



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PERAWATAN DIRI DAN PERSEPSI SAKIT
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE 2 DALAM KONTEKS ASUHAN
KEPERAWATAN DI KOTA BLITAR**

Oleh

**MARIA DIAH CIPTANING TYAS
0606155700**

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PERAWATAN DIRI DAN PERSEPSI SAKIT
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE 2 DALAM KONTEKS ASUHAN
KEPERAWATAN DI KOTA BLITAR**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Oleh

MARIA DIAH CIPTANING TYAS

0606155700

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk diseminarkan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Jakarta, Desember 2008

Pembimbing I



(R. Rina Siregar, S.Kp., M.App.Sc)

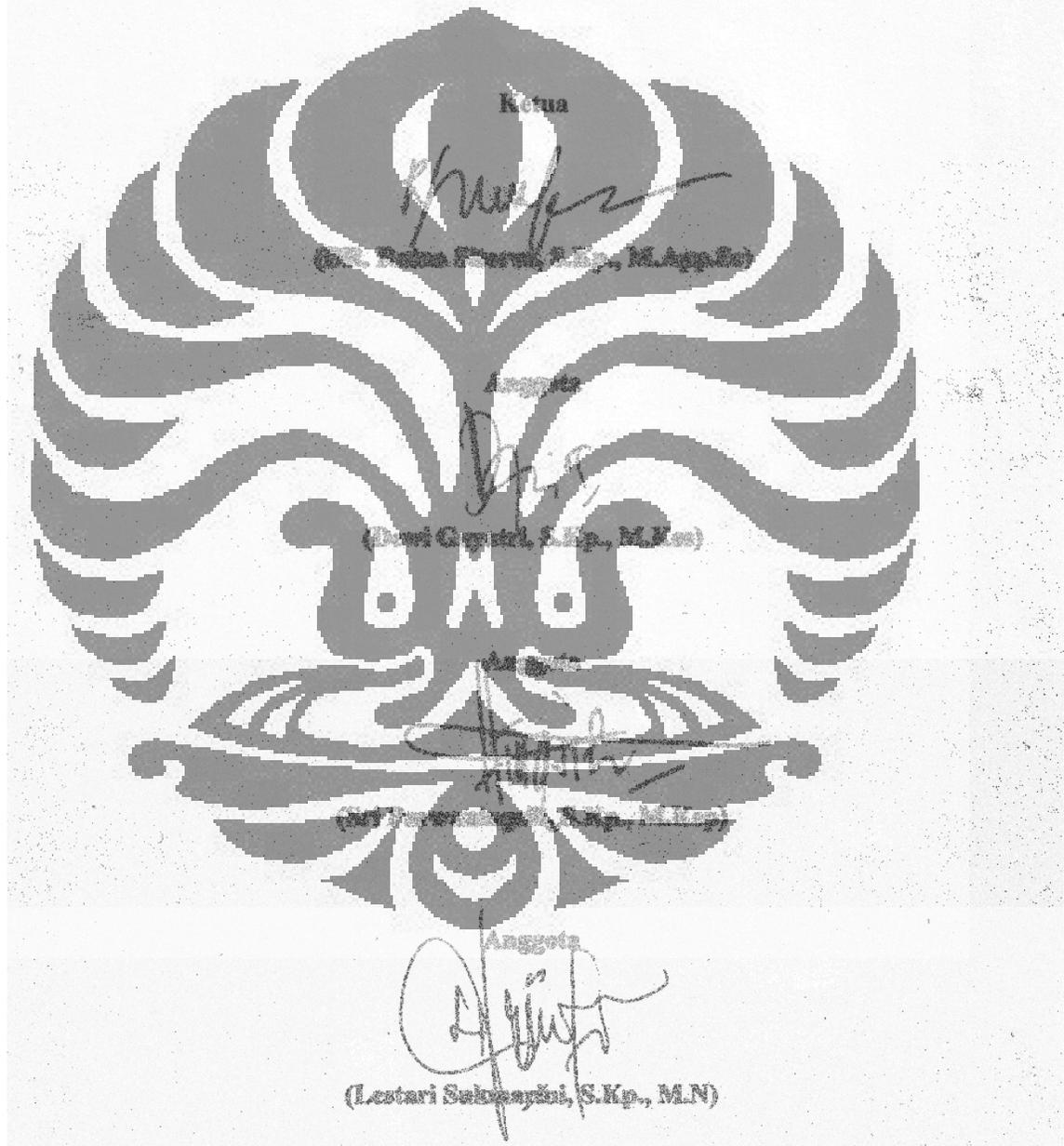
Pembimbing II



(Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes)

