpenting dari keberhasilan seseorang untuk melakukan *self management*. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang.

Self efficacy, *outcome expectancy* dan *goal congruence* yang kurang optimal pada penderita DM tipe 2 dikarenakan penderita memiliki pengetahuan dan kepercayaan yang belum optimal pula. Hal ini dibuktikan dalam hasil FGD sebagian penderita DM tipe 2 meyakini bahwa akses mendapatkan informasi untuk meningkatkan pengetahuan masih terbatas, belum ada penyuluhan yang dilaksanakan di komunitas. Akses informasi didapatkan ketika melakukan kunjungan ke Puskesmas untuk berobat ataupun mengunjungi pojok gizi yang disediakan Puskesmas, namun kunjungan ini pun dilaksanakan oleh penderita DM tipe 2 ketika sudah muncul gejala bukan sebagai upaya pencegahan.

Menurut Notoatmojo (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah 1) pendidikan, 2) informasi, 3) sosial budaya dan ekonomi, 4) lingkungan, 5) usia dan 6) pengalaman. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah yaitu hanya tamat SD dan SMP. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan.

Responden dalam penelitian ini sebagian besar memiliki status ekonomi yang kurang. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu. Pengalaman

memberikan pengetahuan dan akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan. Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

6.2 Kemampuan Regulasi Diri

Kemampuan regulasi diri (*self regulation*) dalam *self management* individu dan keluarga memiliki enam subvariabel yaitu menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi. Tabel 5.3 menunjukkan bahwa kemampuan regulasi diri dari penderita DM tipe 2 belum optimal. Enam subvariabel dalam kemampuan regulasi diri sebagian besar berada pada kategori cukup dan kurang.

Kemampuan *self regulation* seseorang dapat mengubah respon- respon seseorang, seperti mengendalikan impuls perilaku (dorongan perilaku), menahan hasrat, mengontrol pikiran dan mengubah emosi (Kowalski, 2000 dalam Ryan & Sawin, 2009). Kemampuan *self regulation* yang meliputi menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi berhubungan dengan perubahan perilaku kesehatan. Regulasi diri merupakan penggunaan suatu proses yang mengaktivasi pemikiran, perilaku dan perasaan yang terus menerus dalam upaya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Ryan & Sawin, 2009). Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rubin (1999) diperoleh kesimpulan bahwa *diabetes education* efektif untuk meningkatkan kemampuan *self regulation* pada penderita DM tipe 2 karena melakukan *self regulation* dengan edukasi memungkinkan seseorang memperoleh

penguatan (*reinforcement*) secara langsung, mengetahui perubahan kondisi kesehatan dengan segera dan dapat merasakan efek atau manfaat dari pengobatan dengan cepat.

Pada penelitian ini sebagian besar penderita DM tipe 2 jarang dan belum melaksanakan perencanaan target dan strategi pencapaian serta evaluasi diri dan kontrol emosi. Hal ini dikarenakan penderita DM tipe 2 belum mengenal proses *self regulation*. Kemampuan regulasi diri yang belum optimal pada responden menurut hasil FGD menyebutkan bahwa masalah pribadi terkadang mempengaruhi pencapaian target yang telah ditetapkan responden dan keluarga salah satunya adalah masalah ekonomi, sehingga hal ini mempengaruhi konsentrasi responden dalam mencapai tujuan atau target yang telah ditetapkan bersama keluarga selain itu masalah ekonomi ini juga terkadang menjadi stressor bagi responden sehingga mempengaruhi kontrol emosi responden. Selain itu penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan (dokter, perawat atau bidan) terkadang masih membingungkan bagi responden dan keluarga sehingga keluarga dan responden merasa kesulitan untuk membuat target dan menyusun strategi namun demikian responden dan keluarga juga enggan untuk bertanya kembali meskipun belum jelas.

Kemampuan regulasi diri menurut Bandura (1997) dipengaruhi oleh faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal terdiri dari standar dan penguatan (*reinforcement*), sedangkan faktor internal terdiri dari observasi diri (*self observation*), proses penilaian (*judgmental process*), dan reaksi diri (*self response*). Seseorang dapat mencapai standar tingkah laku tertentu, maka perlu penguatan agar tingkah laku semacam itu menjadi pilihan untuk dilakukan lagi.

Kemampuan regulasi diri yang kurang optimal pada responden memerlukan contoh standar perilaku kesehatan yang dapat disosialisasikan oleh para petugas kesehatan melalui media-media pembelajaran seperti melalui penyuluhan. Penguatan (*reinforcement*) atas pencapaian standar perilaku kesehatan dapat diberikan oleh petugas kesehatan misalnya dengan pujian sehingga selanjutnya tingkah laku semacam itu menjadi pilihan untuk dilakukan lagi. Perilaku manusia umumnya bervariasi, tergantung dari pengamatan yang dilakukan oleh individu itu sendiri dan dalam hal ini setiap individu memiliki *self observation* yang berbeda-beda dari individu lainnya. Individu akan melakukan penilaian atau evaluasi diri tentang perilakunya setelah melakukan pengamatan dan hal ini didasarkan oleh standar personal individu. Pencapaian akan standar akan memunculkan *self reaction* atau adanya *reward and punishment* terhadap diri pribadi.

6.3 Fasilitasi Sosial

Fasilitasi sosial dalam *self management* individu dan keluarga memiliki tiga subvariabel yaitu *social influence*, *social support* dan *collaboration*. Tabel 5.4 menunjukkan bahwa fasilitasi sosial dari penderita DM tipe 2 belum optimal. Tiga subvariabel dalam fasilitasi sosial sebagian besar berada pada kategori cukup dan kurang.

Teoris *individual and family self management* menyebutkan bahwa *self management* yang baik memerlukan pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial yang baik pula. Interaksi dari ketiganya dapat membentuk *self management behavior* yang baik pula (Ryan & Sawin, 2009).

Social influence berisi pesan yang menyarankan dan mendorong individu dan keluarga untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu. *Social support* berisi dukungan emosional, instrumental, atau informasi yang diberikan kepada seseorang dengan tujuan eksplisit membantu atau memfasilitasi keterlibatan seseorang dalam perilaku kesehatan. *Collaboration* atau kolaborasi merupakan bentuk kerjasama, interaksi, kompromi beberapa elemen yang terkait baik individu, atau pihak-pihak yang terlibat secara langsung dan tidak langsung yang menerima akibat dan manfaat (Ryan & Sawin, 2009). Nilai-nilai yang mendasari sebuah kolaborasi adalah tujuan yang sama, kesamaan persepsi, kemauan untuk berproses, saling memberikan manfaat, kejujuran, dan kasih sayang (Sarwono & Meinarno, 2009).

Fasilitasi sosial dapat diartikan sebagai dampak dari kinerja yang berasal dari orang lain. Dampak yang dihasilkan bisa positif (meningkatkan kinerja) maupun negatif (menurunkan kinerja) (Avianti, 2010). Dampak yang dihasilkan dari fasilitasi sosial dipengaruhi oleh ketiga elemen dari fasilitasi sosial yaitu *social influence*, *social support* dan *collaboration*. Apabila seseorang memperoleh *influence* dan *support* serta kolaborasi yang baik, maka akan dihasilkan fasilitasi sosial yang baik pula. Penelitian sebelumnya oleh Zajonc (1996) menyebutkan bahwa kerjasama dan interaksi dengan orang lain dapat meningkatkan fasilitasi sosial seseorang. Hal ini dikarenakan kehadiran orang lain dapat meningkatkan reaksi tubuh (*arousal*) yang akan meningkatkan kecenderungan untuk menampilkan respon (perilaku) yang sesuai dengan situasi sosial.

Fasilitasi sosial pada responden belum optimal dikarenakan *social influence*, *social support* dan *collaboration* yang belum optimal pula. Aspek *social support* yang belum optimal dibuktikan pada FGD dimana responden sering salah paham apabila keluarga bermaksud untuk mengatur menu diet

responden atau mengingatkan responden, sehingga keluarga sering mengalah pada keinginan responden. Pada aspek *collaboration* pada responden masih ada rasa segan, malu dan takut ketika berhadapan dengan petugas kesehatan sehingga sulit terbentuk keterbukaan dan kerjasama, selain itu belum terlaksananya kegiatan home visit sebagai salah satu sarana untuk mendekatkan petugas kesehatan dengan penderita DM tipe 2 serta keluarga meskipun sudah pernah di programkan oleh Puskesmas selama 2 periode kepemimpinan.

Menurut Zajonc (1996) fasilitasi sosial memerlukan kehadiran orang lain agar dapat meningkatkan reaksi tubuh (*arousal*) yang akan meningkatkan kecenderungan untuk menampilkan respon (perilaku) yang sesuai dengan situasi sosial. Dukungan dari keluarga dapat meningkatkan fasilitasi sosial seseorang dan hal ini dapat diperkuat dengan kolaborasi dengan tenaga kesehatan karena keduanya dapat meningkatkan kecenderungan untuk menampilkan perilaku yang sesuai dengan perilaku kesehatan yang seharusnya.

6.4 Pengaruh Pengetahuan dan Kepercayaan terhadap Kemampuan Regulasi Diri Penderita DM tipe 2

Tabel 5.6 memperlihatkan hasil uji regresi linier ganda pada variabel pengetahuan dan kepercayaan dengan variabel kemampuan regulasi diri penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih. Hasil uji tersebut memperlihatkan bahwa pengaruh variabel pengetahuan dan kepercayaan terhadap variabel kemampuan regulasi diri adalah besar, hal tersebut dapat dilihat pada nilai koefisien determinasi (R^2) yaitu sebesar 0,712. Koefisien korelasi ganda R (*multiple correlation*) menggambarkan kuatnya hubungan antara variabel pengetahuan dan

kepercayaan yang meliputi variabel *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* secara bersama-sama terhadap kemampuan regulasi diri adalah sebesar 0,844. Hal ini berarti hubungan antara keseluruhan variabel adalah sangat erat karena nilai R tersebut mendekati 1.

Pengetahuan dan kepercayaan merupakan salah satu komponen yang mendasari pelaksanaan *self management* individu dan keluarga, karena pengetahuan dan kepercayaan memberikan dampak pada perilaku yang lebih spesifik yaitu *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* (Ryan & Sawin, 2009). *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai *outcome expectancy* dan pemikiran untuk mencapai *outcome expectancy* akan memunculkan *outcome expectancy* yang nyata, namun hal ini harus didukung dengan *goal congruence* yang baik pula (Bandura, 1997). Penelitian sebelumnya oleh Bouchard (1991) menyebutkan bahwa *self-efficacy* memberikan pengaruh yang signifikan terhadap berbagai aspek *self regulation*, seperti monitoring diri, penetapan tujuan dan pengambilan keputusan. *Self efficacy* meningkatkan rasa percaya diri seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk melakukan dan melaksanakan suatu tindakan untuk mencapai tujuan. Penerimaan *self efficacy* membantu merubah perbedaan kejadian sehingga menjadi perilaku koping yang dipengaruhi oleh reaksi stress psikologi. Pengetahuan dikenal sebagai transfer materi dan merupakan komponen ketrampilan yang sangat penting untuk proses pelaksanaan aktifitas seseorang (Bandura, 1997).

Penderita DM tipe 2 berdasarkan hasil FGD, belum memiliki pengetahuan dan kepercayaan dan kemampuan regulasi diri yang optimal. Hal ini menunjukkan

keterkaitan bahwa penderita DM tipe 2 yang memiliki pengetahuan dan kepercayaan yang kurang akan berdampak pada kemampuan regulasi diri yang kurang pula. Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah pengalaman (Notoatmojo, 2007). Pengalaman memberikan pengetahuan dan akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan. Pengambilan keputusan merupakan salah satu elemen dari kemampuan regulasi diri seseorang. Hal inilah yang menggambarkan keterkaitan antara pengetahuan dan kepercayaan dengan kemampuan regulasi diri.

Self efficacy pada seseorang yang akan melakukan *self manage* sangat penting karena keyakinan atau *self efficacy* yang dimiliki memberikan motivasi yang kuat pada diri seseorang untuk berperilaku. *Self efficacy* meningkatkan rasa percaya diri seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk melakukan dan melaksanakan suatu tindakan untuk mencapai tujuan

6.5 Pengaruh Kemampuan Regulasi Diri terhadap Fasilitasi Sosial Penderita DM tipe 2

Tabel 5.8 memperlihatkan hasil perhitungan analisis regresi linier ganda yang telah dilakukan menunjukkan pengaruh variabel kemampuan regulasi diri yaitu menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi terhadap fasilitasi sosial adalah besar, hal tersebut dapat dilihat pada nilai koefisien determinasi (R^2) yaitu sebesar 0,855. Dengan demikian berarti pengaruh sub variabel dari kemampuan regulasi diri yaitu menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi terhadap fasilitasi sosial dapat dijelaskan

sebesar 85,5% oleh variabel menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi sedangkan sisanya sebesar 14,5% dijelaskan oleh variabel-variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini. Koefisien korelasi ganda R (*multiple correlation*) menggambarkan kutanya hubungan antara variabel independen yang meliputi variabel menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi secara bersama-sama atau dalam hal ini berarti variabel kemampuan regulasi diri terhadap fasilitasi sosial adalah sebesar 0,925. Hal ini berarti hubungan antara keseluruhan variabel adalah sangat erat karena nilai R tersebut mendekati 1.

Kemampuan *self regulation* seseorang dapat mengubah respon- respon seseorang, seperti mengendalikan impuls perilaku (dorongan perilaku), menahan hasrat, mengontrol pikiran dan mengubah emosi (Kowalski, 2000 dalam Ryan & Sawin, 2009). Kemampuan *self regulation* yang meliputi menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi berhubungan dengan perubahan perilaku kesehatan. Regulasi diri merupakan penggunaan suatu proses yang mengaktivasi pemikiran, perilaku dan perasaan yang terus menerus dalam upaya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Keberhasilan dari proses *self regulation* seseorang berkaitan dengan fasilitasi sosial yang dimiliki oleh seseorang tersebut (Ryan & Sawin, 2009). Penelitian sebelumnya oleh Anderson (2007) menyimpulkan bahwa ada keterkaitan antara *self-regulation*, *self-efficacy*, *outcome expectations*, dan *social support*. *Self-efficacy* merupakan prekursor penting untuk *self-regulation*, namun *social support* merupakan prediktor yang lebih kuat. *Social support*

mempengaruhi *self regulation* secara tidak langsung melalui *self-efficacy*, tetapi *social support* secara langsung memberikan pengaruh untuk membuat seseorang menggunakan strategi *self-regulation* dan selanjutnya akan terlibat pada perilaku kesehatan.

Kemampuan regulasi diri responden berdasarkan hasil FGD didapatkan bahwa belum optimal salah satunya disebabkan belum optimalnya pelaksanaan kolaborasi. Menurut Sarwono & Meinarno (2009) nilai-nilai yang mendasari sebuah kolaborasi adalah tujuan yang sama, kesamaan persepsi, kemauan untuk berproses, saling memberikan manfaat, kejujuran, dan kasih sayang dan nilai-nilai ini belum terbentuk secara optimal antara penderita DM tipe 2 dan keluarga serta petugas kesehatan. Kolaborasi yang baik dapat menjadi jembatan untuk saling bertukar informasi atau edukasi untuk melakukan *self regulation* karena dengan kolaborasi keuntungan yang bisa diperoleh diantaranya penguatan (*reinforcement*) secara langsung, mengetahui perubahan kondisi kesehatan dengan segera dan dapat merasakan efek atau manfaat dari pengobatan dengan cepat. Kemampuan regulasi diri yang baik memberikan dampak pada kemampuan seseorang untuk menyaring informasi yang berguna bagi dirinya untuk berperilaku yang lebih baik, informasi tersebut dapat berasal dari keluarga maupun petugas kesehatan.

6.6 Pengaruh Fasilitasi Sosial terhadap Pengetahuan dan Kepercayaan

Tabel 5.10 memperlihatkan hasil perhitungan analisis regresi linier ganda pengaruh *social influence*, *social support* dan *collaboration* terhadap pengetahuan dan kepercayaan adalah sedang, hal tersebut dapat dilihat pada nilai koefisien determinasi (R^2) yaitu sebesar 0,340. Koefisien korelasi ganda R (*multiple*

correlation) menggambarkan kuatnya hubungan antara variabel independen yang meliputi variabel *social influence*, *social support* dan *collaboration* secara bersama-sama atau dalam hal ini berarti variabel fasilitasi sosial terhadap pengetahuan dan kepercayaan adalah sebesar 0,583. Hal ini berarti hubungan antara keseluruhan variabel adalah erat karena nilai R tersebut mendekati 1

Fasilitasi sosial dapat diartikan sebagai peningkatan kinerja fisik dan kognitif karena kehadiran orang lain (Mendez, 2007). Peningkatan kinerja yang dihasilkan dari fasilitasi sosial dipengaruhi oleh ketiga elemen dari fasilitasi sosial yaitu *social influence*, *social support* dan *collaboration*. Apabila seseorang memperoleh *influence* dan *support* serta kolaborasi yang baik, maka akan dihasilkan fasilitasi sosial yang baik pula. *Social influence* berisi pesan yang menyarankan dan mendorong individu dan keluarga untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu. *Social support* berisi dukungan emosional, instrumental, atau informasi yang diberikan kepada seseorang dengan tujuan eksplisit membantu atau memfasilitasi keterlibatan seseorang dalam perilaku kesehatan. *Collaboration* atau kolaborasi merupakan bentuk kerjasama, interaksi, kompromi beberapa elemen yang terkait baik individu, atau pihak-pihak yang terlibat secara langsung dan tidak langsung yang menerima akibat dan manfaat (Ryan & Sawin). Penelitian sebelumnya oleh Landis (2002) menyimpulkan bahwa *social support* mempengaruhi *self efficacy* seseorang. Menurut teori *individual and family self management* bahwa fasilitasi sosial, pengetahuan dan kepercayaan dan kemampuan regulasi diri bersama-sama mempengaruhi proses *self management* seseorang sehingga akan berpengaruh pada terbentuknya perilaku *self management* (Ryan & Sawin, 2009).

Fasilitasi sosial berdasarkan hasil FGD didapatkan bahwa belum optimal salah satunya disebabkan belum maksimalnya kolaborasi dan dukungan keluarga. Beberapa tugas kesehatan keluarga adalah mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat dan memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Tugas-tugas tersebut akan dapat dilaksanakan dengan baik apabila didasari oleh pengetahuan yang baik pula. Sumber pengetahuan bagi penderita dan keluarga adalah petugas kesehatan, melalui kolaborasi dapat difasilitasi kerjasama antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan untuk menunjang kebutuhan informasi bagi penderita dan keluarga. Kolaborasi dalam melakukan *self management* menjadi hal yang penting karena apabila seseorang yang melakukan *self management* mengalami penurunan motivasi maka ia membutuhkan orang lain di sekitarnya untuk memberikan motivasi kembali sehingga ia akan dapat melakukan *self management*.

6.7 Pengaruh *Self Management* Individu dan Keluarga terhadap *Self Management Behavior*

Tabel 5.13 memperlihatkan hasil uji statistic *Paired t test* pada kelompok perlakuan didapatkan nilai $p_{\text{value}} = 0.000$ yang berarti ada perbedaan yang nyata pada *self management behavior* sebelum dan setelah diberikan model *self management* individu dan keluarga. Demikian halnya pada kelompok kontrol, didapatkan nilai $p_{\text{value}} = 0,141$ yang nilainya lebih besar daripada p_{value} kelompok perlakuan. Dilihat dari signifikan uji *Independent t test* sebesar $0,007 < \alpha (0,05)$ berarti terdapat perbedaan *self management behavior* antara kelompok perlakuan

dengan kelompok kontrol yang menunjukkan adanya pengaruh dari pelaksanaan model *self management* individu dan keluarga.

Perilaku dari pandangan biologis adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan (Notoatmojo, 2007). Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktifitas dari manusia itu sendiri, oleh sebab itu perilaku manusia mempunyai rentangan yang sangat luas mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan lain sebagainya. Kegiatan internal (*internal activity*) seperti berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia, atau dapat dikatakan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut baik dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung (Rondhianto, 2011). *Diabetes self management behavior* merupakan perilaku perawatan mandiri yang harus dilaksanakan oleh pasien meliputi : pemeriksaan glukosa, diet/nutrisi, obat-obatan, ktivitas fisik atau latihan dan perawatan kaki (Wu, 2007).

Hasil proksimal berdasarkan teori *individual and family self management*, adalah *self management behavior* yang terbentuk dari 3 hal, yaitu pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial. Seseorang akan mungkin lebih terlibat dalam perilaku kesehatan yang direkomendasikan, jika mereka mendapat informasi (pengetahuan) terkait dan menjalankan *health belief* (kepercayaan) sejalan dengan perilaku, jika seseorang mengembangkan kemampuan *self regulation* untuk mengubah perilaku kesehatan mereka dan jika mereka mengalami fasilitasi sosial yang positif mempengaruhi dan mendukung mereka untuk terlibat dalam perilaku kesehatan preventif (Ryan & Sawin, 2009).

Pengetahuan dan kepercayaan adalah informasi faktual dan persepsi tentang kondisi kesehatan atau perilaku kesehatan, termasuk *self-efficacy*,

outcome expectancy (harapan hasil), dan *goal congruence* (keselarasan tujuan). *Self-efficacy* adalah konsep perilaku spesifik dan mengacu pada tingkat keyakinan seseorang pada kemampuannya untuk berhasil terlibat dalam perilaku di bawah situasi normal dan stress, *outcome expectancy* (harapan hasil) adalah keyakinan bahwa keterlibatan dalam perilaku tertentu akan menghasilkan hasil yang diinginkan dan, *goal congruence* (keselarasan tujuan) adalah kemampuan seseorang untuk menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan (Ryan & Sawin, 2009). Kemampuan regulasi diri merupakan proses seseorang untuk mencapai perubahan dalam perilaku kesehatan. Regulasi diri mencakup sejumlah keterampilan dan kemampuan (1) penetapan tujuan (*goal setting*), (2) *self-monitoring* dan pemikiran reflektif, (3) pengambilan keputusan, (4) perencanaan dan tindakan, (5) evaluasi diri, (6) dan kontrol emosi (Ryan & Sawin, 2009).

Fasilitasi sosial terjadi dalam hubungan sosial seseorang dan dapat meningkatkan kapasitas individu untuk berubah meliputi pengaruh sosial, dukungan sosial, dan kolaborasi. Pengaruh sosial adalah pesan yang dipercayai oleh seseorang karena berasal dari seseorang yang dianggap ahli yang isi pesannya menyarankan dan mendorong individu dan keluarga untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu. Dukungan sosial terdiri dari dukungan emosional, instrumental, atau informasi diberikan kepada seseorang atau keluarga dengan tujuan membantu atau memfasilitasi keterlibatan mereka dalam perilaku kesehatan. Kolaborasi kerjasama yang terbentuk antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan. Hal yang dapat mempengaruhi kolaborasi adalah peran,

kebersamaan dan tanggung jawab keluarga yang pada akhirnya dapat mempengaruhi tujuan dan rekomendasi perawatan (Ryan & Sawin, 2009).

Berdasarkan hasil FGD diketahui bahwa *self management* pada responden belum optimal karena pengetahuan yang kurang, kemampuan regulasi diri yang belum optimal dan kurangnya fasilitasi sosial. Atas dasar itu disusun modul yang berusaha merangkum ketiga aspek dalam proses *self management* agar dapat diaplikasikan kepada responden sehingga dapat meningkatkan *self management behavior* penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih. Edukasi dengan metode diskusi dan ceramah dengan *home visit* dilakukan dengan tujuan lebih mempererat kolaborasi antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan.

Perubahan pada *self management behavior* penderita DM tipe 2 di Puskesmas Ngadiluwih pada aspek perawatan kaki menunjukkan hasil yang paling signifikan. Perawatan kaki pada penderita DM tipe 2 menjadi hal yang penting dalam pencegahan komplikasi luka gangren pada kaki. Faktor budaya setempat pada responden membiasakan responden untuk tidak beralas kaki pada saat berada di luar rumah. Kebiasaan ini meningkatkan resiko terjadinya luka gangren pada kaki. Penerapan modul yang berisi anjuran untuk melakukan senam kaki dan perawatan kaki dapat dilakukan dengan baik oleh responden sehingga dapat mengurangi resiko terjadinya komplikasi yaitu luka gangren.

6.8 Pengaruh *Self Management Behavior* terhadap *Quality of Life*

Tabel 5.16 menunjukkan tabulasi silang hubungan antara variabel *self management behavior* dengan *quality of life*. Berdasarkan tabel tersebut sebagian besar responden memiliki *self management behavior* dalam kategori cukup

dimana dalam kategori tersebut didominasi oleh responden yang memiliki *quality of life* yang cukup pula. *Quality of life* responden sebagian besar dalam kategori cukup dan dalam kategori tersebut didominasi oleh responden yang memiliki *self management behavior* yang cukup juga. analisis regresi linier ganda yang telah dilakukan menunjukkan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen adalah besar, hal tersebut dapat dilihat pada nilai koefisien determinasi (R^2) yaitu sebesar 0,783. Dengan demikian berarti pengaruh sub variabel dari *self management behavior* yaitu perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah, dan perawatan kaki terhadap *quality of life* dapat dijelaskan sebesar 78,3% oleh variabel perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah, dan perawatan kaki sedangkan sisanya sebesar 21,7% dijelaskan oleh variabel-variabel lain yang tidak termasuk dalam penelitian ini.

Koefisien korelasi ganda R (*multiple correlation*) menggambarkan kuatnya hubungan antara variabel independen yang meliputi variabel perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah, dan perawatan kaki secara bersama-sama atau dalam hal ini berarti variabel *self management behavior* terhadap *quality of life* adalah sebesar 0,885. Hal ini berarti hubungan antara keseluruhan variabel adalah sangat erat karena nilai R tersebut mendekati 1.

Dalam teori *individual and family self management*, *self management behavior* merupakan hasil proksimal dan *quality of life* adalah hasil distal. *Quality of life* (QoL) adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan hidup, harapan, standart dan perhatian. Hal ini merupakan konsep yang sangat luas yang mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis,

hubungan sosial dan hubungannya dengan keinginan dimasa yang akan datang terhadap lingkungan mereka (WHO dalam Yusra, 2010). WHO (2012) menyebutkan bahwa perlunya pengukuran kualitas hidup, khususnya pada penderita DM, dikarenakan mempertahankan kualitas hidup adalah salah satu tujuan utama pada pengobatan DM. Hal ini karena DM 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. Pada penderita DM kualitas hidup yang rendah serta masalah psikologis dapat memperburuk gangguan metabolik baik secara langsung melalui stress hormonal maupun tidak langsung melalui *compliance* yang buruk.

Pengelolaan DM melalui berperilaku yang positif dalam kehidupannya, sehingga dalam menjalani penyakit Diabetes mellitus yang dideritanya, penderita mampu mempertahankan dietnya, dan mampu melakukan pola hidup yang sehat sesuai dengan diet Diabetes mellitus. Pengetahuan yang didapat yang telah diaplikasikan dengan baik, maka akan memperbaiki kondisi seseorang untuk lebih patuh pada diet yang dijalani sehingga penderita bisa mengontrol kadar gulanya dengan baik. Jika penderita bisa mengontrol kadar gulanya dengan baik, secara tidak langsung kualitas hidup penderita akan meningkat karena dengan keinginan yang konsisten untuk tetap mempertahankan kadar gula darah dalam rentang normal maka *quality of life* nya juga akan meningkat.

6.9 Temuan Penelitian

Suatu riset keperawatan dilakukan dengan harapan menghasilkan temuan baru yang mampu memberikan kontribusi baik bidang ilmu pengetahuan maupun

praktik keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian dapat diuraikan sebagai berikut ini :

- 1) Pengetahuan dan kepercayaan berhubungan dengan kemampuan regulasi diri dimana sub variabel dari pengetahuan dan kepercayaan yaitu *self efficacy* memberikan pengaruh yang paling signifikan pada kemampuan regulasi diri
- 2) Kemampuan regulasi diri berhubungan dengan fasilitasi sosial dimana sub variabel dari kemampuan regulasi diri yaitu kontrol emosi memberikan pengaruh yang paling signifikan pada fasilitasi sosial
- 3) Fasilitasi sosial berhubungan dengan pengetahuan dan kepercayaan dimana sub variabel fasilitasi sosial yaitu *collaboration* memberikan pengaruh yang paling signifikan pada pengetahuan dan kepercayaan
- 4) Penerapan model *self management* individu dan keluarga memberikan pengaruh pada peningkatan *self management behavior*, dimana perubahan yang paling berpengaruh yaitu pada perilaku perawatan kaki
- 5) Perubahan *self management behavior* setelah penerapan model *self management* individu dan keluarga memberikan pengaruh pada *quality of life* penderita DM tipe 2 dimana perilaku kontrol gula darah paling berpengaruh pada *quality of life*.

6.10 Keterbatasan Penelitian

- 1) Pengukuran *quality of life* dilakukan hanya satu kali yaitu pada saat pengukuran *self management behavior* selesai dilakukan setelah penerapan model *self management behavior*, sehingga perubahan *quality of life* sebelum dan sesudah penerapan *self management behavior* tidak diketahui.

- 2) Penerapan model *self management* individu dan keluarga pada penelitian ini melibatkan keluarga penderita DM, namun belum dilakukan identifikasi dan observasi lebih jauh mengenai peran keluarga pada saat pelaksanaan *self management behavior*.
- 3) *Log book* untuk memantau pelaksanaan *self management behavior* oleh responden dan keluarga belum disertakan sehingga pelaksanaan *self management behavior* belum terpantau sepenuhnya dan hanya direview pada saat pertemuan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Model *self management* individu dan keluarga dibentuk dari pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial dimana pengetahuan dan kepercayaan mempunyai peran penting yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan regulasi diri dan fasilitasi sosial.
2. *Self management behavior* penderita DM tipe 2 diwilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih mengalami peningkatan setelah penerapan model *self management* individu dan keluarga dan aspek perawatan kaki menunjukkan hasil perubahan yang paling signifikan diantara aspek perilaku yang lainnya meskipun hasil uji statistik menunjukkan yang paling signifikan adalah aktivitas fisik.
3. Penerapan model *self management* individu dan keluarga mempengaruhi *quality of life* melalui peningkatan *self management behavior* penderita DM tipe 2 diwilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih dengan penerapan pada perilaku diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah dan perawatan kaki.
4. Peningkatan *self management behavior* berpengaruh terhadap peningkatan *quality of life* penderita DM tipe 2 diwilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih dan perilaku kontrol gula darah paling berpengaruh pada *quality of life*.

7.2 Saran

1. Model *self management* individu dan keluarga secara umum dapat diterapkan pada penderita dengan penyakit kronis untuk membantu mempertahankan *quality of life* yang baik.
2. Kepada pihak Puskesmas Ngadiluwih diharapkan dapat menerapkan model *self management* individu dan keluarga ini untuk mempertahankan *quality of life* yang baik pada penderita DM tipe 2 dan diperlukan kerjasama yang baik antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan dalam pelaksanaan model *self management* individu dan keluarga.
3. Penelitian selanjutnya hendaknya mengkaji lebih lanjut pengaruh *self management* individu dan keluarga terhadap kadar gula darah dan HbA1C.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association 2012, 'Standards of medical care in diabetes-2012', *Journal of Diabetes Care*, Vol.35, Supplement 1, January 2012, S11-S63, diperoleh pada tanggal 18 Desember 2012, dari <http://care.diabetesjournals.org/>
- American Diabetes Association 2012, 'Diagnosis and classification of diabetes mellitus', *Journal of Diabetes Care*, Vol.35, Supplement 1, January 2012, S64-S71, diperoleh pada tanggal 18 Desember 2012, dari <http://care.diabetesjournals.org/>
- Albright, L, Parchman, M, & Burge, K 2001, 'Predictors of self-care behaviour in adults with type 2 diabetes: An RRNesST Study', *Family Medicine*, diperoleh pada tanggal 17 Desember 2012, dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11355645.
- Bandura, A. 1997, 'Self efficacy', diperoleh pada tanggal 16 Januari 2013 dari <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>
- Barlow, J, Wright, C, Sheasby, J, Turner, A & Hainsworth, J 2002, 'Self-management approaches for people with chronic conditions: A review', *Patient Education and Counseling*, diperoleh pada tanggal 12 Desember 2012, dari www.carloshaya.net/biblioteca/boletinenfermeria7p1/barlow.pdf.
- Boedisantoso, A, Subekti, I 2011, 'Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu', dalam Soegondo *et al.*, (Eds), *Komplikasi akut diabetes mellitus. Edisi ke-2*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Busseri, MA & Tyler, JD 2003, 'Interchangeability of the working alliance inventory and working alliance inventory, short form', *Psychol Assess*, 2003 Jun;15(2):193-7, diperoleh pada tanggal 20 Januari 2013, dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12847779.
- Carey, K, Neal J & Collins E 2004, 'A psychometric analysis of self-regulation questionnaire', *Addictive behaviors*, 29 (2004), p.253-269, diperoleh pada tanggal 21 Januari 2012 dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
- Casillas, E, Schulz, M, Robbins, S, Santos, P & Lee, R 2006, 'Exploring the meaning of motivation across cultures: irt analyses of the goal instability scale', *Journal of Career Assessment*, vol. 14, no. 472.

- Choi, Yong-Jun, Kim, Ho-Tae 2011, 'The relationship between diabetes mellitus and health-related quality of life in korean adults : the fourth korea national health and nutrition examination survey (2007-2009)', *Diabetes & Metabolism Journal*, vol.35, p.587-594
- Dahlan, Sopiudin 2011, *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*, Salemba medika, Jakarta
- Diener, E, Suh, M, Lucas, E & Smith, E 1999, 'Subjective well-being:three decades of progress. *Psychological Bulletin*, vol. 125, p. 276-302, diperoleh pada tanggal 27 Desember 2012, dari http://dipeco.economia.unimib.it/persona/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf.
- Funnel, MM 2011, 'National standards for diabetes self-management education', *Diabetes Care*, 2011 January; 34 (Supplement_1): S89-S96, diperoleh pada tanggal 17 Desember 2012, dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006053/>.
- Grey, M 2006, 'A framework for the study of self- and family management of chronic conditions', *Nurs Outlook* 2006, vol. 54, p. 278-286.
- Grey, M 2010, 'Commentary: self and family management frameworks', *Nurs Outlook* 2010, vol.58, p. 111-112
- Hatmanti, Nety Mawarda 2012, 'Perubahan self efficacy dan quality of life melalui pelaksanaan family centered care pada penderita diabetes melitus tipe 2', *Thesis FKP Unair*, FKP Unair, Surabaya.
- Hiswani 2008, 'Penyuluhan kesehatan pada penderita diabetes mellitus', diperoleh pada tanggal 15 Desember 2012, dari <http://www.library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-hiswani3.pdf>.
- Holt, CL, Clark, EM, Roth, D, Crowther, M, Kohler, C, Fouad, M, Foushee, R, Lee , P & Southward, P 2011, 'Development and validation of an instrument to assess perceived social influence on health behaviors', *Journal of Health Psychology*, 2010 15: 1225 originally published online 3 June 2010, diperoleh pada tanggal 11 Januari 2013, dari <http://hpq.sagepub.com/>.
- Ilyas, Ermita 2011, 'Olahraga bagi diabetisi', dalam Soegondo et all (Ed.), *Diagnosis dan klasifikasi diabetes mellitus terkini*, Edisi ke-2, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

- Khairani, Rita 2007, 'Prevalensi diabetes melitus dan hubungannya dengan kualitas hidup lanjut usia di masyarakat', 30 Agustus, diperoleh pada tanggal 23 Desember 2012, dari <http://www.univmed.org/2007/01/01/prevalensi-diabetes-melitus-dan-hubungannya-dengan-kualitas-hidup-lanjut-usia-di-masyarakat/>.
- Lorig, KR, Sobel, DS, Ritter, PL, Laurent, D, Hobbs, M 2001, 'Effect of a self-management program on patients with chronic disease', *American College of Physicians–American Society of Internal Medicine*, diperoleh pada tanggal 17 Desember 2012, dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11769298.
- Mayberry, LS & Osborn, CY 2012, 'Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes', *Diabetes Care*. 2012 Jun;35(6):1239-45, diperoleh pada tanggal 23 Desember 2012, dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22538012>.
- Mendes, W 2007, 'Social facilitation', in RF Baumeister, & KD Vohs (eds), *Encyclopedia of social psychology*, SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks, CA, pp. 898-902, diperoleh tanggal 22 Januari 2013, doi: 10.4135/9781412956253.n532
- Newman, S, Steed, L, Mulligan, K 2004, 'Self-management interventions for chronic illness', *Lancet*. Oct 23-29;364(9444):1523-37, diperoleh pada tanggal 26 Desember 2012, dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15500899.
- Nursalam 2010, *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2007, *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia 2011, *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia*, PB PERKENI, Jakarta.
- Rondhianto 2011, 'Pengaruh diabetes self management education dalam discharge planning terhadap self efficacy dan self behaviour pasien diabetes mellitus tipe 2', *Thesis FKP Unair*, FKP Unair, Surabaya.
- Rose, M, Fliege, H, Hildebrandt, M, Schirop, T, Klapp, BF 2002, 'The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control', *Diabetes Care*, diperoleh pada tanggal 20 Desember 2012, dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11772898>.

- Ryan, Polly 2009, 'Integrated theory of health behavior change: background and intervention development', *Clin Nurse Spec*, vol.23, no. 3, p. 161–172.
- Ryan, Polly & Sawin, Kathleen J 2009, 'The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes', *Nurs Outlook*, vol. 57, no. 4, p. 217–225, diperoleh pada tanggal 20 November 2012, dari [www.ncbi.nlm.nih](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19411118).
- Sarwono & Meinarno 2009, 'Psikologi sosial: individu dan teori-teori psikologi sosial', Balai Pustaka, Jakarta.
- Smeltzer, S. & Bare 2008, *Brunner & Studdarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*, Lippincott, Philadelphia.
- Skarbek, Edyta Anna 2006, 'Psychosocial predictors of self-care behaviors in type 2 diabetes mellitus patients: analysis of social support, self-efficacy, and depression. a disertation', diperoleh pada tanggal 13 Januari 2013, dari <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.118>.
- Skevington, SM, Lotfy, M, O'Connell, KA 2004, 'The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL group', diperoleh pada tanggal 9 Desember 2012, dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085902.
- Suyono, S 2011, 'Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu', dalam Soegondo et al (Ed.), *Patofisiologi diabetes mellitus*. Edisi ke-2. Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- Soegondo, S 2011, 'Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu', dalam Soegondo et al (Ed.), *Diagnosis dan klasifikasi diabetes mellitus terkini*. Edisi ke-2. Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Talbot, F 1997, 'The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: the multidimensional diabetes questionnaire', *Journal Behavior Medicine*, Jun vol. 20, no. 3, p. 291-312, diperoleh pada tanggal 5 Januari 2013, dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9212382>.
- Tang, TS, Brown, MB, Funnell, MM & Anderson, RM 2008, 'Social support, quality of life and self-care behaviors among african americans with type 2 diabetes', *The Diabetes Educator*, vol. 34, p. 266, diperoleh pada tanggal 26 Desember 2012, dari <http://tde.sagepub.com/content/34/2/266.short>.
- Tjokroprawiro, A 2008, *Diabetes mellitus. dalam pedoman diagnosis dan terapi bag/smf ilmu penyakit dalam*, Ed. III (85-90), Rumah Sakit Umum Dokter Soetomo, Surabaya.