**PANITIA SIDANG TESIS
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Jakarta, 23 Desember 2008



**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Desember 2008

Maria Diah Ciptaning Tyas

Hubungan Perawatan Diri dan Persepsi Sakit dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di Kota Blitar

xv + 109 halaman + 18 tabel + 4 diagram + 2 skema + 11 lampiran

ABSTRAK

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit kronis, dan Indonesia menempati urutan ke-4 jumlah pasien DM di dunia. Perawatan diri dan persepsi sakit membantu mengontrol gula darah, sehingga mencegah munculnya gejala lebih lanjut ataupun komplikasi DM yang membuat pasien menurun kualitas hidupnya. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi hubungan perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan. Metodologi penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain analitik menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian terdiri dari 122 responden dengan teknik pengambilan sampel *purposive*. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata usia 58,43 tahun, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, berpendidikan tinggi, terapi yang dilakukan Obat Hipoglikemik Oral (OHO), dengan rata-rata lama sakit 7,64 tahun dan mengalami komplikasi akibat penyakit DM. Analisis hubungan menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup ($p < 0,05$). Analisis lebih lanjut menunjukkan responden dengan persepsi sakit positif memiliki peluang 93 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding persepsi sakit negatif (95% CI: 16,89-541,38) dan responden yang taat melakukan perawatan diri memiliki peluang 24 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding responden yang kurang taat (95% CI: 5,06-118,79). Berdasarkan penelitian ini disarankan perlunya peningkatan kemampuan perawatan diri pasien dan persepsi sakit melalui pengoptimalan program pendidikan kesehatan yang terprogram dan kelompok diabetes.

Kata kunci : perawatan diri, persepsi sakit, kualitas hidup, DM tipe 2

Referensi : 83 (1995 – 2008)

**POSTGRADUATE PROGRAM - NURSING SCIENCE FACULTY INDONESIA
UNIVERSITY**

Thesis, December 2008

Maria Diah Ciptaning Tyas

**Correlation Self Care and Illness Perception with Quality of Life Patients DM Type 2 in
Nursing Care Context at Blitar**

xv + 109 pages + 18 tables + 4 diagrams + 2 schemes + 11 appendixes

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic illness, Indonesia placed the fourth rank of DM population the world. Self care and illness perceptions are helping control blood glucose, therefore to prevent the occurrence of symptoms or it's complication that reduce quality of life. This study aimed to identify correlation between self care and illness perception with quality of life of type 2 diabetic patients in nursing care context. Research methodology was quantitative research with analytic design using cross sectional approach. The sample consisted of 122 respondents who were taken by purposive sampling technique. The result showed mean of age respondent was 58.43 years old, the majority was female, have high education level, use Oral Hypoglycemic Medication, the mean duration of DM 7.64 years and have complication of DM. Correlation analysis revealed that there was a significant correlation between self care and illness perception with quality of life ($p < 0.05$). Further analysis showed that respondents who had positive illness perception were 93 times had better quality of life than negative perception (95% CI; 16.89-541.38). In addition, respondents who adherence in self care had 24 times had better quality of life than respondents who less adherence (95% CI: 5.06-118.79). Based on this result suggested to increase self care patient's ability and illness perception through taking optimal health education programme and diabetic discussion group.

Keyword: self care, illness perception, quality of life, DM type 2

Reference: 83 (1995-2008)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan pada Tuhan yang Maha Kasih atas karunia dan berkat-Nya akhirnya peneliti dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “Hubungan Perawatan Diri dan Persepsi Sakit dengan Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Mellitus tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di Kota Blitar”. Penelitian ini disusun sebagai syarat untuk memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis juga menyampaikan terima kasih atas dukungan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak kepada :

1. Dewi Irawaty, MA., PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Krisna Yetty, S.Kp., M. App. Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus selaku koordinator mata kuliah tesis
3. Dr. Ratna Sitorus, M. App. Sc., selaku pembimbing I yang telah banyak memberi dukungan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
4. Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing II yang telah banyak memberi masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. dr. Husein Abdul Rahman, selaku Direktur BPK RSD Mardi Waluyo Kota Blitar yang telah memberikan izin untuk melakukan studi pendahuluan dan melakukan pengambilan data untuk penelitian.