- Tjokroprawiro, A 2011, *Hidup sehat dan bahagia bersama diabetes : panduan lengkap pola makan untuk penderita diabetes*, Ed.revisi ke-3, PT.Gramedia Pustaka Utama anggota IKAPI, Jakarta.
- Waspadji, S 2011, 'Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu', dalam Soegondo et al (Ed.), *Diabetes mellitus : mekanisme dasar dan pengelolaannya yang rasional*, Edisi ke-2, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- WHOQoL Group 2009, 'WHOQoL – BREF, introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment, field trial version', November 28th, diperoleh dari <http://www.popcouncil.org/horizontal/>.
- Williams, GC & Deci, EL 1996, 'Internalization of biopsychosocial values by medical students: A test of self-determination theory', *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 70, p. 767–779.
- World Health Organization 2012, 'Health topics : diabetes', diperoleh tanggal 26 Desember 2012, dari http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus.
- Wang Ai-ping & Ma Jin-ping 2005, 'Self management behavior and health related quality of life in Chinese hemodialysis patient', *Chinese Journal of Rehabilitation*, March 21 2005. Vol.9 No.11 p.192-194
- Wu, SF 2007, 'Effectiveness of self management for persons with type 2 diabetes following the implementation of a self efficacy enhancing intervention program in Taiwan', *Queensland University of Technology; School of Nursing*, diperoleh pada tanggal 10 Desember 2012, dari <http://eprints.qut.edu.au/>.
- Yusra, Aini 2010, 'Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam rumah sakit umum pusat fatmawati Jakarta, 7 Juli, diperoleh pada tanggal 20 Desember 2012, dari www.lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20280162.pdf

LAMPIRAN



PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jalan Soekarno Hatta Nomor 1 Telp. (0354) 681226 - 689969
KEDIRI

Kediri, 14 Januari 2013

KEPADA
YTH. SDR. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN KEDIRI
DI
KEDIRI

Nomor : 070/ 09 / 418.62 / 2013
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi

REKOMENDASI

Menunjuk Surat Saudara Kepala Bakesbangpol Propinsi Jawa Timur tanggal 27 Desember 2012 Nomor : 070/14983/203/2012 perihal Permohonan Penelitian / Survey / Research.

Berdasarkan :

1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 ;
2. Permendagri Nomor 64 Tahun 2011;
3. Peraturan Daerah Kabupaten Kediri Nomor 29 Tahun 2008;
4. Peraturan Bupati Kediri Nomor 21 Tahun 2007;
5. Peraturan Bupati Kediri Nomor 55 Tahun 2008;
6. Surat Edaran Bupati Kediri tanggal 6 Januari 2006 Nomor 973/038/418.58/2006 Perihal Penerbitan Rekomendasi PKL / Survey / Riset / PSG / Prakerin dan sejenisnya

Bersama ini diberitahukan bahwa :

Nama : **DIAH SEPTA GITAWATI, S.Kep.Ns.**
Pekerjaan : Mahasiswa Pasca Sarjana
Alamat : Dsn / Ds. / Kec. Ngadiluwih RT 001 / RW 001
Kebangsaan : Indonesia

Diberikan Rekomendasi untuk mengadakan kegiatan dimaksud di Unit / Wilayah Kerja Saudara dengan :

Judul : *Model Individual And Family Self Managemen Terhadap Quality Of Life Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*
Penanggung jawab : 1. Dr. Nursalam, M. Nurs. (Hons)
2. Abu Bakar, S. Kep. Nurs. M.Kep. Sp. KMB.
Waktu : 3 (tiga) bulan sejak tanggal rekomendasi diterbitkan
Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Ngadiluwih
Peserta : -

Penerima rekomendasi wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku dan apabila selesai melaksanakan kegiatannya diwajibkan memberikan laporan.

Demikian Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

a.n. KEPALA BAKESBANGPOLLINMAS
KABUPATEN KEDIRI
Kepala Bidang PKS

HARI UTOMO, S.Sos.
Penata Tingkat I
NIP. 19731001 99301 1 001

TEMBUSAN : Kepada Yth.

1. Ibu Bupati Kediri (sebagai laporan);
2. Sdr. Kepala Bappeda Kab. Kediri;
3. Sdr. Kepala UPTD Puskesmas Ngadiluwih
4. Sdr. Dekan Fak. Keperawatan Unair Surabaya;
5. Sdr. Yang bersangkutan.



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

Nomor : 11-284/UN3.14/PPd/2013

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

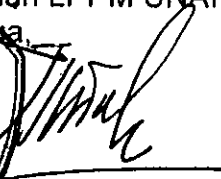
**"Model *Self Management* Individu dan Keluarga
Terhadap *Quality of Life* Penderita Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2
di Wilayah Kerja Puskesmas Ngadiluwih Kediri"**

Peneliti : **Diah Septa Gitawati, S.Kep.Ns.**
Program Studi / Fakultas : **Magister Keperawatan – FKp Universitas Airlangga**
Unit/Lab. Tempat Penelitian : **UPTD Puskesmas Ngadiluwih - Kediri**

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 21 Maret 2013

Komis Etik Penelitian LPPM UNAIR




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

Lampiran 3

LEMBAR PENJELASAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Diah Septa Gitawati, S.Kep., Ns

NIM : 131141034

Mahasiswa : Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul **“Model *Self Management* individu dan keluarga terhadap *Quality of Life* penderita Diabetes mellitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih”**

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

1. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengaruh *Model Individual & Family Self Management* terhadap *quality of life* penderita Diabetes Mellitus tipe 2.
2. Manfaat penelitian ini adalah mengembangkan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medical bedah dan keperawatan komunitas. Manfaat untuk responden adalah meningkatkan peran serta keluarga dalam manajemen diri penderita Diabetes mellitus tipe 2 agar kualitas hidup (*quality of life*) mengalami peningkatan.
3. Penelitian ini akan diawali dengan pengumpulan data melalui pengisian kuesioner yang dilakukan oleh responden dan keluarga. Selanjutnya dilakukan *focused group discussion* untuk merumuskan isu strategis dan penyusunan panduan bagi penderita diabetes mellitus (responden). Kemudian responden dan keluarganya menerapkan isi dari panduan tersebut untuk kemudian dievaluasi oleh peneliti kualitas hidupnya setelah penerapan panduan tersebut.
4. Selama proses penerapan panduan, peneliti akan memantau perkembangan penerapan tersebut dengan kunjungan rumah satu minggu sekali dan pada minggu ke empat penerapan akan dilakukan evaluasi *quality of life* (kualitas hidup) sebagai evaluasi terakhir.
5. Kegiatan penelitian ini telah mendapat persetujuan dari kepala Puskesmas Ngadiluwih, dalam hal ini yaitu bapak dr. Imron Effendi dan atas

sepengetahuan bapak Sudarmin, SKM sebagai coordinator promkes Puskesmas Ngadiluwih.

6. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden dan apabila ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi saya (Diah Septa Gitawati) di 081357204172 dengan alamat Jln. Raya Ngadiluwih No.7 Ngadiluwih Kediri.
 7. Pada akhir penelitian, responden akan mendapatkan penghargaan berupa cenderamata dari peneliti.
 8. Keikutsertaan dalam penelitian ini bukan suatu paksaan, melainkan atas dasar sukarela. Oleh karena itu Bapak/Ibu/Saudara berhak memutuskan untuk melanjutkan ataupun menghentikan keikutsertaan karena alasan tertentu yang dikomunikasikan kepada peneliti.
 9. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan.
 10. Semua responden akan mendapat perlindungan dan perlakuan yang sama
- Dengan penjelasan tersebut diatas, kami harap Bapak/Ibu/Saudara bersedia menjadi responden penelitian ini. Atas kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Kediri,.....2013

Yang menerima penjelasan

Peneliti

Diah Septa Gitawati

Saksi

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Bapak/Ibu/Saudara Calon Responden

Di Wilayah Kerja Puskesmas Ngadiluwih

Kediri

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini Diah Septa Gitawati, S.Kep., Ns, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, bermaksud mengadakan penelitian dengan judul :

Model Self Management Individu dan Keluarga terhadap *Quality of Life* penderita Diabetes Melitus tipe 2

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

Hormat saya,

Diah Septa Gitawati

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

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

Nama : Diah Septa Gitawati

NIM : 131141034

Judul : **“Model *Self Management* Individu dan Keluarga terhadap *Quality of Life* penderita Diabetes mellitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Ngadiluwih”**

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

Kediri,2013

*Coret yang tidak perlu

Lampiran 6

LEMBAR PERTANYAAN PENELITIAN

Judul Penelitian : : **“Model *Self Management* Individu dan Keluarga terhadap *Quality of Life* penderita Diabetes mellitus tipe 2”**

A. DATA DEMOGRAFI

Nama responden :(boleh inisial)

Usia :tahun

Jenis kelamin : laki-laki/perempuan *)

Alamat :

..... (harus diisi)

Telp :(harus diisi)

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

Pekerjaan saat ini : a. tidak bekerja
b. bekerja

Pendapatan perbulan : a. tidak berpenghasilan
b. < Rp 1 juta
c. Rp 1 juta – Rp 2 juta
d. > Rp 2 juta

Lama menderita diabetes: a. < 1 tahun
b. 1-3 tahun
c. 3-5 tahun
d. > 5 tahun

B. Petunjuk Pengisian :

1. Sebelum menjawab pertanyaan, dimohon membaca dengan teliti setiap pertanyaan
2. Semua jawaban adalah benar dan tidak ada jawaban salah
3. Semua jawaban akan dirahasiakan dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian ini
4. Cara menjawab sesuai petunjuk masing-masing kuesioner

Lampiran 7

KUESIONER A
PENGETAHUAN DAN KEPERCAYAAN

Petunjuk :

1. Daftar pertanyaan dibawah ini menyangkut keyakinan anda, harapan anda dan kesulitan anda terkait penatalaksanaan diabetes anda
2. Silahkan dibaca masing-masing pertanyaan dengan cermat kemudian lingkarilah angka dibawah pertanyaan yang paling sesuai

No	Pertanyaan	Tidak yakin	Sedikit yakin	Yakin	Sangat yakin
1	Seberapa yakinkah anda pada kemampuan anda untuk menahan nafsu makan anda pada makanan yang seharusnya anda hindari (misalnya gorengan, daging tinggi lemak, kulit ayam)?	1	2	3	4
2	Seberapa yakinkah anda pada kemampuan anda untuk latihan fisik (olahraga) secara teratur?	1	2	3	4
3	Seberapa yakinkah anda pada kemampuan anda untuk patuh meminum obat yang diberikan?	1	2	3	4
4	Seberapa yakinkah anda pada kemampuan anda untuk menjaga kadar gula darah anda pada nilai normal?	1	2	3	4
5	Seberapa yakinkah anda pada kemampuan anda untuk melakukan perawatan kaki (misalnya melakukan senam kaki, mengganti alas kaki secara teratur)?	1	2	3	4

No	Pertanyaan	Tidak berharap sama sekali	Sedikit berharap	Sering berharap	Selalu berharap
6	Seberapa besarkah harapan anda, bahwa dengan mengikuti diet diabetes dapat mengontrol diabetes anda?	1	2	3	4
7	Seberapa besarkah harapan anda bahwa dengan mengkonsumsi obat sesuai anjuran dapat mengontrol	1	2	3	4

	diabetes anda?				
8	Seberapa besarkah harapan anda bahwa latihan fisik dapat mengontrol diabetes anda?	1	2	3	4
9	Seberapa besarkah harapan anda bahwa dengan mengukur gula darah anda dapat mengontrol diabetes anda?	1	2	3	4
10	Seberapa besarkah harapan anda bahwa dengan melakukan perawatan kaki dapat menunda atau mencegah komplikasi jangka panjang diabetes (misalnya luka diabetes)?	1	2	3	4

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
11	Seberapa sering anda merasa kesulitan untuk melaksanakan pengelolaan diabetes anda?	4	3	2	1
12	Seberapa sering anda bingung dengan kondisi kesehatan anda?	4	3	2	1
13	Seberapa sering anda merasa capek, bosan dan putus asa dengan pengelolaan diabetes anda?	4	3	2	1
14	Seberapa sering anda merasa khawatir dengan masa depan anda terkait dengan kondisi kesehatan anda?	4	3	2	1
15	Seberapa sering anda merasa tidak akan mencapai target anda? (misalnya : tes gula darah selalu normal)	4	3	2	1

Lampiran 8

KUESIONER B
KEMAMPUAN REGULASI DIRI

Petunjuk :

1. Daftar pertanyaan dibawah ini adalah alasan-alasan yang melatarbelakangi anda dalam pengelolaan penyakit Diabetes mellitus anda.
2. Silahkan dibaca dengan cermat masing-masing pertanyaan, kemudian lingkariilah angka disamping pertanyaan yang menunjukkan perasaan anda pada pengelolaan penyakit Diabetes mellitus anda.

No	Pertanyaan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1	Saya terbiasa untuk fokus pada rencana yang telah saya buat, agar tujuan saya tercapai	1	2	3	4
2	Saya tidak memperdulikan efek dari tindakan saya sampai itu terlambat	4	3	2	1
3	Saya mampu mencapai tujuan yang saya tetapkan sendiri	1	2	3	4
4	Saya terbiasa menunda untuk mengambil keputusan	4	3	2	1
5	Jika saya ingin berubah, saya percaya bahwa saya bisa berubah	1	2	3	4
6	Ketika saya harus memutuskan tentang sesuatu, biasanya saya selalu kewalahan karena banyaknya pilihan	4	3	2	1
7	Saya dapat fokus pada suatu perencanaan yang dapat bekerja dengan baik	1	2	3	4
8	Jika saya punya masalah, saya segera mencari solusinya	1	2	3	4
9	Saya punya banyak kemauan	1	2	3	4
10	saya selalu fokus terhadap apa yang saya kerjakan	1	2	3	4
11	Saya mampu menahan godaan yang mengganggu konsentrasi saya	1	2	3	4
12	Saya cenderung untuk terus melakukan hal yang sama meskipun itu tidak berhasil	4	3	2	1
13	Sekali saya punya tujuan, saya biasanya langsung merencanakan bagaimana mencapainya	1	2	3	4

14	Sering saya tidak memperhatikan apa yang saya kerjakan sampai seseorang mengingatkan saya	4	3	2	1
15	Saya biasa berpikir sebelum bertindak	1	2	3	4
16	Saya belajar dari kesalahan	1	2	3	4
17	Saya tahu keinginan saya	1	2	3	4
18	Saya mudah menyerah	4	3	2	1

Lampiran 9

KUESIONER C
FASILITASI SOSIAL

Petunjuk :

1. Silahkan dibaca dengan cermat masing-masing pertanyaan, kemudian lingkarilah angka dibawah pertanyaan
2. Tidak ada jawaban salah atau benar dalam kuesioner ini.

No	Pertanyaan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Sangat penting bagi saya bahwa orang lain setuju dengan pengobatan diabetes yang saya pilih	1	2	3	4
2.	Saya akan pergi ke tempat yang bisa mengobati diabetes saya, jika ada teman atau keluarga yang menyarankannya	1	2	3	4
3.	Jika saya memiliki sedikit pengalaman dengan pengobatan diabetes sata, saya sering bertanya pada teman-teman saya tentang hal itu.	1	2	3	4
4.	Saya sering berkonsultasi dengan orang lain untuk membantu memilih alternatif terbaik yang tersedia untuk pengobatan diabetes saya	1	2	3	4
5.	Saya sering mengumpulkan informasi dari teman dan keluarga sebelum saya terlibat dalam pengobatan diabetes saya	1	2	3	4

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
6.	Seberapa sering keluarga anda mengingatkan anda tentang diet anda?	1	2	3	4
7.	Seberapa sering keluarga anda mengkritik anda ketika anda tidak melakukan latihan fisik (olahraga)?	1	2	3	4
8.	Seberapa sering keluarga memuji anda ketika anda mematuhi diet anda?	1	2	3	4
9	Seberapa sering keluarga anda mengingatkan anda untuk tes gula darah anda?	1	2	3	4
10	Seberapa sering keluarga anda mengingatkan anda untuk mengikuti aturan minum obat sesuai yang dianjurkan dokter?	1	2	3	4
11	Seberapa sering keluarga anda	1	2	3	4

	mendorong dan mengingatkan anda untuk berolahraga?				
12	Seberapa sering keluarga anda memahami anda ketika anda lalai atau lupa dalam melaksanakan pengelolaan diabetes anda?	1	2	3	4
13	Seberapa sering keluarga menjadi tempat anda menceritakan segala permasalahan yang anda hadapi terkait dengan kondisi kesehatan anda?	1	2	3	4
14	Seberapa sering keluarga memberi tahu tentang semua informasi yang didapatkan dari dokter, perawat atau tim kesehatan yang lain kepada anda?	1	2	3	4
15	Seberapa sering keluarga melayani dan membantu ketika anda membutuhkan sesuatu?	1	2	3	4
16	Seberapa sering keluarga anda mengantar atau mendampingi untuk berobat ke pelayanan kesehatan?	1	2	3	4
17	Seberapa sering anda merasa bahwa perawat atau petugas kesehatan yang lain mampu membantu anda terkait kondisi kesehatan anda	1	2	3	4
18	Seberapa sering anda merasa bahwa dengan melakukan terapi pengelolaan diabetes ini akan membantu anda menagtasi masalah kesehatan anda?	1	2	3	4
19	Seberapa sering anda merasa bahwa perawat anda atau petugas kesehatan yang lain mengerti apa yang anda inginkan	1	2	3	4
20	Seberapa sering anda berbeda pendapat dengan perawat atau petugas kesehatan anda ketika berdiskusi tentang kesehatan anda?	4	3	2	1
21	Seberapa sering anda merasa bahwa hubungan anda dengan perawat atau petugas kesehatan yang lain adalah hubungan yang saling menguntungkan?	1	2	3	4

Lampiran 10

KUESIONER D
RINGKASAN AKTIVITAS PERAWATAN MANDIRI DIABETES
(The Summary of Diabetes Self Care Activities (SDSCA))

Petunjuk :

1. Pertanyaan dibawah ini menanyakan tentang aktivitas perawatan diabetes mandiri yang anda lakukan selama 7 hari terakhir
2. Lingkalirah angka disamping pertanyaan yang menggambarkan jumlah hari yang Anda lakukan pada aktivitas tersebut

No	Pertanyaan	Skor						
1	Dalam 7 hari terakhir ini, berapa hari anda mengikuti pola makan yang sehat sesuai dengan diet DM yang yang dianjurkan?	1	2	3	4	5	6	7
2	Dalam 7 hari terakhir ini, berapa hari anda makan lebih dari 5 porsi sayuran dan buah dalam sehari (makanan yang banyak mengandung serat, vitamin dan mineral, misal : 3 porsi sayur dan 2 porsi buah)?	1	2	3	4	5	6	7
3	Dalam 7 hari terakhir ini, berapa hari anda makan makanan yang mengandung lemak tinggi (misal, gorengan, daging tinggi lemak, kulit ayam)?	1	2	3	4	5	6	7
4	Dalam 7 hari terakhir ini, berapa hari anda melakukan aktivitas fisik paling tidak 30 menit? (total waktu dan aktivitas yang anda lakukan secara berurutan, termasuk berjalan dan mengerjakan pekerjaan rumah)	1	2	3	4	5	6	7
5	Dalam 7 hari terakhir ini, berapa hari anda melakukan olahraga, seperti jogging, sepakbola dan lain-lain	1	2	3	4	5	6	7
6	Dalam 7 hari terakhir ini, apakah anda mengikuti aturan minum obat sesuai yang dianjurkan dokter? Berapa hari?	1	2	3	4	5	6	7
7	Dalam 7 hari terakhir ini, apakah anda memeriksakan kadar gula darah? Berapa kali?	1	2	3	4	5	6	7
8	Dalam 7 hari terakhir ini, berapa kali ini anda melakukan tes gula darah sesuai dengan anjuran dokter?	1	2	3	4	5	6	7
9	Berapa hari dalam 7 hari terakhir ini, anda melakukan pemeriksaan terhadap kaki anda?	1	2	3	4	5	6	7
10	Berapa hari dalam 7 hari terakhir ini, anda mengecek sepatu anda atau alas kaki anda? (adanya kerikil, sobek, atau terlalu basah, dll)	1	2	3	4	5	6	7
11	Berapa hari dalam 7 hari terakhir ini, anda selalu mengeringkan kaki anda dengan hati-hati apabila basah, terutama disela-sela jari?	1	2	3	4	5	6	7
12	Berapa hari dalam 7 hari terakhir ini, anda memakai sepatu atau alas kaki yang pas dan nyaman sesuai dengan ukuran kaki anda	1	2	3	4	5	6	7

Lampiran 11

KUESIONER E

KUALITAS HIDUP

Petunjuk :

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

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
1.	Seberapa sering anda menikmati hidup sampai saat ini?	1	2	3	4
2	Seberapa sering anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4
3	Secara umum, seberapa sering anda merasakan rasa aman dalam kehidupan anda sehari-hari?	1	2	3	4
4	Seberapa sering, anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang atau rekreasi?	1	2	3	4
5	Seberapa sering aktivitas anda terganggu karena penyakit kencing manis anda?	4	3	2	1

No	Pertanyaan	Tidak mampu sama sekali	Sedikit	Mampu	Sangat mampu
6	Seberapa besar kemampuan anda yang cukup untuk melakukan aktivitas sehari-hari?	1	2	3	4
7	Seberapa besar kemampuan anda untuk memiliki cukup uang dalam penenuhan hidup sehari-hari?	1	2	3	4
8	Seberapa besar kemampuan anda untuk menggunakan ketersediaan informasi sekitar bagi kehidupan anda?	1	2	3	4

No	Pertanyaan	Sangat tidak puas	Tidak puas	Puas	Sangat puas
9	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda dalam bergaul dengan keluarga dan orang disekitar lingkungan anda?	1	2	3	4
10	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4
11	Seberapa puaskah anda dengan kualitas tidur anda selama ini?	1	2	3	4
12	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4
13	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?	1	2	3	4
14	Seberapa puaskah anda dengan hubungan terhdap kelaurga dan orang disekitar anda?	1	2	3	4
15	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda saat ini?	1	2	3	4
16	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat tinggal anda saat ini?	1	2	3	4
17	Seberapa puaskah anda dengan akses anda ke pelayanan kesehatari di sekitar anda?	1	2	3	4
18	Seberapa puaskah anda dengan media transportasi yang anda miliki?	1	2	3	4
19	Seberapa puaskah anda dengan kesehatan anda?	1	2	3	4
20	Seberapa puaskah anda dengan kualitas hidup anda?	1	2	3	4

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
21	Seberapa sering anda mempunyai perasaan negatif seperti kesepian, putus asa, cemas dan depresi dalam kehidupan anda?	4	3	2	1

Lampiran 12

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)***Focus Group Discussion (FGD)***

Topik	: <i>Focus Group Discussion (FGD)</i> Model <i>Self management</i> individu dan keluarga
Sasaran	: Penderita DM tipe 2 dan keluarga, perawat dan pakar/praktisi DM tipe 2
Waktu	: 60 menit
Hari/tanggal	: , Maret 2013
Tempat	: Menyesuaikan

I. Tujuan**1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Setelah dilakukan FGD akan dapat menetapkan rekomendasi berdasarkan isu strategis mengenai *self management* individu dan keluarga

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti FGD peserta akan dapat:

1. Menguraikan *self management* individu dan keluarga yang meliputi pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial.
2. Menguraikan tentang pelaksanaan *self management* individu dan keluarga yang meliputi pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial yang belum optimal.
3. Menyampaikan tentang upaya dan kendala dalam penerapan *self management* individu dan keluarga yang meliputi pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial.

II. Materi

Terlampir

III. Metode

Focus Group Discussion (FGD)

IV. Alat dan media

1. Panduan diskusi
2. Alat tulis
3. *Power point*
4. LCD

V. Kegiatan FGD

NO.	Tahap & Waktu	Kegiatan Fasilitator	Kegiatan Peserta
1	Pendahuluan 5 menit	Mengucapkan salam Memperkenalkan diri. Menjelaskan tujuan pertemuan. Menjelaskan mekanisme diskusi dan membuat kesepakatan/kontrak waktu.	Menjawab salam. Mendengarkan. Memperhatikan, bertanya. Mendengarkan, menyetujui kontrak waktu yang disepakati.
2	Diskusi 50 menit	Menyampaikan masalah yang ditemukan Menanyakan dan klarifikasi tentang <i>self management</i> individu dan keluarga yang sudah dilaksanakan selama ini Menanyakan dan mengklarifikasi tentang <i>self management</i> individu dan keluarga yang belum optimal Menanyakan dan klarifikasi upaya dan kendala dalam menerapkan <i>self management</i> individu dan keluarga. Memberikan <i>reward</i> atas kerjasama dari bapak/ibu.	Mendengarkan, memperhatikan. Menjawab dengan jujur dan penuh antusias. Menjawab pertanyaan dengan jujur. Menjawab dengan penuh semangat. Mendengarkan.
3	Penutup 5 menit	Menyimpulkan hasil diskusi Mengucapkan terima kasih dan salam penutup.	Mendengarkan dan menanggapi. Mendengarkan, menjawab salam.

VI. Evaluasi

a. Evauasi Struktur

- 1) Sasaran hadir di ruangan sesuai dengan kontrak sebelumnya.
- 2) Peralatan yang dibutuhkan tersedia.

b.Evaluasi Proses

- 1) Sasaran mengikuti kegiatan diskusi dari pembukaan sampai penutup.
- 2) Kegiatan berlangsung sesuai dengan waktu yang ditentukan
- 3) Peserta diskusi berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan.

c.Evaluasi Hasil

- 1) Sasaran dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan dalam diskusi oleh fasilitator.
- 2) Mendapatkan rekomendasi mengenai *self management* individu dan keluarga.

Materi

PANDUAN DISKUSI

Topik : *Focus Group Discussion* (FGD) menetapkan rekomendasi model *self management* individu dan keluarga

Tempat : Menyesuaikan

I. Pendahuluan

Self management merupakan tugas kesehatan sehari-hari yang dilakukan oleh penderita suatu penyakit kronis seperti DM di rumah untuk mengontrol atau mengurangi dampak penyakit pada status kesehatan fisik (Barlow, *et al*, 2002). *Self management* menjadi hal terpenting dalam pengelolaan penyakit DM karena lebih dari 95% dari perawatan diabetes dilakukan oleh pasien sendiri (Funnell, 2011). Pelaksanaan *self management* yang baik dapat dicapai dengan adanya dukungan sosial yang positif bahkan dukungan sosial tersebut juga berperan pada tingkat kualitas hidup penderita DM (Tang, *et al*, 2008).

Keluarga menjadi *support system* yang sangat penting bagi penderita dengan penyakit-penyakit kronis. Perilaku anggota keluarga yang tidak mendukung terapi pengobatan penderita diabetes, berhubungan dengan berkurangnya kepatuhan penderita DM terhadap pengobatannya (Mayberry & Osborn, 2012). Konteks dukungan sosial, khususnya keluarga, secara signifikan berhubungan dengan *self management behavior*. Upaya untuk meningkatkan *self management behavior* harus melibatkan anggota keluarga dari pasien diabetes (Albright, *et al*, 2001). Peningkatan *self management* individu dan keluarga akan menghasilkan *outcome* yang lebih positif.

II. Tujuan diskusi

Menetapkan bersama rekomendasi prosedur pelaksanaan model *self management* individu dan keluarga pada penderita DM tipe 2

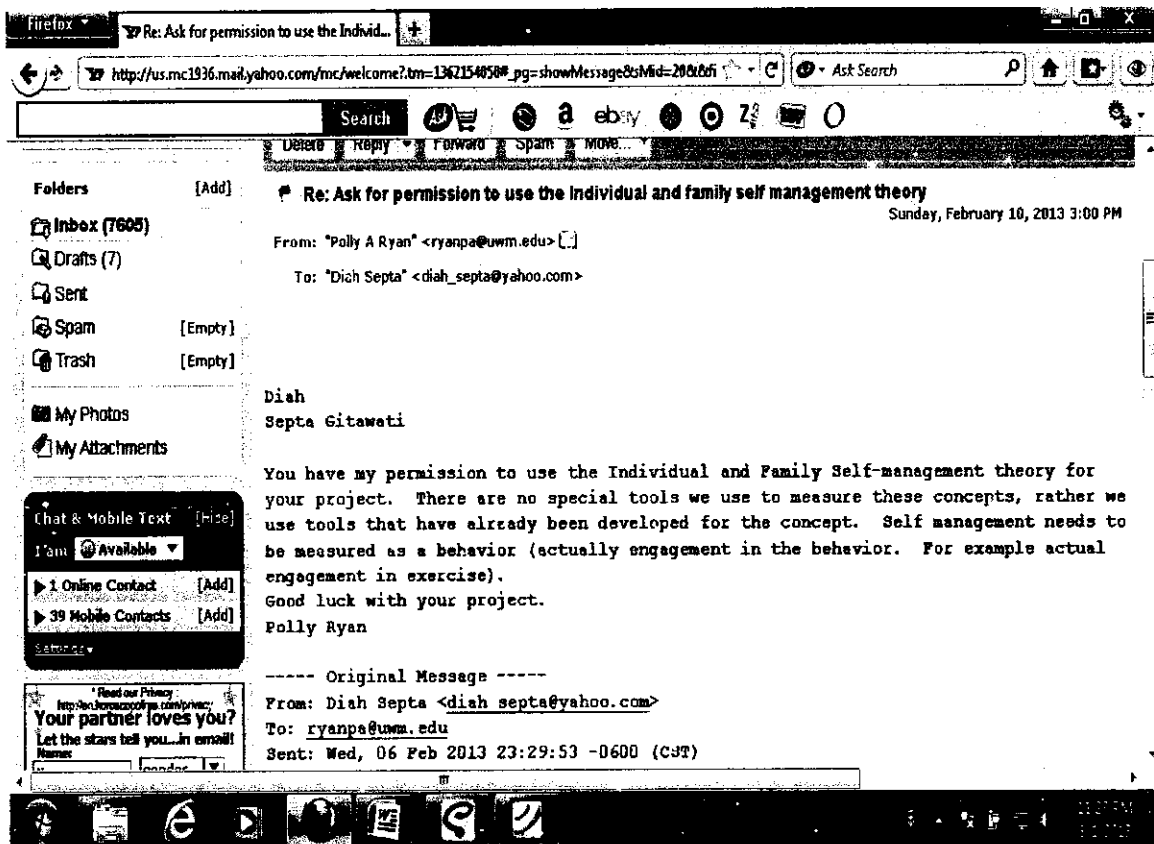
III. Langkah-langkah diskusi

1. Menyampaikan masalah yang ditemukan.
2. Menanyakan pelaksanaan *self management* individu dan keluarga pada penderita DM sebelumnya.
3. Menanyakan kendala pelaksanaan *self management* individu dan keluarga pada penderita DM
4. Menanyakan prosedur model *self management* individu dan keluarga yang sesuai untuk direkomendasikan dan diterapkan.

IV. Evaluasi

1. Evaluasi struktur
Persiapan sasaran dan persiapan peralatan.
2. Evaluasi proses
Keaktifan peserta selama jalannya diskusi.
3. Evaluasi hasil
Sasaran menjawab pertanyaan dan merumuskan serta menetapkan prosedur model *self management* individu dan keluarga pada penderita DM tipe 2 untuk dilaksanakan pada tahap implementasi.

Lampiran 13

PRINT OUT EMAIL IJIN DARI PEMILIK TEORI

DATA DEMOGRAFI KELOMPOK KONTROL

No	Responden	Usia	Sex	Pendidikan	Penghasilan	Pekerjaan	Lama menderita DM
1	Tn. M	2	1	3	2	2	1
2	Ny. W	4	2	2	3	2	4
3	Ny. ST	5	2	2	2	2	4
4	Ny. SJ	5	2	2	1	1	2
5	Tn. SR	4	1	2	2	2	4
6	Ny. MT	5	2	1	2	2	3
7	Ny. HN	3	2	2	1	2	4
8	Tn. S	5	1	2	2	2	3
9	Tn. KS	3	1	3	2	2	3
10	Ny. RB	3	2	3	4	2	4
11	Tn. AM	4	1	3	2	2	4
12	Ny. PR	3	2	3	4	2	3
13	Ny. SK	3	2	3	3	2	3
14	Tn. SG	2	1	4	4	2	1
15	Ny. SM	4	2	3	3	2	4
16	Ny. SR	2	2	3	2	2	3
17	Ny. GN	5	2	2	2	2	4
18	Ny. KS A	5	2	1	2	2	3
19	Tn. HT	4	1	2	1	1	3
20	Ny. NF	5	2	2	1	1	3
21	Ny. SL	5	2	2	2	2	2
22	Tn. PG	1	1	4	3	2	3
23	Ny. SPT	2	2	3	2	2	3
24	Ny. SPM	5	2	2	1	1	4
25	Ny. PS	5	2	2	4	2	4
26	Ny. SA	4	2	2	1	1	3
27	Ny. YK	2	2	4	3	2	2
28	Ny. GT	5	2	1	1	1	4
29	Ny. SW	4	2	1	1	1	3
30	Ny. TS	1	2	4	1	1	3

Keterangan :

Umur :

1 = 40-45
 2 = 45-50
 3 = 50-55
 4 = 55-60
 5 = 60-65

Jenis kelamin :

1 = laki-laki
 2 = perempuan

Pendidikan :

1 = tidak tamat SD
 2 = tamat SD
 3 = tamat SMP
 4 = tamat SMA

Pekerjaan :

1 = tidak bekerja
 2 = tidak bekerja

Penghasilan :

1 = tidak berpenghasilan
 2 = < 1 jt
 3 = 1 juta - 2 juta
 4 = > 2 juta

lama menderita DM

1 = < 1 tahun
 2 = 1-3 tahun
 3 = 3 - 5 tahun
 4 = > 5 tahun

DATA DEMOGRAFI KELOMPOK PERLAKUAN

No	Responden	Usia	Sex	Pendidikan	Penghasilan	Pekerjaan	Lama menderita DM
1	Ny. SAM	1	2	4	4	2	2
2	Ny. PN	5	2	1	2	2	4
3	Ny. KS B	5	2	1	2	2	3
4	Tn. KS	3	1	3	3	2	1
5	Ny. KP	2	2	4	4	2	2
6	Ny. SKN	3	2	3	2	2	3
7	Ny. TH	3	2	3	3	2	3
8	Ny. SKM	2	2	3	3	2	2
9	Tn. HT	3	1	4	4	2	3
10	Tn. MKL	5	1	1	1	1	4
11	Ny. IT	4	2	2	1	1	3
12	Tn. IM	5	1	2	2	2	3
13	Ny. SL	2	2	3	4	2	3
14	Ny. TN	4	2	2	1	1	4
15	Ny. SAN	5	2	2	1	1	4
16	Ny. KSN	4	2	3	2	2	1
17	Ny. STY	5	2	2	2	2	3
18	Ny. RMN A	2	2	2	3	2	3
19	Tn. RSL	5	1	1	1	1	4
20	Ny. RMN B	5	2	2	1	1	4
21	Tn. MSL	2	1	4	2	2	4
22	Tn. JL	4	1	3	3	2	4
23	Tn. UL	2	1	4	4	2	3
24	Tn. AKH	2	1	4	4	2	2
25	Ny. MKY	3	2	3	3	2	1
26	Ny. JMN	5	2	2	1	1	4
27	Tn. SYN	1	1	3	4	2	3
28	Tn. IMM H	4	1	2	2	2	2
29	Ny. RM	1	2	3	2	2	3
30	Ny. SMH	3	2	2	3	2	3

Keterangan :

Umur :
1 = 40-45
2 = 45-50
3 = 50-55
4 = 55-60
5 = 60-65

Jenis kelamin :
1 = laki-laki
2 = perempuan

Pendidikan :
1 = tidak tamat SD
2 = tamat SD
3 = tamat SMP
4 = tamat SMA

Pekerjaan :
1 = tidak bekerja
2 = bekerja

Penghasilan :
1 = tidak berpenghasilan
2 = < 1 jt
3 = 1 juta - 2 juta
4 = > 2 juta

lama menderita DM
1 = < 1 tahun
2 = 1-3 tahun
3 = 3 - 5 tahun
4 = > 5 tahun

KUESIONER A KELOMPOK KONTROL

No	Responden	Usia	Sex	Self efficacy					JML	KATEGORI	outcome expectancy					JML	KATEGORI	Goal congruence					JML	KATEGORI	TOTAL	KATEGORI	
				1	2	3	4	5			6	7	8	9	10			11	12	13	14	15					
1	Tn. M	50	L	2	3	2	2	3	12	CUKUP	2	2	3	3	3	13	CUKUP	CUKUP	3	2	3	2	3	13	CUKUP	38	CUKUP
2		58	P	4	2	3	4	2	15	CUKUP	3	2	3	4	2	14	CUKUP	CUKUP	4	3	1	3	4	15	CUKUP	44	CUKUP
3	Ny. ST	60	P	2	2	2	2	4	12	CUKUP	4	4	3	2	2	15	CUKUP	CUKUP	3	3	2	2	2	12	CUKUP	39	CUKUP
4		61	P	2	3	2	2	2	11	KURANG	2	2	4	2	3	13	CUKUP	CUKUP	2	2	2	3	3	12	CUKUP	36	CUKUP
5	Tn. SR	60	L	3	3	3	3	4	16	BAIK	3	3	3	3	2	14	CUKUP	CUKUP	3	3	3	2	2	13	CUKUP	43	CUKUP
6		65	P	3	4	4	2	4	17	BAIK	3	3	2	3	3	14	CUKUP	CUKUP	2	4	3	3	4	16	BAIK	47	BAIK
7	Ny. HN	54	P	2	3	3	3	2	13	CUKUP	4	2	4	3	2	15	CUKUP	CUKUP	2	3	3	4	2	14	CUKUP	42	CUKUP
8		61	L	4	2	3	2	4	15	CUKUP	3	4	3	4	2	16	BAIK	BAIK	3	3	2	3	3	14	CUKUP	45	CUKUP
9	Tn. KS	55	L	3	3	4	2	1	13	CUKUP	3	4	4	3	4	18	BAIK	BAIK	3	3	3	3	3	15	CUKUP	46	BAIK
10		52	P	2	3	2	2	2	11	KURANG	3	3	3	3	2	14	CUKUP	CUKUP	2	3	2	3	2	12	CUKUP	37	CUKUP
11	Tn. AM	58	L	2	3	3	2	2	12	CUKUP	4	2	3	4	2	15	CUKUP	CUKUP	1	3	3	2	3	12	CUKUP	39	CUKUP
12		53	P	2	3	3	3	3	14	CUKUP	3	3	3	3	2	14	CUKUP	CUKUP	2	3	3	4	3	15	CUKUP	43	CUKUP
13	Ny. SK	54	P	2	2	3	2	3	12	CUKUP	3	3	3	3	3	15	CUKUP	CUKUP	3	2	2	3	2	12	CUKUP	39	CUKUP
14		49	L	2	3	3	3	3	14	CUKUP	2	3	4	4	3	16	BAIK	BAIK	2	4	2	3	4	15	CUKUP	45	CUKUP
15	Ny. SM	57	P	2	3	3	3	2	13	CUKUP	3	3	3	4	3	16	BAIK	BAIK	2	3	3	3	3	14	CUKUP	43	CUKUP
16		50	P	3	3	2	3	2	13	CUKUP	3	2	4	3	2	14	CUKUP	CUKUP	3	3	4	3	2	15	CUKUP	42	CUKUP
17	Ny. GN	65	P	2	3	2	2	3	12	CUKUP	4	3	2	3	4	16	BAIK	BAIK	3	2	3	4	4	16	BAIK	44	CUKUP
18		65	P	3	3	3	2	2	13	CUKUP	3	3	3	3	3	15	CUKUP	CUKUP	3	4	3	2	3	15	CUKUP	43	CUKUP
19	Tn. HT	60	L	3	2	3	2	2	12	CUKUP	2	4	4	4	3	17	BAIK	BAIK	3	3	4	3	4	17	BAIK	46	BAIK
20		65	P	2	3	3	3	3	14	CUKUP	2	3	3	3	2	13	CUKUP	CUKUP	2	3	3	3	2	13	CUKUP	40	CUKUP
21	Ny. SL	65	P	4	3	2	4	3	16	BAIK	2	2	3	3	4	14	CUKUP	CUKUP	2	3	2	3	4	14	CUKUP	44	CUKUP
22		45	L	2	2	1	1	2	8	KURANG	2	2	2	2	2	10	KURANG	KURANG	2	2	2	2	2	10	KURANG	39	KURANG
23	Tn. PG	50	P	2	2	3	4	2	13	CUKUP	3	3	2	3	3	14	CUKUP	CUKUP	2	2	3	4	3	14	CUKUP	41	CUKUP
24		62	P	3	4	3	3	3	16	BAIK	4	3	4	3	3	17	BAIK	BAIK	4	3	3	3	4	17	BAIK	50	BAIK
25	Ny. SPM	65	P	1	2	2	3	2	10	KURANG	2	3	2	2	2	11	KURANG	KURANG	1	2	2	2	2	9	KURANG	38	KURANG
26		60	P	1	2	2	3	2	10	KURANG	2	3	3	2	3	13	CUKUP	CUKUP	2	3	2	1	3	11	KURANG	39	CUKUP
27	Ny. YK	47	P	3	3	3	4	3	16	BAIK	3	3	4	3	3	16	BAIK	BAIK	3	3	3	3	4	16	BAIK	48	BAIK
28		63	P	4	3	3	4	3	17	BAIK	4	3	3	4	4	18	BAIK	BAIK	3	2	2	2	3	12	CUKUP	47	BAIK
29	Ny. SW	60	P	3	3	2	2	3	13	CUKUP	2	2	2	3	3	12	CUKUP	CUKUP	2	2	3	2	3	12	CUKUP	37	CUKUP
30		45	P	4	3	4	2	3	16	BAIK	2	3	3	3	3	14	CUKUP	CUKUP	3	2	3	2	4	14	CUKUP	44	CUKUP