6. dr. A.W Soehapto, DHSM selaku Direktur RS Katolik Budi Rahayu Kota Blitar yang telah memberikan ijin untuk melakukan pengambilan data untuk penelitian.
7. Perawat Poli Penyakit Dalam BPK RSD Mardi Waluyo dan Poliklinik RSK Budi Rahayu Kota Blitar yang telah membantu dalam proses penelitian.
8. Bapak, Ibu, Mas, Mbak dan keponakan tercinta yang selalu memberi dukungan melalui doa dan cinta selama penulis menjalani studi.
9. Teman-teman Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UI khususnya Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah angkatan IV, yang saling membantu dan mendukung dalam menyelesaikan tesis ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini.

Penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun untuk kesempurnaan penelitian ini karena penulis menyadari dalam penyusunan laporan penelitian ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan.

Penulis berharap semoga penelitian ini memberikan manfaat bagi orang lain, khususnya penderita DM tipe 2.

Jakarta, Desember 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR DIAGRAM	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Diabetes Mellitus.....	10
B. Persepsi Sakit	20
C. Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus	23

D. Kualitas Hidup	37
E. Kerangka Teori	42

BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI

OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep	43
B. Hipotesis	45
C. Definisi Operasional	46

BAB IV : METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	49
B. Populasi dan Sampel	49
C. Tempat Penelitian	52
D. Waktu Penelitian	52
E. Etika Penelitian	52
F. Alat Pengumpul Data dan Prosedur Pengumpul Data	54
G. Validitas dan Reliabilitas Instrumen	58
H. Pengolahan Data	61
I. Analisis Data	62

BAB V : HASIL PENELITIAN

A. Analisis Univariat	65
B. Analisis Bivariat	71

C. Analisis Multivariat	79
-------------------------------	----

BAB VI : PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	84
B. Keterbatasan Penelitian	104
C. Implikasi Hasil Penelitian dalam Keperawatan	105

BAB VII: SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	107
B. Saran	108

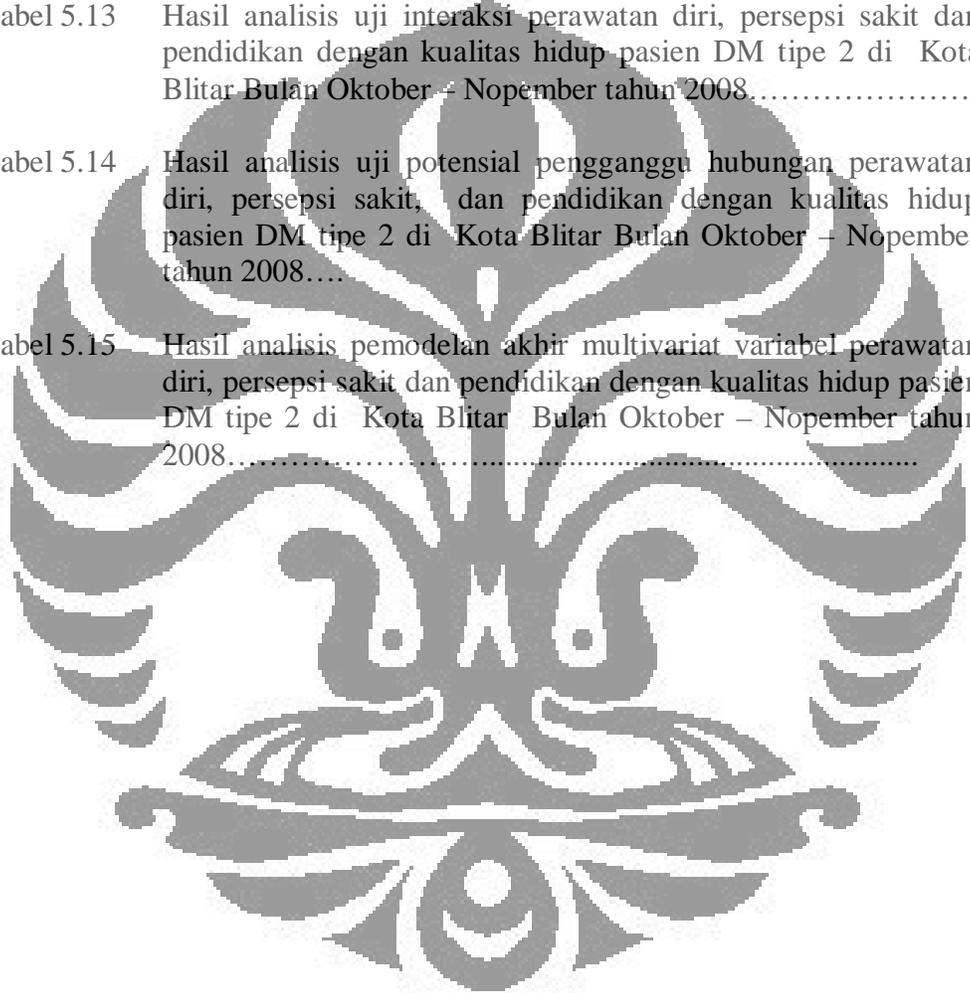
DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

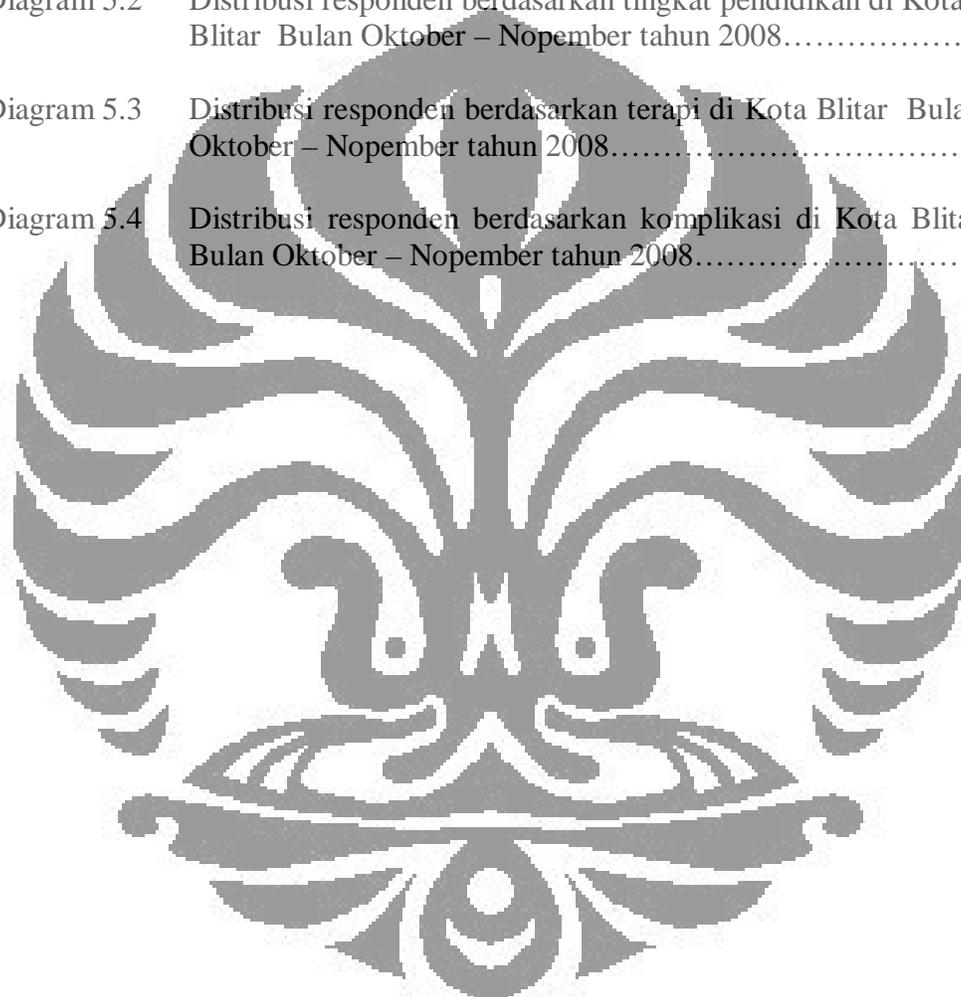
	Hal
Tabel 2.1	Kadar gula darah sewaktu dan puasa..... 14
Tabel 3.1	Definisi Operasional 46
Tabel 4.1	Uji Statistik Bivariat..... 62
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan usia dan lama menderita DM di Kota Blitar bulan Oktober – Nopember 2008..... 65
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan perawatan diri DM, persepsi sakit dan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar bulan Oktober – Nopember 2008..... 70
Tabel 5.3	Hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember 2008..... 71
Tabel 5.4	Hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember 2008..... 72
Tabel 5.5	Hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember 2008..... 73
Tabel 5.6	Hubungan antara terapi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember 2008..... 74
Tabel 5.7	Hubungan antara lama sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember 2008..... 75
Tabel 5.8	Hubungan antara komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember 2008..... 76
Tabel 5.9	Hubungan antara perawatan diri dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember 2008..... 77
Tabel 5.10	Hubungan antara persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember 2008..... 78