Skor Total BAIK = 46 - 60 Skor Self baik = 16-20 Skor outcome baik = 16-20 Skor goal baik = 16-20

CUKUP = 34 - 45 efficacy cukup = 12-15 expectancy cukup = 12-15 congruence cukup = 12-15

KURANG = 15-33 kurang = 5-11 kurang = 5-11 kurang = 5-11 kurang = 5-11 kurang = 5-11

KUJESIONER A KELOMPOK PERLAKUAN

No	Responden	Usia	Sex	Self efficacy					JML	KATEGORI	outcome expectancy						JML	KATEGORI	Goal congruence					JML	KATEGORI	TOTAL	KATEGORI
				1	2	3	4	5			6	outcome expectancy				11			Goal congruence								
												7	8	9	10				12	13	14	15					
1	Ny. SAM	45	P	3	3	3	3	2	14	CUKUP	2	3	3	4	2	14	CUKUP	3	3	3	3	2	14	CUKUP	42	CUKUP	
2	Ny. PN	65	P	2	3	3	3	3	14	CUKUP	3	3	4	3	2	15	CUKUP	3	3	3	3	3	15	CUKUP	44	CUKUP	
3	Ny. KS B	65	P	2	3	3	3	3	14	CUKUP	3	3	3	4	3	16	BAIK	3	3	3	3	4	16	BAIK	46	BAIK	
4	Tn. KS	55	L	2	3	3	3	3	14	CUKUP	3	3	4	4	3	17	BAIK	2	4	2	4	2	14	CUKUP	45	CUKUP	
5	Ny. KP	49	P	4	4	3	3	4	18	BAIK	2	3	4	4	3	16	BAIK	3	3	4	3	3	16	BAIK	50	BAIK	
6	Ny. SKN	53	P	2	3	3	2	3	13	CUKUP	4	3	2	2	3	14	CUKUP	3	3	3	3	2	14	CUKUP	41	CUKUP	
7	Ny. TH	55	P	3	4	4	2	3	16	BAIK	3	4	2	4	2	15	CUKUP	3	4	2	2	4	15	CUKUP	46	BAIK	
8	Ny. SKM	50	P	2	2	2	2	2	10	KURANG	3	2	2	3	3	13	CUKUP	3	2	3	2	3	13	CUKUP	36	CUKUP	
9	Tn. HT	55	L	3	3	3	4	2	15	CUKUP	2	3	2	3	3	13	CUKUP	3	2	4	2	2	13	CUKUP	41	CUKUP	
10	Tn. MKL	65	L	2	4	3	2	3	14	CUKUP	2	4	3	3	3	15	CUKUP	2	3	3	3	4	15	CUKUP	44	CUKUP	
11	Ny. IT	60	P	3	3	3	1	4	15	CUKUP	4	4	3	3	3	17	BAIK	3	3	4	3	4	17	BAIK	49	BAIK	
12	Tn. IM	62	L	2	1	2	2	2	9	KURANG	2	1	1	2	2	8	KURANG	2	2	2	2	2	10	KURANG	38	KURANG	
13	Ny. SL	50	P	2	1	2	2	1	8	KURANG	3	3	3	2	2	13	CUKUP	2	2	2	2	3	11	KURANG	32	KURANG	
14	Ny. TN	60	P	3	3	3	3	3	15	CUKUP	3	2	2	3	2	12	CUKUP	4	2	2	2	2	12	CUKUP	39	CUKUP	
15	Ny. SAN	65	P	3	2	3	3	3	14	CUKUP	4	4	4	3	2	17	BAIK	3	3	4	4	3	17	BAIK	48	BAIK	
16	Ny. KSN	57	P	4	2	3	3	4	16	BAIK	3	4	4	1	2	14	CUKUP	3	2	4	3	2	14	CUKUP	44	CUKUP	
17	Ny. STY	64	P	2	2	2	2	2	10	KURANG	2	1	2	2	3	10	KURANG	2	3	1	2	2	10	KURANG	30	KURANG	
18	Ny. RMN A	50	P	1	2	2	2	2	9	KURANG	2	2	2	3	3	12	CUKUP	2	2	2	3	3	12	CUKUP	33	KURANG	
19	Tn. RSL	65	L	3	2	3	2	4	14	CUKUP	3	3	4	3	3	16	BAIK	4	2	3	4	3	16	BAIK	46	BAIK	
20	Ny. RMN B	60	P	2	3	4	4	3	16	BAIK	3	4	4	4	3	18	BAIK	3	4	4	4	3	18	BAIK	52	BAIK	
21	Tn. MSL	46	L	2	3	3	3	4	15	CUKUP	2	2	4	2	4	14	CUKUP	4	2	2	3	3	14	CUKUP	43	CUKUP	
22	Tn. JL	56	L	3	2	2	2	3	12	CUKUP	1	2	4	1	4	12	CUKUP	2	2	2	3	3	12	CUKUP	36	CUKUP	
23	Tn. UL	49	L	3	3	3	4	3	16	BAIK	4	4	3	3	4	18	BAIK	3	4	4	4	2	17	BAIK	51	BAIK	
24	Tn. AKH	49	L	3	4	2	3	4	16	BAIK	2	2	3	2	4	13	CUKUP	4	1	4	2	2	13	CUKUP	42	CUKUP	
25	Ny. MKY	55	P	3	3	3	4	3	16	BAIK	2	2	3	3	2	12	CUKUP	2	3	3	3	2	13	CUKUP	41	CUKUP	
26	Ny. JMN	65	P	2	2	3	2	2	11	KURANG	3	2	3	2	3	13	CUKUP	2	2	4	3	2	13	CUKUP	37	CUKUP	
27	Tn. SYN	45	L	4	3	3	4	4	18	BAIK	3	2	4	2	2	13	CUKUP	3	2	4	2	2	13	CUKUP	44	CUKUP	
28	Tn. IMMH	57	L	4	4	3	3	4	18	BAIK	3	4	3	2	3	15	CUKUP	3	3	3	4	4	17	BAIK	50	BAIK	
29	Ny. RM	45	P	3	3	2	2	2	12	CUKUP	4	2	3	3	4	16	BAIK	2	3	4	3	4	16	BAIK	44	CUKUP	
30	Ny. SMH	52	P	4	2	3	2	2	13	CUKUP	3	4	2	4	3	16	BAIK	3	3	3	3	3	15	CUKUP	44	CUKUP	

KUESIONER B KELOMPOK KONTROL

No	Responden	Usia	Sex	goal sett	JML	KATEGORI	self monitoring					JML	KATEGORI	DECISION		ACTION PLAN				JML	KATEGORI	SELF EVAL		EMOTIONAL C.				KATEGORI	TOTAL	KATEGORI					
							1	2	3	5	12			15	17	4	6	7	8			10	13	9	14	11	16				18				
1	Martin	50	L	2	2	4	KURANG	3	2	2	2	11	KURANG	2	1	3	KURANG	3	2	2	2	9	CUKUP	2	2	4	KURANG	1	2	2	5	KURANG	47	CUKUP	
2	Wakni	58	P	3	3	6	CUKUP	3	4	2	3	15	CUKUP	2	3	5	CUKUP	4	2	2	3	11	CUKUP	4	2	6	CUKUP	4	2	3	9	CUKUP	53	CUKUP	
3	Suliyah	60	P	2	2	4	KURANG	2	2	3	1	10	KURANG	3	2	5	CUKUP	2	2	2	2	8	KURANG	2	2	4	KURANG	2	2	2	6	KURANG	49	CUKUP	
4	Suljati	61	P	2	3	5	CUKUP	2	2	4	2	13	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	3	2	3	10	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	2	3	7	CUKUP	44	CUKUP	
5	Suroso	60	L	2	2	4	KURANG	3	2	2	3	11	KURANG	2	1	3	KURANG	2	2	2	2	8	KURANG	2	2	4	KURANG	2	2	2	6	KURANG	54	CUKUP	
6	Mutiha	65	P	4	3	7	BAIK	3	2	4	2	15	CUKUP	4	4	8	BAIK	4	2	4	3	13	BAIK	4	3	7	BAIK	3	3	4	10	BAIK	58	BAIK	
7	Hanik	54	P	2	1	3	KURANG	2	2	2	2	10	KURANG	2	2	4	KURANG	2	2	2	2	8	KURANG	2	1	3	KURANG	1	2	2	5	KURANG	46	KURANG	
8	Salah	61	L	4	2	6	CUKUP	4	2	3	2	15	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	3	2	2	9	CUKUP	3	2	5	CUKUP	4	2	3	9	CUKUP	50	CUKUP	
9	Kisman	55	L	3	3	6	CUKUP	2	4	4	2	14	CUKUP	1	4	5	CUKUP	2	4	2	3	9	CUKUP	4	2	6	CUKUP	2	2	3	7	CUKUP	55	CUKUP	
10	Robiyah	52	P	2	3	5	CUKUP	2	2	3	3	11	KURANG	2	2	4	KURANG	2	2	2	2	8	KURANG	2	2	4	KURANG	4	3	2	9	CUKUP	42	KURANG	
11	Aminudin	58	L	3	3	6	CUKUP	2	4	2	4	13	CUKUP	3	3	6	CUKUP	3	3	3	3	12	CUKUP	3	3	6	CUKUP	4	2	3	9	CUKUP	46	CUKUP	
12	Pati	53	P	2	3	5	CUKUP	2	3	2	3	13	CUKUP	2	3	5	CUKUP	4	2	1	3	10	CUKUP	3	3	6	CUKUP	2	3	2	7	CUKUP	51	CUKUP	
13	Sukati	54	P	2	2	4	KURANG	2	2	1	1	8	KURANG	1	2	3	KURANG	2	3	3	3	11	CUKUP	2	1	3	KURANG	2	2	1	5	KURANG	42	KURANG	
14	Sugito	49	L	3	3	6	CUKUP	3	3	2	2	13	CUKUP	3	2	5	CUKUP	3	3	2	3	11	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	2	3	7	CUKUP	55	BAIK	
15	Sarmiten	57	P	3	3	6	CUKUP	2	2	3	4	15	CUKUP	3	3	6	CUKUP	3	3	3	3	12	CUKUP	4	3	7	BAIK	3	4	4	11	BAIK	55	BAIK	
16	Sringatun	50	P	3	4	7	BAIK	3	2	4	2	15	CUKUP	2	4	6	CUKUP	4	4	2	2	12	CUKUP	4	3	7	BAIK	4	3	3	10	CUKUP	52	CUKUP	
17	Ginah	65	P	2	3	5	CUKUP	3	2	2	3	13	CUKUP	3	2	5	CUKUP	2	3	3	2	10	CUKUP	3	2	5	CUKUP	3	3	3	9	CUKUP	57	BAIK	
18	Kasih	65	P	1	2	3	KURANG	2	2	2	2	10	KURANG	1	2	3	KURANG	2	2	2	1	7	KURANG	2	2	4	KURANG	3	2	2	7	CUKUP	46	CUKUP	
19	Hartoni	60	L	3	3	6	CUKUP	2	4	3	3	14	CUKUP	4	3	7	BAIK	4	3	3	2	12	CUKUP	3	2	5	CUKUP	3	2	3	8	CUKUP	55	BAIK	
20	Nafisah	65	P	3	3	6	CUKUP	4	4	2	2	13	CUKUP	2	3	5	CUKUP	4	3	2	2	11	CUKUP	3	3	6	CUKUP	4	4	3	11	BAIK	49	CUKUP	
21	Sulastr	65	P	3	4	7	BAIK	3	4	2	3	16	BAIK	3	2	5	CUKUP	2	4	4	3	13	BAIK	4	2	6	CUKUP	4	4	3	11	BAIK	50	CUKUP	
22	Puguh	45	L	2	4	6	CUKUP	3	4	2	4	15	CUKUP	2	3	5	CUKUP	3	4	2	2	11	CUKUP	3	3	6	CUKUP	4	4	4	12	BAIK	40	KURANG	
23	Suparti	50	P	2	3	5	CUKUP	3	2	3	3	14	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	2	4	3	11	CUKUP	3	3	6	CUKUP	2	4	3	9	CUKUP	52	CUKUP	
24	Suparmi	62	P	3	4	7	BAIK	4	4	2	4	17	BAIK	2	3	5	CUKUP	2	3	3	4	12	CUKUP	4	4	8	BAIK	4	4	4	12	BAIK	56	BAIK	
25	Pasmimi	65	P	3	2	5	CUKUP	3	2	2	2	11	KURANG	2	3	5	CUKUP	3	2	2	3	10	CUKUP	3	4	7	BAIK	3	2	2	7	CUKUP	40	KURANG	
26	Sriatun	60	P	2	3	5	CUKUP	2	2	1	2	9	KURANG	4	2	6	CUKUP	3	3	2	2	10	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	3	2	7	CUKUP	38	KURANG	
27	Yayuk	47	P	2	4	6	CUKUP	3	1	3	4	14	CUKUP	2	3	5	CUKUP	3	3	3	2	1	9	KURANG	2	4	6	CUKUP	4	3	2	9	CUKUP	55	BAIK
28	Ginten	63	P	3	4	7	BAIK	3	2	3	4	14	CUKUP	2	4	6	CUKUP	2	4	6	3	11	CUKUP	3	4	7	BAIK	4	3	2	9	CUKUP	53	CUKUP	
29	Sri Wartini	60	P	2	2	4	KURANG	2	2	2	2	10	KURANG	2	2	4	KURANG	2	2	3	2	9	KURANG	3	2	5	CUKUP	2	1	1	4	KURANG	47	CUKUP	
30	Trislah	45	P	3	4	7	BAIK	3	3	1	2	11	KURANG	3	3	6	BAIK	4	1	3	2	10	CUKUP	3	3	6	CUKUP	2	2	4	8	CUKUP	53	CUKUP	

BAIK = 55 - 72

CUKUP = 41 - 54

KURANG = 18 - 40

KUESIONER B KELOMPOK PERLUKUAN

KUESIONER B KEBERPIKAWAN PENDUKUAN																																			
Responden	No	Usia	Sex	goal sett		JML	KATEGORI	self monitoring					JML	KATEGORI	DECISION		JML	KATEGORI	ACTION PLAN				JML	KATEGORI	SELF EVAL		JML	KATEGORI	EMOTIONAL C.				KATEGORI	TOTAL	
				1	2			3	4	5	6	7			8	9			10	11	12	13			14	15			16	17	18				
111	Siti Aminin	45	P	3	3	6	CUKUP	4	3	3	4	2	16	BAIK	4	2	6	CUKUP	3	3	1	2	9	CUKUP	2	4	6	CUKUP	3	2	1	6	KURANG	47	CUKUP
112	Paini	65	P	4	3	7	BAIK	2	3	4	4	4	17	BAIK	4	4	8	BAIK	2	2	2	2	8	CUKUP	2	2	4	KURANG	4	4	4	12	BAIK	54	CUKUP
120	Kasih	65	P	2	1	3	KURANG	2	4	2	3	2	13	CUKUP	2	2	4	KURANG	3	2	2	3	10	CUKUP	2	2	4	KURANG	2	2	2	6	KURANG	52	CUKUP
4	Kasri	55	L	3	3	6	CUKUP	2	3	2	4	3	14	CUKUP	3	4	7	BAIK	2	2	4	3	11	CUKUP	3	3	6	CUKUP	3	4	4	11	BAIK	53	CUKUP
5	Kiptiyah	49	P	4	3	7	BAIK	3	4	3	4	4	18	BAIK	4	4	8	BAIK	4	5	3	4	14	BAIK	3	4	7	BAIK	2	2	3	7	CUKUP	56	BAIK
6	Sukinah	53	P	2	3	5	CUKUP	2	2	3	3	4	14	CUKUP	3	3	6	CUKUP	2	1	2	4	9	CUKUP	2	4	6	CUKUP	3	2	2	7	CUKUP	51	CUKUP
7	Thoyimah	55	P	2	3	5	CUKUP	4	4	4	2	2	16	BAIK	3	2	5	CUKUP	3	2	3	3	11	CUKUP	3	3	6	CUKUP	3	2	4	9	CUKUP	54	CUKUP
8	Sukimah	50	P	1	2	3	KURANG	2	2	2	1	3	10	KURANG	2	2	4	KURANG	1	2	2	4	9	CUKUP	1	2	3	CUKUP	2	3	2	7	CUKUP	39	KURANG
9	Hartoyo	55	L	3	2	5	CUKUP	3	4	4	3	3	17	BAIK	2	3	5	CUKUP	4	3	4	3	14	BAIK	4	4	8	BAIK	4	4	4	12	BAIK	43	CUKUP
10	Muklas	65	L	3	3	6	CUKUP	2	3	4	2	3	14	CUKUP	2	2	4	KURANG	2	1	3	4	10	CUKUP	3	4	7	BAIK	3	3	2	8	CUKUP	51	CUKUP
11	Istikomah	60	P	2	3	5	CUKUP	2	4	4	3	4	17	BAIK	4	4	8	BAIK	3	2	2	2	9	CUKUP	4	4	8	BAIK	3	4	4	11	BAIK	55	BAIK
12	Ismuni	62	L	4	3	7	BAIK	2	2	3	2	2	11	KURANG	2	4	6	CUKUP	3	2	2	4	11	CUKUP	3	2	5	CUKUP	2	3	3	8	CUKUP	40	KURANG
13	Silih	50	P	2	3	5	CUKUP	2	3	1	2	1	9	KURANG	2	2	4	KURANG	2	2	2	2	8	KURANG	3	2	5	CUKUP	4	3	2	9	CUKUP	39	KURANG
14	Mbah Tin	60	P	2	2	4	KURANG	2	4	2	2	3	13	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	2	1	4	9	CUKUP	4	3	7	BAIK	3	2	2	7	CUKUP	42	CUKUP
15	Siti Aminah	65	P	3	3	6	CUKUP	4	3	3	3	1	14	CUKUP	3	3	6	CUKUP	2	2	2	2	8	KURANG	3	2	5	CUKUP	4	2	2	8	CUKUP	54	CUKUP
16	Kasini	57	P	3	3	6	CUKUP	4	4	3	3	3	17	BAIK	4	3	7	BAIK	3	4	3	3	13	BAIK	3	4	7	BAIK	4	3	4	11	BAIK	50	CUKUP
17	Subiyem	64	P	4	4	8	BAIK	2	3	2	3	2	12	CUKUP	2	4	6	CUKUP	2	3	3	2	10	CUKUP	4	3	7	BAIK	4	2	3	9	CUKUP	40	KURANG
18	Rumini	50	P	3	3	6	CUKUP	2	2	2	2	3	11	KURANG	2	3	5	CUKUP	2	2	2	2	8	KURANG	2	2	4	KURANG	2	2	2	6	KURANG	48	CUKUP
19	Urip	65	L	4	2	6	CUKUP	3	3	4	3	3	16	BAIK	4	3	7	BAIK	2	4	3	4	13	BAIK	3	4	7	BAIK	3	3	3	9	CUKUP	52	CUKUP
20	Ruminah	60	P	2	2	4	KURANG	2	2	2	2	1	9	KURANG	1	2	3	KURANG	2	2	3	2	9	CUKUP	2	2	4	KURANG	4	2	3	9	CUKUP	58	BAIK
21	Pak Muslih	46	L	2	4	6	CUKUP	3	2	2	4	1	12	CUKUP	2	2	4	KURANG	1	2	2	3	8	KURANG	2	3	5	CUKUP	2	3	3	8	CUKUP	46	CUKUP
22	Pak Jaelani	56	L	4	3	7	BAIK	3	2	1	3	3	12	CUKUP	3	2	5	CUKUP	2	3	3	2	10	CUKUP	3	4	7	BAIK	3	4	2	9	CUKUP	46	CUKUP
23	Pak Urip	49	L	4	2	6	CUKUP	2	3	2	3	4	14	CUKUP	3	3	6	CUKUP	3	2	4	2	11	CUKUP	3	3	6	CUKUP	3	3	3	9	CUKUP	57	BAIK
24	Pak Abdul kh	49	L	4	4	8	BAIK	2	2	2	3	2	11	KURANG	3	4	7	BAIK	3	2	3	2	10	CUKUP	4	4	8	BAIK	2	3	4	9	CUKUP	49	CUKUP
25	Bu mukayat	55	P	3	2	5	CUKUP	4	2	2	3	2	13	CUKUP	4	2	6	CUKUP	1	2	2	4	9	CUKUP	2	4	6	CUKUP	3	4	4	11	BAIK	45	CUKUP
26	Bu Juminen	65	P	4	3	7	BAIK	3	2	4	4	2	15	KURANG	2	3	5	CUKUP	2	2	2	2	8	KURANG	2	4	6	CUKUP	2	4	2	8	CUKUP	42	CUKUP
27	Pak Suyono	45	L	4	4	8	BAIK	3	4	3	4	3	17	BAIK	3	4	7	BAIK	3	2	1	3	9	CUKUP	4	3	7	BAIK	4	4	4	12	BAIK	54	CUKUP
28	Pak Iman M	57	L	3	4	7	BAIK	3	3	4	2	3	15	CUKUP	4	4	8	BAIK	3	2	3	2	10	CUKUP	3	4	7	BAIK	3	4	4	11	BAIK	51	CUKUP
29	Bu Rumiyati	45	P	2	3	5	CUKUP	2	2	3	2	4	13	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	2	3	4	11	CUKUP	3	2	5	CUKUP	3	3	3	9	CUKUP	46	CUKUP
30	Bu Srimonah	52	P	2	1	3	KURANG	2	2	4	3	2	13	CUKUP	2	2	4	KURANG	4	2	4	2	12	CUKUP	2	3	5	CUKUP	2	3	3	8	CUKUP	46	CUKUP