Tabel 5.11	Hasil seleksi bivariat uji regresi logistik perawatan diri, persepsi sakit, jenis kelamin, usia, pendidikan, terapi, lama sakit dan komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008.....	79
Tabel 5.12	Hasil analisis pemodelan multivariat variabel perawatan diri, persepsi sakit dan pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008.....	80
Tabel 5.13	Hasil analisis uji interaksi perawatan diri, persepsi sakit dan pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008.....	81
Tabel 5.14	Hasil analisis uji potensial pengganggu hubungan perawatan diri, persepsi sakit, dan pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008....	81
Tabel 5.15	Hasil analisis pemodelan akhir multivariat variabel perawatan diri, persepsi sakit dan pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008.....	82



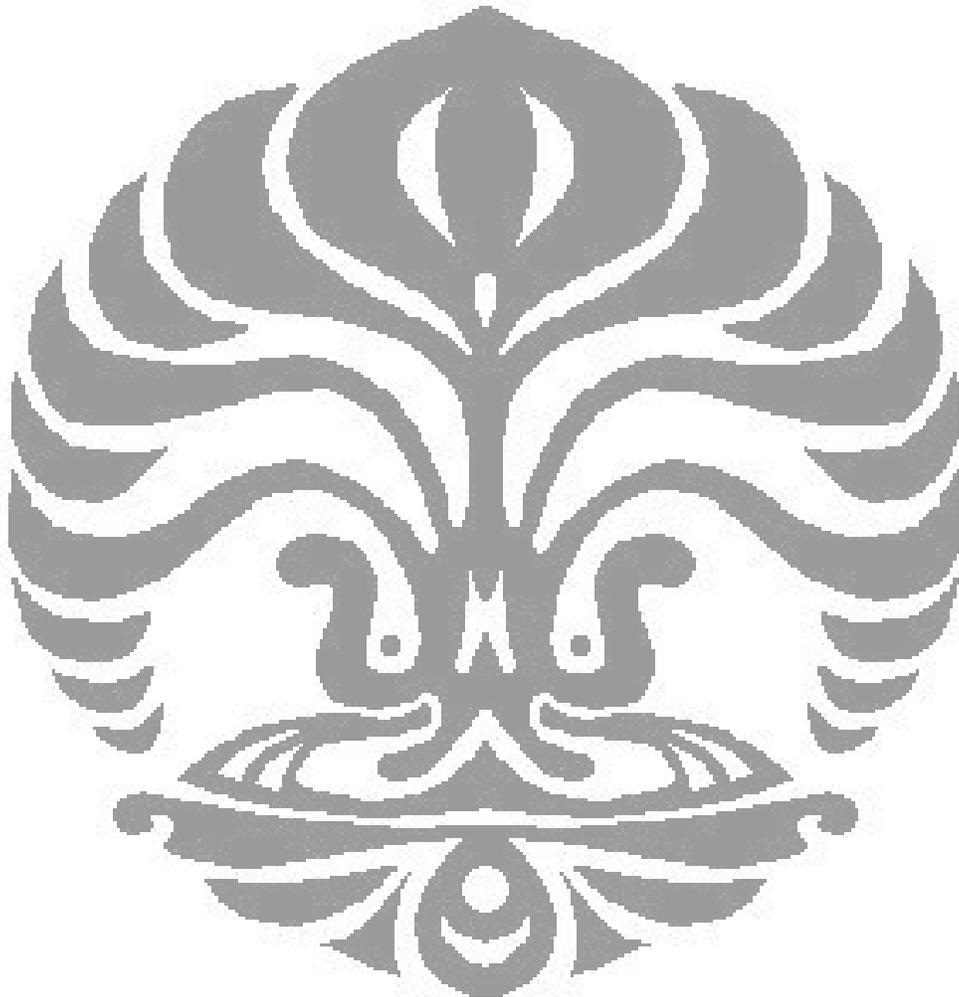
DAFTAR DIAGRAM

	Hal
Diagram 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008.....	66
Diagram 5.2 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008.....	67
Diagram 5.3 Distribusi responden berdasarkan terapi di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008.....	68
Diagram 5.4 Distribusi responden berdasarkan komplikasi di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008.....	69



DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Kerangka Teori	42
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	44