KUESIONER C KELOMPOK KONTROL

No	Responden	Usia	Sex	Social Influence					JML	KATEGORI	Social support																JML	KATEGORI	TOTAL	KATEGORI		
				1	2	3	4	5			6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21						
1	Tn. M	50	L	2	3	3	2	2	12	KURANG	3	2	2	3	2	1	1	3	1	3	23	KURANG	4	2	2	3	3	14	CUKUP	47	KURANG	
2	Ny. W	58	P	4	2	3	3	3	15	CUKUP	2	4	2	4	2	3	4	3	4	3	33	CUKUP	2	4	3	3	3	15	CUKUP	58	CUKUP	
3	Ny. ST	60	P	2	3	3	2	2	12	KURANG	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	21	KURANG	2	3	4	3	4	16	BAIK	46	KURANG	
4	Ny. SJ	61	P	3	2	2	2	2	11	KURANG	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	26	CUKUP	2	3	4	4	4	17	BAIK	50	CUKUP	
5	Tn. SR	60	L	4	3	4	3	2	16	BAIK	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	25	CUKUP	2	4	4	2	4	16	BAIK	48	KURANG	
6	Ny. MT	65	P	4	4	4	3	2	17	BAIK	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	25	CUKUP	3	2	3	3	3	14	CUKUP	60	CUKUP	
7	Ny. HN	54	P	2	3	3	3	2	13	CUKUP	3	1	2	3	3	3	2	3	1	2	3	26	CUKUP	3	3	3	3	3	15	CUKUP	46	KURANG
8	Tn. S	61	L	3	2	3	4	3	15	CUKUP	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	27	CUKUP	2	2	2	3	4	13	CUKUP	50	CUKUP	
9	Tn. KS	55	L	3	3	2	2	3	13	CUKUP	3	2	3	3	3	1	2	2	2	2	3	26	CUKUP	2	2	3	3	3	13	CUKUP	50	CUKUP
10	Ny. RB	52	P	2	2	2	3	2	11	KURANG	2	1	3	3	3	1	1	3	3	4	3	27	CUKUP	2	2	4	3	4	15	CUKUP	48	KURANG
11	Tn. AM	58	L	2	3	3	2	2	12	KURANG	1	2	2	4	2	1	3	2	2	1	2	22	KURANG	3	4	4	3	3	17	BAIK	46	KURANG
12	Ny. PR	53	P	2	3	2	3	4	14	CUKUP	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	27	CUKUP	2	2	1	2	8	KURANG	54	CUKUP		
13	Ny. SK	54	P	2	2	3	2	3	12	KURANG	2	1	3	2	2	3	1	2	3	1	21	KURANG	3	3	2	3	2	13	CUKUP	46	KURANG	
14	Tn. SG	49	L	3	3	3	3	2	14	CUKUP	2	3	3	2	1	1	2	2	2	3	2	23	KURANG	2	3	2	3	2	12	KURANG	47	KURANG
15	Ny. SM	57	P	3	2	3	3	2	13	CUKUP	2	3	1	3	1	4	3	1	1	3	3	25	CUKUP	2	4	4	4	3	17	BAIK	48	KURANG
16	Ny. SR	50	P	3	3	3	2	2	13	CUKUP	3	3	2	3	3	3	3	2	4	1	29	CUKUP	2	3	3	3	3	14	CUKUP	54	CUKUP	
17	Ny. GN	65	P	2	3	2	3	2	12	KURANG	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	28	CUKUP	2	2	2	2	2	10	KURANG	50	CUKUP	
18	Ny. KA	65	P	2	3	3	3	2	13	CUKUP	1	2	2	3	2	2	2	2	2	3	23	KURANG	3	2	2	2	3	12	KURANG	48	KURANG	
19	Tn. HT	60	L	2	3	2	3	2	12	KURANG	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	28	CUKUP	3	4	2	4	3	16	BAIK	52	CUKUP	
20	Ny. NF	65	P	3	2	3	3	3	14	CUKUP	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	28	CUKUP	3	3	4	4	4	18	BAIK	50	CUKUP	
21	Ny. SL	65	P	3	4	3	4	2	16	BAIK	3	3	2	2	3	3	4	3	2	2	29	CUKUP	2	3	3	3	3	14	CUKUP	52	CUKUP	
22	Tn. PG	45	L	1	2	2	2	1	8	KURANG	2	3	3	2	3	1	3	2	2	1	23	KURANG	2	2	2	3	3	12	KURANG	55	CUKUP	
23	Ny. SPT	50	P	3	2	3	3	2	13	CUKUP	3	3	1	1	3	1	3	1	3	4	3	26	CUKUP	2	4	4	4	4	18	BAIK	48	KURANG
24	Ny. SPM	62	P	4	4	2	2	4	16	BAIK	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	29	CUKUP	2	3	2	3	3	13	CUKUP	55	CUKUP	
25	Ny. PS	65	P	2	2	2	2	2	10	KURANG	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	30	CUKUP	2	2	3	3	2	12	KURANG	55	CUKUP	
26	Ny. SA	60	P	2	2	2	2	2	10	KURANG	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	28	CUKUP	2	3	3	2	3	13	CUKUP	52	CUKUP	
27	Ny. YK	47	P	2	4	4	2	4	16	BAIK	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	28	CUKUP	3	3	3	2	2	13	CUKUP	50	CUKUP
28	Ny. GT	63	P	4	4	4	3	2	17	BAIK	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	27	CUKUP	2	4	3	3	3	15	CUKUP	48	KURANG	
29	Ny. SW	60	P	2	3	3	3	2	13	CUKUP	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	21	KURANG	2	3	4	3	4	16	BAIK	47	KURANG
30	Ny. TS	45	P	3	3	3	3	4	16	BAIK	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	29	CUKUP	2	4	3	4	3	16	BAIK	52	CUKUP	

total
BAIK = 64 - 84
CUKUP = 49 - 63
KURANG = 21 - 48

social influence
baik = 16-20
cukup = 13-15
kurang = 5-12

social support
baik = 34-44
cukup = 25-33
kurang = 11-24

DIAH SEPTA GITAWATI

KUESIONER C KELOMPOK PERLUKUAN

No	Responden	Usia	Sex	Social Influence					JML	KATEGORI	Social support																JML	KATEGORI	TOTAL	KATEGORI	
				1	2	3	4	5			6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16										
1	Ny. SAM	45	P	2	3	3	3	2	13	CUKUP	3	1	2	1	1	2	1	2	3	3	22	KURANG	2	3	3	3	3	14	CUKUP	58	CUKUP
2	Ny. PN	65	P	3	3	3	3	3	15	CUKUP	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	28	CUKUP	4	5	2	4	2	15	CUKUP	48	KURANG
3	Ny. KS B	65	P	3	2	2	2	3	12	KURANG	2	2	2	4	2	3	2	2	3	3	27	CUKUP	2	3	4	3	4	16	BAIK	46	KURANG
4	Tn. KS	55	L	3	2	2	3	2	12	KURANG	3	3	1	3	2	3	3	2	3	4	30	CUKUP	4	4	2	3	4	17	BAIK	52	CUKUP
5	Ny. KP	49	P	3	2	2	3	3	13	CUKUP	3	3	4	3	3	4	3	2	3	4	35	BAIK	3	3	4	4	2	16	BAIK	64	BAIK
6	Ny. SKN	53	P	4	3	4	3	2	16	BAIK	1	3	1	3	3	2	2	1	3	2	24	KURANG	2	3	3	4	2	14	CUKUP	55	CUKUP
7	Ny. TH	55	P	2	3	2	4	3	14	CUKUP	4	3	3	3	3	2	3	3	3	4	34	BAIK	2	4	2	3	4	15	CUKUP	64	CUKUP
8	Ny. SKM	50	P	3	2	3	3	3	14	CUKUP	2	2	2	1	2	2	3	2	2	4	24	KURANG	3	2	2	2	4	13	CUKUP	46	KURANG
9	Tn. HT	55	L	3	2	4	3	3	15	CUKUP	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	25	CUKUP	2	3	3	3	2	13	CUKUP	48	KURANG
10	Tn. MKL	65	L	2	3	3	3	1	12	KURANG	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	25	CUKUP	3	3	4	3	2	15	CUKUP	56	CUKUP
11	Ny. IT	60	P	3	2	2	3	2	12	KURANG	2	2	2	3	2	3	1	1	3	3	24	KURANG	4	3	4	3	3	17	BAIK	64	CUKUP
12	Tn. IM	62	L	4	2	3	3	3	15	CUKUP	2	2	1	3	1	2	3	2	1	2	20	KURANG	2	2	1	1	2	8	KURANG	46	KURANG
13	Ny. SL	50	P	2	2	2	3	3	12	KURANG	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	24	KURANG	3	3	3	2	2	13	CUKUP	45	KURANG
14	Ny. TN	60	P	3	3	3	3	3	15	CUKUP	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	26	CUKUP	3	3	2	2	2	12	KURANG	48	KURANG
15	Ny. SAN	65	P	4	3	2	2	3	14	CUKUP	3	2	2	3	3	2	4	2	2	3	28	CUKUP	2	3	4	4	4	17	BAIK	50	BAIK
16	Ny. KSN	57	P	4	3	3	2	3	15	CUKUP	3	3	3	4	3	2	3	2	4	3	34	BAIK	2	3	3	3	3	14	CUKUP	64	BAIK
17	Ny. STY	64	P	4	2	3	4	3	16	BAIK	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	24	KURANG	2	2	2	2	2	10	KURANG	50	CUKUP
18	Ny. RMN A	50	P	3	3	3	3	3	15	CUKUP	1	3	1	3	3	1	1	3	1	3	21	KURANG	3	2	2	3	2	12	KURANG	48	KURANG
19	Tn. RSL	65	L	4	4	3	2	4	17	BAIK	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	27	CUKUP	2	3	4	4	3	16	BAIK	50	CUKUP
20	Ny. RMN B	60	P	4	2	2	2	3	13	CUKUP	2	2	2	2	2	3	2	1	3	3	25	CUKUP	3	4	4	3	4	18	BAIK	45	KURANG
21	Tn. MSL	46	L	2	4	2	3	3	14	CUKUP	3	3	3	4	3	1	3	1	3	2	29	CUKUP	2	3	2	3	4	14	CUKUP	52	CUKUP
22	Tn. JL	56	L	1	2	2	2	3	10	KURANG	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	20	KURANG	3	2	2	2	3	12	KURANG	48	KURANG
23	Tn. UL	49	L	4	2	2	3	3	14	CUKUP	1	2	1	3	2	3	2	2	4	3	25	CUKUP	3	4	4	3	4	18	BAIK	51	BAIK
24	Tn. AKH	49	L	4	3	3	4	3	17	BAIK	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	21	KURANG	3	3	2	3	2	13	CUKUP	45	KURANG
25	Ny. MKY	55	P	2	1	2	1	3	9	KURANG	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	34	BAIK	2	2	3	3	2	12	KURANG	50	CUKUP
26	Ny. JMN	65	P	2	3	2	2	2	11	KURANG	2	3	3	2	3	3	1	1	3	2	25	CUKUP	2	3	2	3	3	13	CUKUP	46	KURANG
27	Tn. SYN	45	L	4	2	3	3	4	16	BAIK	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	26	CUKUP	4	2	2	2	3	13	CUKUP	48	KURANG
28	Tn. IMMH	57	L	2	2	2	2	4	12	KURANG	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	26	CUKUP	3	3	2	3	4	15	CUKUP	50	CUKUP
29	Ny. RM	45	P	2	2	2	3	3	12	KURANG	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	25	CUKUP	2	4	4	4	2	16	BAIK	52	CUKUP
30	Ny. SMH	52	P	3	3	3	3	2	14	CUKUP	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	25	CUKUP	4	3	4	2	3	16	BAIK	50	CUKUP

total BAIK = 64 - 84 social influence baik = 16-20
 CUKUP = 49 - 63 cukup = 13-15
 KURANG = 21 - 48 kurang = 5-12

social support baik = 34-44
 cukup = 25-33
 kurang = 11-24

kolaborasi baik = 16-20
 cukup = 13-15
 kurang = 5-12

KUESIONER D KELOMPOK KONTROL (PRE)

No	Responden	Usia	Sex	1	2	3	jml	kode	4	5	jml	kode	6	kode	7	8	jml	kode	9	10	11	12	jml	kode	TOTAL	KATEGORI
1	Tn. M	50	L	5	4	3	12	C	4	5	9	C	4	C	5	3	8	C	5	4	5	3	17	C	50	CUKUP
2	Ny. W	58	P	4	4	4	12	C	5	3	8	C	4	C	5	3	8	C	4	4	5	5	18	C	50	CUKUP
3	Ny. ST	60	P	4	5	3	12	C	3	4	7	K	5	C	3	4	7	K	3	4	3	4	14	K	45	KURANG
4	Ny. SJ	61	P	2	3	5	10	K	3	2	5	K	4	C	4	3	7	K	4	3	3	3	13	K	39	KURANG
5	Tn. SR	60	L	5	6	5	16	B	5	5	10	C	4	C	3	4	7	K	2	2	2	2	8	K	45	KURANG
6	Ny. MT	65	P	4	4	4	12	C	3	5	8	C	4	C	5	4	9	C	5	5	3	5	18	C	51	CUKUP
7	Ny. HN	54	P	3	2	3	8	K	4	3	7	K	2	K	5	4	9	C	3	2	3	3	11	K	37	KURANG
8	Tn. S	61	L	5	4	4	13	C	3	5	8	C	5	C	4	4	8	C	6	6	4	6	22	B	56	CUKUP
9	Tn. KS	55	L	5	6	6	17	B	4	6	10	C	6	B	5	6	11	B	5	6	5	4	20	C	64	BAIK
10	Ny. RB	52	P	3	4	3	10	K	2	2	4	K	4	C	5	6	11	B	5	6	6	4	21	C	50	CUKUP
11	Tn. AM	58	L	5	6	5	16	B	5	6	11	B	4	C	5	3	8	C	2	3	3	3	11	K	50	KURANG
12	Ny. PR	53	P	5	4	4	13	C	3	5	8	C	5	C	5	4	9	C	4	5	6	3	18	C	53	CUKUP
13	Ny. SK	54	P	4	3	5	12	C	5	3	8	C	4	C	6	5	11	B	4	5	5	6	20	C	55	CUKUP
14	Tn. SG	49	L	5	6	5	16	B	6	6	12	B	4	C	5	4	9	C	6	5	6	5	22	B	63	CUKUP
15	Ny. SM	57	P	5	4	4	13	C	4	6	10	C	4	C	6	5	11	B	3	4	6	5	18	C	56	CUKUP
16	Ny. SR	50	P	4	4	3	11	K	3	5	8	K	6	B	5	3	8	C	4	4	5	4	17	C	50	CUKUP
17	Ny. GN	65	P	4	4	5	13	C	5	6	11	B	5	C	5	4	9	C	2	4	4	3	13	K	51	CUKUP
18	Ny. KSA	65	P	4	3	5	12	C	3	2	5	K	4	C	2	2	4	K	3	2	2	2	9	K	34	KURANG
19	Tn. HT	60	L	7	4	7	18	B	5	6	11	B	4	C	6	5	11	B	7	5	5	6	23	B	67	BAIK
20	Ny. NF	65	P	6	5	5	16	B	2	4	6	K	5	C	5	4	9	C	3	5	5	4	17	C	53	CUKUP
21	Ny. SL	65	P	4	5	4	13	C	5	5	10	C	4	C	4	2	6	K	3	4	5	4	16	C	49	CUKUP
22	Tn. PG	45	L	4	5	4	13	C	3	3	6	K	5	C	4	5	9	C	3	5	5	5	18	C	51	CUKUP
23	Ny. SPT	50	P	4	3	5	12	C	5	6	11	B	5	C	4	5	9	C	3	3	3	5	14	K	51	CUKUP
24	Ny. SPM	62	P	3	5	3	11	K	4	3	7	K	5	C	2	6	8	C	4	6	5	5	20	C	51	CUKUP
25	Ny. PS	65	P	4	4	5	13	C	4	5	9	C	6	B	5	3	9	C	3	3	4	3	13	K	50	CUKUP
26	Ny. SA	60	P	6	5	5	16	B	4	4	8	C	4	C	3	6	9	C	5	3	4	5	17	C	54	CUKUP
27	Ny. YK	47	P	5	5	3	13	C	5	4	9	C	2	K	3	5	8	C	7	5	2	4	18	C	50	CUKUP
28	Ny. GT	63	P	3	2	3	8	K	3	3	6	K	4	C	2	6	8	C	5	5	5	2	17	C	43	KURANG
29	Ny. SW	60	P	6	6	4	16	B	6	5	11	B	5	C	2	2	4	K	3	2	3	3	11	K	47	KURANG
30	Ny. TS	45	P	3	3	2	8	K	3	5	8	C	6	B	6	5	11	B	4	5	4	4	17	C	50	CUKUP

KUESIONER D KELOMPOK PERLAKUAN (PRE)

No	Responden	Usia	Sex	1	2	3	jml	kode	4	5	jml	kode	6	kode	7	8	jml	kode	9	10	11	12	jml	kode	TOTAL	KATEGORI
1	Ny. SAM	45	P	6	6	4	16	B	4	6	10	C	6	B	5	7	12	B	5	4	4	3	16	C	60	CUKUP
2	Ny. PN	65	P	3	4	2	9	K	4	3	7	K	4	C	4	5	9	C	3	4	2	5	14	K	43	KURANG
3	Ny. KS B	65	P	5	4	5	14	C	3	5	8	C	3	K	4	3	7	K	4	3	3	4	14	K	46	KURANG
4	Tn. KS	55	L	3	5	4	12	C	4	4	8	C	4	C	5	4	9	C	5	4	4	4	17	C	50	CUKUP
5	Ny. KP	49	P	6	5	6	17	B	6	4	10	C	6	B	5	6	11	B	5	6	3	6	20	C	64	BAIK
6	Ny. SKN	53	P	4	5	5	14	C	2	5	7	K	5	C	5	4	9	C	4	5	3	4	16	C	51	CUKUP
7	Ny. TH	55	P	4	3	4	11	K	5	4	9	C	3	K	3	5	8	C	4	5	3	4	16	C	47	CUKUP
8	Ny. SKM	50	P	4	3	3	10	K	5	3	8	C	5	C	3	5	8	C	4	5	3	3	15	K	46	KURANG
9	Tn. HT	55	L	5	6	5	16	B	7	6	13	B	4	C	7	3	10	C	6	6	6	3	21	C	64	BAIK
10	Tn. MKL	65	L	3	2	4	9	K	4	3	7	K	4	C	5	6	11	B	6	3	3	5	17	C	48	CUKUP
11	Ny. IT	60	P	4	5	4	13	C	5	4	9	C	4	C	6	5	11	B	5	4	2	4	15	K	52	CUKUP
12	Tn. IM	62	L	5	3	4	12	C	3	4	7	K	6	B	5	3	8	C	3	6	3	5	17	C	50	CUKUP
13	Ny. SL	50	P	4	3	3	10	K	4	3	7	K	4	C	3	4	7	K	4	5	4	5	18	C	46	KURANG
14	Ny. TN	60	P	4	3	6	13	C	3	3	6	K	4	C	4	5	9	C	5	6	4	3	18	C	50	CUKUP
15	Ny. SAN	65	P	6	6	6	18	B	7	5	12	B	5	C	5	6	11	B	6	6	3	4	19	C	65	BAIK
16	Ny. KSN	57	F	5	6	5	16	B	6	4	10	C	5	C	6	4	10	C	6	5	6	6	23	B	64	BAIK
17	Ny. STY	64	P	5	5	5	15	C	6	5	11	B	5	C	6	6	12	B	5	3	6	6	20	C	63	CUKUP
18	Ny. RMNA	50	P	5	4	3	12	C	4	3	7	K	4	C	4	3	7	K	5	4	5	5	19	C	49	CUKUP
19	Tn. RSL	65	L	6	4	6	16	B	6	6	12	B	6	B	5	3	8	C	6	6	6	5	23	B	65	BAIK
20	Ny. RMNB	60	P	5	3	5	13	C	3	5	8	C	4	C	3	3	6	K	3	3	5	3	14	K	45	KURANG
21	Tn. MSL	46	L	4	6	5	15	C	6	6	12	B	5	C	4	5	9	C	4	5	6	6	21	C	62	CUKUP
22	Tn. JL	56	L	3	3	5	11	K	3	3	6	K	4	C	3	3	6	K	4	5	4	6	19	C	46	KURANG
23	Tn. UL	49	L	5	4	6	15	C	5	6	11	B	6	B	6	6	12	B	4	6	6	5	21	C	65	BAIK
24	Tn. AKH	49	L	3	5	4	12	C	4	3	7	K	4	C	3	6	9	C	4	3	4	3	14	K	46	KURANG
25	Ny. MKY	55	P	5	5	6	16	B	5	4	9	C	5	C	6	5	11	B	6	5	3	5	19	C	60	CUKUP
26	Ny. JMN	65	P	5	2	2	9	K	5	3	8	C	4	C	5	3	8	C	4	3	4	6	17	C	46	KURANG
27	Tn. SYN	45	L	4	5	4	13	C	3	3	6	K	5	C	4	4	8	C	5	4	4	4	17	C	49	CUKUP
28	Tn. IMMH	57	L	5	5	5	15	C	5	6	11	B	5	C	5	4	9	C	5	6	6	5	22	B	62	CUKUP
29	Ny. RM	45	P	5	4	4	13	C	4	3	7	K	5	C	4	3	7	K	3	4	3	3	13	K	45	KURANG
30	Ny. SMH	52	P	4	2	3	9	K	4	5	9	C	5	C	5	5	10	C	3	4	5	6	18	C	51	CUKUP

KUESIONER D KELOMPOK KONTROL (POST)

No	Responden	Usia	Sex	1	2	3	jml	kode	4	5	jml	kode	6	kode	7	8	jml	kode	9	10	11	12	jml	kode	TOTAL	KATEGORI
1	Tn. M	50	L	5	4	3	12	C	4	5	9	C	4	C	5	4	9	C	3	4	5	3	15	K	49	CUKUP
2	Ny. W	58	P	4	5	4	13	C	3	3	6	K	4	C	5	3	8	C	4	4	5	5	18	C	49	CUKUP
3	Ny. ST	60	P	3	5	3	11	K	4	4	8	C	4	C	3	5	8	C	3	5	5	4	17	C	48	CUKUP
4	Ny. SJ	61	P	3	4	5	12	C	3	4	7	K	5	C	4	4	8	C	4	3	3	3	13	K	45	KURANG
5	Tn. SR	60	L	5	5	6	16	B	5	5	10	C	4	C	5	4	9	C	4	2	4	2	12	K	51	CUKUP
6	Ny. MT	65	P	4	5	4	13	C	3	5	8	C	4	C	5	4	9	C	5	5	4	5	19	C	53	CUKUP
7	Ny. HN	54	P	3	2	3	8	K	4	3	7	K	2	K	5	4	9	C	3	4	3	3	13	K	39	KURANG
8	Tn. S.	61	L	4	3	4	11	K	3	5	8	C	4	C	4	4	8	C	6	6	4	6	22	B	53	CUKUP
9	Tn. KS	55	L	5	6	6	17	B	5	6	11	B	6	B	5	6	11	B	5	6	5	6	22	B	67	BAIK
10	Ny. RB	52	P	3	4	3	10	K	4	2	6	K	4	C	6	6	12	B	5	6	6	4	21	C	53	CUKUP
11	Tn. AM	58	L	6	5	6	17	B	5	6	11	B	4	C	4	4	8	C	2	3	3	3	11	K	51	KURANG
12	Ny. PR	53	P	5	4	3	12	C	4	5	9	C	5	C	5	4	9	C	4	5	6	3	18	C	53	CUKUP
13	Ny. SK	54	P	5	6	5	16	B	4	3	7	K	5	B	4	5	9	C	3	6	5	6	20	C	58	CUKUP
14	Tn. SG	49	L	5	6	5	16	B	6	6	12	B	4	C	5	6	11	B	5	5	5	6	21	C	64	BAIK
15	Ny. SM	57	P	5	4	4	13	C	4	4	8	C	5	C	5	6	11	B	5	4	3	5	17	C	54	CUKUP
16	Ny. SR	50	P	4	4	3	11	K	3	4	7	K	5	C	5	4	9	C	4	3	5	4	16	C	48	CUKUP
17	Ny. GN	65	P	4	4	5	13	C	4	5	9	C	5	C	5	4	9	C	2	4	4	3	13	K	49	CUKUP
18	Ny. KSA	65	P	4	3	5	12	C	3	2	5	K	4	C	3	2	5	K	3	2	3	2	10	K	36	KURANG
19	Tn. HT	60	L	6	4	6	16	B	4	6	10	C	4	C	6	5	11	B	6	5	6	6	23	B	64	BAIK
20	Ny. NF	65	P	6	5	6	17	B	4	3	7	K	5	C	5	4	9	C	4	3	5	3	15	K	53	CUKUP
21	Ny. SL	65	P	4	4	4	12	C	5	5	10	C	4	C	4	2	6	K	3	4	5	4	16	C	48	CUKUP
22	Tn. PG	45	L	4	5	4	13	C	3	3	6	K	4	C	4	5	9	C	3	5	5	5	18	C	50	CUKUP
23	Ny. SPT	50	P	4	3	5	12	C	5	6	11	B	5	C	6	5	11	B	4	3	3	5	15	K	54	CUKUP
24	Ny. SPM	62	P	3	5	4	12	C	4	4	8	C	4	C	5	3	8	C	4	6	5	5	20	C	52	CUKUP
25	Ny. PS	65	P	4	4	5	13	C	4	5	9	C	4	C	6	5	11	B	3	5	4	5	17	C	54	CUKUP
26	Ny. SA	60	P	6	5	5	16	B	4	3	7	K	5	C	4	3	7	K	3	6	4	5	18	C	53	CUKUP
27	Ny. YK	47	P	5	5	3	13	C	5	4	9	C	5	C	3	5	8	C	6	5	2	4	17	C	52	CUKUP
28	Ny. GT	63	P	3	2	3	8	K	3	3	6	K	4	C	2	3	5	K	5	5	5	2	17	C	40	KURANG
29	Ny. SW	60	P	4	6	4	14	C	6	4	10	C	4	C	2	2	4	K	3	5	4	4	16	C	48	KURANG
30	Ny. TS	45	P	3	3	2	8	K	3	4	7	K	6	B	6	5	11	B	4	4	4	4	16	C	48	CUKUP

KUESIONER D KELOMPOK PERLAKUAN (POST)

No	Responden	Usia	Sex	1	2	3	jml	kode	4	5	jml	kode	6	kode	7	8	jml	kode	9	10	11	12	jml	kode	TOTAL	KATEGORI
1	Ny. SAM	45	P	7	4	6	17	B	4	5	9	C	6	B	5	6	11	B	6	5	5	6	22	B	65	BAIK
2	Ny. PN	65	P	3	5	4	12	C	3	3	6	K	6	B	3	3	6	K	3	5	3	3	14	K	44	KURANG
3	Ny. KS B	65	P	5	3	4	12	C	3	3	6	K	4	C	3	5	8	C	4	5	5	4	18	C	48	CUKUP
4	Tn. KS	55	L	5	3	5	13	C	5	4	9	C	3	K	6	5	11	B	4	4	5	3	16	C	52	CUKUP
5	Ny. KP	49	P	5	6	6	17	B	5	6	11	B	6	B	5	6	11	B	6	5	6	5	22	B	67	BAIK
6	Ny. SKN	53	P	4	3	4	11	K	6	5	11	B	4	C	5	3	8	C	5	3	4	5	17	C	51	CUKUP
7	Ny. TH	55	P	6	5	6	17	B	5	4	9	C	6	B	6	5	11	B	6	5	6	5	22	B	65	BAIK
8	Ny. SKM	50	P	4	3	3	10	K	4	3	7	K	6	B	3	5	8	C	4	5	4	4	17	C	48	KURANG
9	Tn. HT	55	L	5	6	5	16	B	5	6	11	B	4	C	5	6	11	B	6	6	5	6	23	B	65	BAIK
10	Tn. MKL	65	L	3	5	4	12	C	4	3	7	K	4	C	5	4	9	C	4	4	5	5	18	C	50	CUKUP
11	Ny. IT	60	P	4	5	4	13	C	5	4	9	C	4	C	6	5	11	B	5	4	5	4	18	C	55	CUKUP
12	Tn. IMI	62	L	5	5	4	14	C	3	4	7	K	6	B	5	6	11	B	5	4	3	5	17	C	55	CUKUP
13	Ny. SL	50	P	4	5	3	12	C	3	5	8	C	4	C	5	4	9	C	4	4	4	5	17	C	50	CUKUP
14	Ny. TN	60	P	4	3	5	12	C	5	4	9	C	5	C	3	5	8	C	5	4	4	3	16	C	50	CUKUP
15	Ny. SAN	65	P	6	6	6	18	B	7	5	12	B	5	C	5	6	11	B	6	6	5	6	23	B	69	BAIK
16	Ny. KSN	57	P	5	6	5	16	B	6	5	11	B	6	B	6	5	11	B	6	5	6	6	23	B	67	BAIK
17	Ny. STY	64	P	5	6	5	16	B	5	6	11	B	5	C	6	5	11	B	5	6	6	5	22	B	65	BAIK
18	Ny. RMN A	50	P	5	4	3	12	C	4	3	7	K	4	C	4	5	9	C	5	4	5	5	19	C	51	CUKUP
19	Tn. RSL	65	L	6	4	6	16	B	6	6	12	B	6	B	5	6	11	B	6	5	6	5	22	B	67	BAIK
20	Ny. RMN B	60	P	5	4	5	14	C	3	5	8	C	4	C	3	3	6	K	4	5	5	4	18	C	50	KURANG
21	Tn. MSL	46	L	4	6	5	15	C	6	6	12	B	5	C	6	6	12	B	6	5	6	6	23	B	67	BAIK
22	Tn. JL	56	L	6	3	6	15	C	3	6	9	C	3	K	3	3	6	K	4	5	4	4	17	C	50	CUKUP
23	Tn. UL	49	L	5	4	5	14	C	5	6	11	B	6	B	5	6	11	B	5	6	6	5	22	B	64	BAIK
24	Tn. AKH	49	L	5	5	4	14	C	5	3	8	C	4	C	3	3	6	K	5	4	4	5	18	C	50	CUKUP
25	Ny. MIKY	55	P	6	5	6	17	B	6	6	12	B	5	C	6	5	11	B	6	5	5	6	22	B	67	BAIK
26	Ny. JMN	65	P	5	4	5	14	C	4	3	7	K	4	C	5	3	8	C	4	3	5	5	17	C	50	CUKUP
27	Tn. SYN	45	L	4	5	4	13	C	5	3	8	C	5	C	4	3	7	K	4	4	4	5	17	C	50	CUKUP
28	Tn. IMMH	57	L	6	5	6	17	B	5	6	11	B	5	C	6	5	11	B	5	6	6	5	22	B	66	BAIK
29	Ny. RM	45	P	5	4	4	13	C	4	5	9	C	4	C	4	4	8	C	4	4	3	3	14	K	48	CUKUP
30	Ny. SMH	52	P	4	3	3	10	K	5	6	11	B	6	B	3	5	8	C	3	4	5	6	18	C	53	CUKUP

KUESIONER E KELOMPOK KONTROL (POST)

No	Responden	Usia	Sex	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	TOTAL	KATEGORI
1	Martin	50	L	3	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	3	2	4	2	2	2	2	3	2	3	49	CUKUP
2	Wakni	58	P	2	3	4	2	2	2	4	2	3	3	2	4	2	4	3	4	3	4	3	4	4	64	BAIK
3	Sutiyah	60	P	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	4	2	3	2	2	49	CUKUP
4	Suljati	61	P	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	3	3	2	2	2	45	KURANG
5	Suroso	60	L	3	2	2	3	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	49	CUKUP
6	Mutiah	65	P	3	2	3	3	3	2	4	3	3	4	2	2	4	3	3	3	3	3	2	3	4	62	CUKUP
7	Hanik	54	P	2	2	1	2	2	2	3	2	2	4	2	4	3	2	2	2	2	1	2	2	2	46	KURANG
8	Saleh	61	L	2	2	2	2	2	2	4	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	49	CUKUP
9	Kisman	55	L	4	1	4	3	4	4	3	2	2	2	2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	2	64	BAIK
10	Robiyah	52	P	2	3	2	1	2	2	3	2	3	3	2	2	2	4	3	2	2	2	3	2	2	49	CUKUP
11	Aminudin	58	L	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	43	KURANG
12	Parti	53	P	3	2	4	3	3	2	3	2	4	4	2	4	2	4	3	2	2	3	3	2	3	60	CUKUP
13	Sukati	54	P	3	3	2	2	3	3	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	48	CUKUP
14	Sugito	49	L	3	3	2	2	3	2	3	3	2	4	4	3	4	3	4	2	4	4	4	3	2	64	CUKUP
15	Saminten	57	P	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	4	3	2	54	CUKUP
16	Sringatun	50	P	4	2	2	2	2	2	3	2	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	55	CUKUP
17	Ginah	65	P	4	3	3	2	2	2	3	3	4	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	4	55	CUKUP
18	Kasih	65	P	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1	44	KURANG
19	Hartoni	60	L	4	4	2	3	2	4	2	3	2	4	3	2	4	3	4	3	3	4	3	2	3	64	BAIK
20	Nafisah	65	P	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4	3	2	4	2	3	2	2	3	53	CUKUP
21	Sulastri	65	P	3	2	3	3	2	2	3	2	3	4	3	3	4	2	2	3	2	3	2	4	3	58	CUKUP
22	Puguh	45	L	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2	3	1	2	3	1	2	2	3	1	2	3	44	KURANG
23	Suparti	50	P	2	3	4	2	4	2	4	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	56	CUKUP
24	Siparmi	62	P	3	3	4	2	3	3	3	2	4	2	4	3	4	3	4	3	2	3	2	4	3	64	BAIK
25	Pasmini	65	P	4	4	2	4	3	2	2	2	2	4	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	4	59	CUKUP
26	Sriatun	60	P	4	4	3	4	3	2	3	2	2	2	2	1	3	4	3	3	2	2	3	3	2	57	CUKUP
27	Yayuk	47	P	3	4	3	4	2	2	4	3	3	3	2	2	4	3	2	1	2	4	2	2	2	57	CUKUP
28	Ginten	63	P	2	3	3	2	2	3	1	2	1	2	2	1	3	3	1	2	2	3	3	2	2	45	KURANG
29	Sri Wartini	60	P	2	2	4	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	1	2	44	KURANG
30	Trisilah	45	P	4	2	3	2	4	4	4	4	4	1	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	57	CUKUP

No	Responden	Usia	Sex	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	TOTAL	KATEGORI
1	Siti Aminin	45	P	4	4	3	3	2	4	3	3	2	3	2	3	2	4	2	4	2	4	3	4	3	64	BAIK
2	Palihi	65	P	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	48	CUKUP
3	Kasih	65	P	2	2	4	2	2	2	1	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	48	CUKUP
4	Kasri	55	L	3	3	4	3	3	4	3	2	2	4	3	2	4	4	2	2	2	3	4	3	4	64	BAIK
5	Kiptiyah	49	P	2	4	3	3	2	4	3	4	4	3	3	4	2	3	4	3	3	4	2	3	2	65	BAIK
6	Sukinah	53	P	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	54	CUKUP
7	Thoyimah	55	P	3	2	3	2	3	2	1	3	2	4	3	4	2	4	2	2	3	2	2	3	2	54	CUKUP
8	Sukimah	50	P	2	3	1	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	2	46	KURANG
9	Hartoyo	55	L	2	2	2	4	4	4	4	2	4	2	3	2	3	4	2	4	3	3	4	2	4	64	BAIK
10	Muklas	65	L	2	4	2	3	4	2	3	4	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	4	2	2	56	CUKUP
11	Istiqomah	60	P	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	4	52	CUKUP
12	Ismuni	62	L	4	2	4	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	57	CUKUP
13	Silah	50	P	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	48	CUKUP
14	Mbah Tin	60	P	4	2	3	2	4	3	2	3	2	3	4	4	2	3	4	3	3	3	3	4	4	65	BAIK
15	Siti Aminah	65	P	4	4	3	2	4	3	3	2	4	4	3	3	3	3	3	4	2	3	3	2	2	64	BAIK
16	Kasini	57	P	3	2	3	2	2	4	2	3	3	4	3	3	4	3	4	2	4	4	3	4	3	65	BAIK
17	Sutiyem	64	P	4	3	2	2	4	2	3	2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	3	4	4	2	65	BAIK
18	Rumini	50	P	4	4	4	2	2	2	2	4	2	2	4	2	3	4	4	4	4	2	3	3	4	65	BAIK
19	Urip	65	L	4	4	3	2	3	4	4	2	4	4	2	4	3	4	3	3	3	4	2	4	2	68	BAIK
20	Ruminah	60	P	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	45	KURANG
21	Pak Mustih	46	L	4	2	4	3	4	3	3	2	3	3	4	3	3	2	4	2	4	2	4	2	3	64	BAIK
22	Pak Jaelani	56	L	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	48	CUKUP
23	Pak Ulip	49	L	2	2	2	4	2	4	4	3	4	3	4	4	2	3	4	3	4	3	2	3	3	65	BAIK
24	Pak Abdul khakim	49	L	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	47	CUKUP
25	Bu mukayat	55	P	4	3	3	2	3	4	3	2	2	4	4	3	2	4	2	3	2	4	3	4	3	64	BAIK
26	Bu Juminten	65	P	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3	2	4	2	2	3	3	2	3	2	2	2	50	CUKUP
27	Pak Suyono	45	L	2	4	2	3	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	4	4	3	3	2	2	2	57	CUKUP
28	Pak Imam Mahmu	57	L	4	2	4	2	4	4	2	3	4	3	4	2	2	2	3	4	2	2	4	4	4	65	BAIK
29	Bu Rumiwati	45	P	2	3	2	2	3	2	2	2	2	4	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	50	CUKUP
30	Bu Srimonah	52	P	4	4	3	4	3	4	4	3	4	2	2	2	2	2	4	3	3	2	3	4	3	65	BAIK

Lampiran 15

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER

KUESIONER A. PENGETAHUAN DAN KEPERCAYAAN

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.900	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	49.07	89.495	.204	.905
item2	49.27	83.210	.629	.893
item3	48.67	82.667	.751	.890
item4	49.07	93.638	-.024	.908
item5	48.80	84.029	.546	.895
item6	49.27	83.210	.629	.893
item7	48.67	82.667	.751	.890
item8	49.40	85.686	.588	.894
item9	48.60	94.829	-.102	.915
item10	49.13	90.124	.232	.903
item11	49.33	84.381	.652	.892
item12	48.40	85.400	.611	.894
item13	49.20	82.171	.679	.891
item14	48.73	81.781	.640	.892
item15	48.60	79.257	.771	.888
item16	48.53	87.552	.378	.899
item17	49.27	83.781	.776	.890
item18	48.67	80.667	.803	.887
item19	49.27	84.495	.614	.893
item20	47.93	83.638	.710	.891

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
51.47	93.838	9.687	20

KUSIONER B. KEMAMPUAN REGULASI DIRI

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.880	25

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	61.60	109.257	.636	.873
item2	61.40	121.257	-.332	.891
item3	60.93	103.210	.775	.867
item4	61.07	104.924	.625	.871
item5	61.53	102.410	.774	.866
item6	61.53	105.410	.597	.871
item7	60.93	103.210	.775	.867
item8	61.60	103.543	.726	.868
item9	60.87	118.695	-.124	.892
item10	61.33	107.952	.652	.872
item11	61.33	119.238	-.160	.891
item12	60.67	105.667	.707	.870
item13	61.40	100.114	.808	.864
item14	61.40	118.257	-.104	.891
item15	61.47	123.552	-.396	.896
item16	60.87	106.695	.588	.872
item17	61.53	117.267	-.051	.888
item18	60.93	102.210	.755	.867
item19	61.53	105.267	.679	.870
item20	61.47	117.410	-.061	.889
item21	61.00	103.571	.656	.869
item22	60.80	101.600	.716	.867
item23	61.53	105.410	.597	.871
item24	61.00	101.571	.706	.867
Item25	61.47	102.124	.863	.865

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
63.80	117.029	10.818	25

KUESIONER C. FASILITASI SOSIAL

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.923	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	65.47	171.267	.658	.920
item2	65.40	166.400	.617	.919
item3	64.80	163.314	.808	.916
item4	64.93	165.638	.651	.919
item5	64.87	164.695	.648	.918
item6	65.40	166.400	.617	.919
item7	64.80	163.314	.808	.916
item8	65.47	164.124	.741	.917
item9	64.73	184.067	-.144	.932
item10	65.20	169.171	.700	.919
item11	65.40	162.971	.775	.917
item12	65.13	185.981	-.224	.932
item13	65.27	160.067	.810	.915
item14	64.93	168.638	.430	.922
item15	64.73	160.067	.769	.916
item16	64.73	168.210	.598	.920
item17	65.33	162.667	.860	.916
item18	64.80	162.029	.788	.916
item19	65.40	166.686	.675	.918
item20	64.80	163.314	.669	.918
item21	64.80	166.171	.603	.919
item22	64.53	167.981	.659	.919
item23	65.20	177.886	.103	.927
item24	65.27	167.781	.536	.920
item25	64.87	183.981	-.137	.932
item26	65.40	167.257	.577	.920

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
67.67	181.238	13.462	26

KUSIONER D. SELF MANAGEMENT BEHAVIOR

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.917	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	44.33	133.524	.682	.910
item2	43.80	125.314	.898	.900
item3	44.07	128.495	.716	.908
item4	43.73	126.210	.926	.900
item5	43.73	130.638	.674	.910
item6	44.13	136.981	.538	.916
item7	43.87	136.552	.489	.918
item8	43.53	135.267	.575	.914
item9	43.60	128.257	.758	.906
item10	43.67	133.381	.502	.919
item11	43.53	135.410	.597	.913
item12	43.80	132.171	.663	.910

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
47.80	155.743	12.480	12

KUESIONER E. QUALITY OF LIFE

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.917	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	64.73	165.210	.613	.914
item2	64.00	176.286	-.112	.925
item3	64.13	158.124	.714	.911
item4	64.27	158.067	.625	.912
item5	64.40	178.543	-.206	.926
item6	64.73	162.067	.526	.914
item7	64.13	158.124	.714	.911
item8	64.20	162.600	.406	.916
item9	64.73	157.781	.663	.911
item10	64.47	170.410	.130	.921
item11	64.60	154.543	.849	.908
item12	64.20	157.886	.593	.913
item13	64.47	153.695	.801	.909
item14	64.80	158.886	.634	.912
item15	64.07	154.924	.748	.910
item16	64.07	161.638	.567	.913
item17	64.53	156.981	.804	.909
item18	64.13	176.838	-.130	.926
item19	64.73	160.352	.683	.912
item20	64.13	158.267	.642	.912
item21	64.00	160.000	.607	.912
item22	63.87	158.981	.731	.911
item23	64.53	164.124	.607	.913
item24	64.60	161.686	.578	.913
item25	64.13	157.981	.721	.911
item26	64.67	161.095	.556	.913

Lampiran 16

Regression Pengetahuan dan Kepercayaan dengan Kemampuan Regulasi Diri

		Correlations			
		Self efficacy	Outcome expectancy	Goal congruence	Regulasi diri
Self efficacy	Pearson	1	.475**	.589**	.682**
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	60	60	60	60
Outcome expectancy	Pearson	.475**	1	.776**	.710**
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	60	60	60	60
Goal congruence	Pearson	.589**	.776**	1	.784**
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	60	60	60	60
Regulasi diri	Pearson	.682**	.710**	.784**	1
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	60	60	60	60

Model Summary ^d					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.784 ^a	.615	.608	3.497	
2	.830 ^b	.689	.678	3.168	
3	.844 ^c	.712	.697	3.077	1.779

- a. Predictors: (Constant), Goal congruence
- b. Predictors: (Constant), Goal congruence, Self efficacy
- c. Predictors: (Constant), Goal congruence, Self efficacy, Outcome expectancy
- d. Dependent Variable: Regulasi diri

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1131.128	1	1131.128	92.505	.000 ^b
	Residual	709.206	58	12.228		
	Total	1840.333	59			
2	Regression	1268.271	2	634.136	63.185	.000 ^c
	Residual	572.062	57	10.036		

	Total	1840.333	59			
	Regression	1310.199	3	436.733	46.134	.000 ^d
3	Residual	530.134	56	9.467		
	Total	1840.333	59			

a. Dependent Variable: Regulasi diri

b. Predictors: (Constant), Goal congruence

c. Predictors: (Constant), Goal congruence, Self efficacy

d. Predictors: (Constant), Goal congruence, Self efficacy, Outcome expectancy

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	19.445	3.123		6.226	.000	13.194	25.697		
	Goal congruence	2.138	.222	.784	9.618	.000	1.693	2.583	1.000	1.000
2	(Constant)	16.606	2.932		5.664	.000	10.735	22.476		
	Goal congruence	1.596	.249	.585	6.405	.000	1.097	2.095	.653	1.531
	Self efficacy	.765	.207	.338	3.697	.000	.351	1.179	.653	1.531
3	(Constant)	14.474	3.022		4.789	.000	8.420	20.528		
	Goal congruence	1.100	.338	.403	3.258	.002	.424	1.777	.335	2.981
	Self efficacy	.750	.201	.331	3.729	.000	.347	1.153	.653	1.533
	Outcome expectancy	.642	.305	.239	2.105	.040	.031	1.252	.398	2.515

a. Dependent Variable: Regulasi diri

Regression Kemampuan Regulasi Diri dengan Fasilitas Sosial

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Goal setting	Self monitoring	Decision making	Action planning	self evaluation	Emotion control	Fasilitas sosial
N		60	60	60	60	60	60	60
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	5.58	13.30	5.35	10.50	5.77	8.57	55.10
	Std. Deviation	1.306	2.438	1.325	2.587	1.307	1.969	6.100
Most Extreme Differences	Absolute	.192	.118	.204	.107	.154	.163	.106
	Positive	.125	.111	.204	.107	.138	.163	.082
	Negative	-.192	-.118	-.163	-.093	-.154	-.137	-.106
Kolmogorov-Smirnov Z		1.486	.912	1.581	.827	1.194	1.262	.819
Asymp. Sig. (2-tailed)		.024	.377	.013	.501	.115	.083	.513

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Correlations

		Goal setting	Self monitoring	Decision making	Action planning	self evaluation	Emotion control	Fasilitasi sosial
Goal setting	Pearson	1	.498**	.654**	.494**	.647**	.548**	.716**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
Self monitoring	Pearson	.498**	1	.617**	.693**	.693**	.649**	.787**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
Decision making	Pearson	.654**	.617**	1	.625**	.665**	.520**	.759**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
Action planning	Pearson	.494**	.693**	.625**	1	.662**	.482**	.736**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
self evaluation	Pearson	.647**	.693**	.665**	.662**	1	.652**	.811**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
Emotion control	Pearson	.548**	.649**	.520**	.482**	.652**	1	.739**
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
Fasilitasi sosial	Pearson	.716**	.787**	.759**	.736**	.811**	.739**	1
	Correlation							
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	60	60	60	60	60	60	60

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Model Summary^a

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.811 ^a	.658	.652	3.599	
2	.869 ^b	.755	.746	3.072	
3	.897 ^c	.805	.794	2.765	
4	.908 ^d	.824	.811	2.653	
5	.918 ^e	.843	.828	2.529	

6	.925 ^f	.855	.839	2.449	1.613
---	-------------------	------	------	-------	-------

- a. Predictors: (Constant), self evaluation
- b. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring
- c. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring, Goal setting
- d. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring, Goal setting, Decision making
- e. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring, Goal setting, Decision making, Emotion control
- f. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring, Goal setting, Decision making, Emotion control, Action planning
- g. Dependent Variable: Fasilitas sosial

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1444.070	1	1444.070	111.477	.000 ^b
	Residual	751.330	58	12.954		
	Total	2195.400	59			
2	Regression	1657.441	2	828.721	87.808	.000 ^c
	Residual	537.959	57	9.438		
	Total	2195.400	59			
3	Regression	1767.142	3	589.047	77.025	.000 ^d
	Residual	428.258	56	7.647		
	Total	2195.400	59			
4	Regression	1808.336	4	452.084	64.239	.000 ^e
	Residual	387.064	55	7.038		
	Total	2195.400	59			
5	Regression	1850.158	5	370.032	57.877	.000 ^f
	Residual	345.242	54	6.393		
	Total	2195.400	59			
6	Regression	1877.412	6	312.902	52.152	.000 ^g
	Residual	317.988	53	6.000		
	Total	2195.400	59			

- a. Dependent Variable: Fasilitas sosial
- b. Predictors: (Constant), self evaluation
- c. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring
- d. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring, Goal setting
- e. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring, Goal setting, Decision making
- f. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring, Goal setting, Decision making, Emotion control
- g. Predictors: (Constant), self evaluation, Self monitoring, Goal setting, Decision making, Emotion control, Action planning

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	33.266	2.120		15.695	.000		
	self evaluation	3.788	.359	.811	10.558	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	26.941	2.246		11.998	.000		
	self evaluation	2.388	.424	.512	5.626	.000	.520	1.923
	Self monitoring	1.082	.228	.432	4.755	.000	.520	1.923
	(Constant)	24.801	2.099		11.817	.000		
3	self evaluation	1.588	.437	.340	3.638	.001	.398	2.510
	Self monitoring	1.012	.206	.404	4.921	.000	.516	1.939
	Goal setting	1.376	.363	.294	3.787	.000	.576	1.736
	(Constant)	24.867	2.014		12.350	.000		
4	self evaluation	1.351	.430	.289	3.142	.003	.378	2.648
	Self monitoring	.873	.205	.349	4.248	.000	.475	2.103
	Goal setting	1.025	.377	.219	2.714	.009	.491	2.037
	Decision making	.955	.395	.208	2.419	.019	.435	2.296
5	(Constant)	24.454	1.926		12.697	.000		
	self evaluation	1.085	.423	.232	2.565	.013	.355	2.819
	Self monitoring	.689	.209	.275	3.301	.002	.419	2.387
	Goal setting	.842	.367	.180	2.295	.026	.472	2.117
	Decision making	.980	.376	.213	2.602	.012	.435	2.298
	Emotion control	.617	.241	.199	2.558	.013	.480	2.084
6	(Constant)	24.446	1.866		13.103	.000		
	self evaluation	.865	.422	.185	2.048	.046	.334	2.997
	Self monitoring	.511	.219	.204	2.335	.023	.358	2.795
	Goal setting	.833	.355	.178	2.344	.023	.472	2.117
	Decision making	.803	.374	.175	2.148	.036	.414	2.416
	Emotion control	.665	.235	.215	2.832	.007	.475	2.104
	Action planning	.402	.189	.171	2.131	.038	.426	2.345

a. Dependent Variable: Fasilitas sosial

Regression Fasilitasi Sosial dengan Pengetahuan dan Kepercayaan

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Social Influence	Social Support	Kolaborasi	Pengetahuan dan kepercayaan
N		60	60	60	60
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	13.47	26.10	14.23	42.43
	Std. Deviation	2.087	3.511	2.295	4.699
	Absolute	.109	.095	.113	.098
Most Extreme Differences	Positive	.109	.095	.105	.069
	Negative	-.108	-.077	-.113	-.098
Kolmogorov-Smirnov Z		.844	.733	.872	.759
Asymp. Sig. (2-tailed)		.475	.655	.432	.612

- a. Test distribution is Normal.
b. Calculated from data.

		Social Influence	Social Support	Kolaborasi	Pengetahuan dan kepercayaan
Social Influence	Pearson Correlation	1	.040	-.030	.261 [*]
	Sig. (2-tailed)		.763	.819	.044
	N	60	60	60	60
Social Support	Pearson Correlation	.040	1	.155	.410 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.763		.238	.001
	N	60	60	60	60
Kolaborasi	Pearson Correlation	-.030	.155	1	.385 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.819	.238		.002
	N	60	60	60	60
Pengetahuan dan kepercayaan	Pearson Correlation	.261 [*]	.410 ^{**}	.385 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	.044	.001	.002	
	N	60	60	60	60

Model Summary^a

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.410 ^a	.168	.154	4.322	
2	.524 ^b	.274	.249	4.073	
3	.583 ^c	.340	.305	3.918	1.733

- a. Predictors: (Constant), Social Support
 b. Predictors: (Constant), Social Support, Kolaborasi
 c. Predictors: (Constant), Social Support, Kolaborasi, Social Influence
 d. Dependent Variable: Pengetahuan dan kepercayaan

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	219.302	1	219.302	11.740	.001 ^b
	Residual	1083.431	58	18.680		
	Total	1302.733	59			
2	Regression	357.221	2	178.610	10.767	.000 ^c
	Residual	945.512	57	16.588		
	Total	1302.733	59			
3	Regression	443.129	3	147.710	9.623	.000 ^d
	Residual	859.604	56	15.350		
	Total	1302.733	59			

- a. Dependent Variable: Pengetahuan dan kepercayaan
 b. Predictors: (Constant), Social Support
 c. Predictors: (Constant), Social Support, Kolaborasi
 d. Predictors: (Constant), Social Support, Kolaborasi, Social Influence

Coefficients^a

Model		Unstandardized		Standardized	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		Coefficients		Coefficients			Tolerance	VIF
		B	Std. Error	Beta				
1	(Constant)	28.102	4.220		6.660	.000		
	Social Support	.549	.160	.410	3.426	.001	1.000	1.000
2	(Constant)	20.285	4.813		4.215	.000		
	Social Support	.481	.153	.359	3.146	.003	.976	1.025
	Kolaborasi	.674	.234	.329	2.883	.006	.976	1.025
3	(Constant)	12.617	5.652		2.232	.030		
	Social Support	.465	.147	.348	3.160	.003	.974	1.027
	Kolaborasi	.694	.225	.339	3.083	.003	.975	1.026
	Social Influence	.579	.245	.257	2.366	.021	.997	1.003

- a. Dependent Variable: Pengetahuan dan kepercayaan

Pengaruh Self Management Individu dan Keluarga terhadap Self Management Behavior

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		SMB pre kontrol	SMB post kontrol	SMB pre perlakuan	SMB post perlakuan
N		30	30	30	30
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	50.50	51.20	53.33	56.63
	Std. Deviation	7.041	6.641	7.884	8.202
	Absolute	.205	.203	.216	.221
Most Extreme Differences	Positive	.172	.203	.216	.221
	Negative	-.205	-.182	-.168	-.215
Kolmogorov-Smirnov Z		1.123	1.114	1.185	1.208
Asymp. Sig. (2-tailed)		.160	.167	.121	.108

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	SMB pre kontrol	50.50	30	7.041	1.285
	SMB post kontrol	51.20	30	6.641	1.212

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	SMB pre kontrol & SMB post kontrol	30	.933	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	SMB pre kontrol - SMB post kontrol	-.700	2.535	.463	-1.646	.246	-1.513	29	.141

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	SMB pre perlakuan	53.33	30	7.884	1.439
	SMB post perlakuan	56.63	30	8.202	1.497

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	SMB pre perlakuan & SMB post perlakuan	30	.917	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	SMB pre perlakuan - SMB post perlakuan	-3.300	3.292	.601	-4.529	-2.071	-5.490	29	.000

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SMB sesudah	kontrol	30	51.20	6.641	1.212
	perlakuan	30	56.63	8.202	1.497

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper

SMB sesudah	Equal variances assumed	9.376	.003	-2.820	58	.007	-5.433	1.927	-9.290	-1.577
	Equal variances not assumed			-2.820	55.592	.007	-5.433	1.927	-9.294	-1.573

Regression Self Management Behavior dengan Quality of Life

NPar Tests

		Correlations					
		diet	aktivitas fisik	pengobatan n	gula darah	perawatan an kaki	quality of life
diet	Pearson Correlation	1	.608**	.654**	.413**	.793**	.785**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.001	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60
aktivitas fisik	Pearson Correlation	.608**	1	.333**	.457**	.578**	.647**
	Sig. (2-tailed)	.000		.009	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60
pengobatan	Pearson Correlation	.654**	.333**	1	.345**	.649**	.664**
	Sig. (2-tailed)	.000	.009		.007	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60
gula darah	Pearson Correlation	.413**	.457**	.345**	1	.528**	.601**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.007		.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60
perawatan kaki	Pearson Correlation	.793**	.578**	.649**	.528**	1	.807**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	60	60	60	60	60	60
quality of life	Pearson Correlation	.785**	.647**	.664**	.601**	.807**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	60	60	60	60	60	60

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Regression

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.807 ^a	.652	.646	4.572	
2	.842 ^b	.708	.698	4.219	
3	.867 ^c	.752	.738	3.928	2.341

a. Predictors: (Constant), perawatan kaki

- b. Predictors: (Constant), perawatan kaki, diet
 c. Predictors: (Constant), perawatan kaki, diet, gula darah
 d. Dependent Variable: quality of life

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2267.251	1	2267.251	108.463	.000 ^b
	Residual	1212.399	58	20.903		
	Total	3479.650	59			
2	Regression	2464.875	2	1232.437	69.226	.000 ^c
	Residual	1014.775	57	17.803		
	Total	3479.650	59			
3	Regression	2615.679	3	871.893	56.513	.000 ^d
	Residual	863.971	56	15.428		
	Total	3479.650	59			

- a. Dependent Variable: quality of life
 b. Predictors: (Constant), perawatan kaki
 c. Predictors: (Constant), perawatan kaki, diet
 d. Predictors: (Constant), perawatan kaki, diet, gula darah

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	27.719	2.746		10.094	.000		
	perawatan kaki	1.607	.154	.807	10.415	.000	1.000	1.000
	(Constant)	24.546	2.707		9.066	.000		
2	perawatan kaki	.989	.234	.497	4.233	.000	.371	2.694
	diet	1.066	.320	.391	3.332	.002	.371	2.694
	(Constant)	20.308	2.862		7.096	.000		
3	perawatan kaki	.726	.233	.364	3.109	.003	.323	3.099
	diet	1.076	.298	.395	3.612	.001	.371	2.695
	gula darah	.960	.307	.245	3.126	.003	.721	1.388

- a. Dependent Variable: quality of life