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Riset
- Lampiran 2 Surat Pernyataan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Data Demografi
- Lampiran 4 Kuesioner Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2
- Lampiran 5 Kuesioner Perawatan Diri Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2
- Lampiran 6 Kuesioner Persepsi Sakit Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2
- Lampiran 7 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 8 Surat Keterangan untuk Melakukan Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Daerah Kota Blitar
- Lampiran 9 Surat Keterangan sudah Melakukan Penelitian di BPK RSD Mardi Waluyo Kota Blitar
- Lampiran 10 Surat Keterangan sudah Melakukan Penelitian di RSK Budi Rahayu Kota Blitar
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit metabolik dimana kemampuan tubuh untuk menggunakan glukosa, lemak dan protein terganggu, berhubungan dengan kurangnya insulin atau resistensi insulin (Dunning, 2003). Seluruh pasien DM yang paling banyak adalah DM tipe 2 mencapai 90% - 95% dan didiagnosa DM setelah usia 40 tahun (Black & Hawk, 2005). Kira-kira 1,3 juta kasus baru DM didiagnosa setiap tahun di Amerika. Dari penyakit kronis ini diperkirakan 18,2 juta orang, 13 juta telah terdiagnosa dan diperkirakan 5,3 juta tidak terdiagnosa (National Institutes of Health (NIH), 2004 dalam LeMone & Burke, 2006).

DM menempati urutan ke-6 sebagai penyebab kematian yang disertai komplikasi penyakit kardiovaskuler di Amerika (LeMone & Burke, 2006). Menurut data WHO, Indonesia menempati urutan ke-4 terbesar dalam jumlah pasien DM di dunia setelah negara India, Cina, dan Amerika Serikat. Pada tahun 2000, di Indonesia jumlah pasien DM 5,6 juta (Maulana, 2008). Sedangkan dalam Diabetes Atlas 2000 (*International Diabetes Federation*) diperkirakan penduduk Indonesia yang berusia di atas 20 tahun berjumlah sebesar 125 juta dan dengan asumsi prevalensi DM sebesar 4,6%, diperkirakan berjumlah 5,6 juta. Pada 2006 jumlah penyandang DM

(diabetasi) di Indonesia mencapai 14 juta orang dan baru 50% penderita yang sadar mengidap DM (Pusat Data & Informasi – Persi, 2008). Berdasarkan pola pertumbuhan penduduk saat ini, diperkirakan pada tahun 2020 akan ada sejumlah 178 juta penduduk berusia diatas 20 tahun dan dengan asumsi prevalensi DM sebesar 4,6% akan didapatkan 8,2 juta pasien DM (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007).

Berdasarkan laporan tahunan di BPK RSD Mardi Waluyo Kota Blitar, jumlah pasien DM yang menjalani rawat inap 3 tahun terakhir menunjukkan peningkatan angka kejadian dan termasuk dalam 10 penyakit terbanyak di rawat inap. Pada tahun 2005 sebanyak 233 orang (3,18%), tahun 2006 sebanyak 313 (3,30%) dan tahun 2007 sebanyak 305 (2,55%). Sedangkan jumlah pasien DM yang menjalani pemeriksaan rawat jalan di Poli Penyakit Dalam pada tahun 2005 sebanyak 400 orang, tahun 2006 sebanyak 494 orang dan pada tahun 2007 mengalami penurunan yaitu 450 orang (Laporan Tahunan BPK RSD Mardi Waluyo, 2008).

Penyakit DM bila tidak dikelola dengan baik, akan menyebabkan penyakit penyulit, akibat terjadinya kerusakan dari pembuluh darah. Kerusakan pembuluh darah kecil dapat menimbulkan kerusakan pada retina mata, ginjal (bahkan gagal ginjal terminal dan harus cuci darah), serta penyakit saraf. Kerusakan yang terjadi pada pembuluh darah besar mengakibatkan penyakit kardiovaskuler meningkat antara 2 – 4 kali lipat dan risiko terkena serangan stroke naik hingga 2 kali lipat (Maulana, 2006).

Komplikasi akut seperti hipoglikemi dan ketoasidosis dapat terjadi dalam perjalanan penyakit DM. Komplikasi akut tersebut masih menjadi masalah utama karena angka kematian disebabkan komplikasi tersebut masih tinggi. Periode tahun 1990, hasil pengamatan di Bidang Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM terdapat 152 pasien dirawat dengan angka kematian oleh karena ketoasidosis sebesar 24,9% dari 15 kasus dan hipoglikemi 33,3% dari 3 kasus (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007). Untuk mencegah terjadinya komplikasi dilakukan pengelolaan DM dengan tepat.

Pengelolaan DM dilakukan oleh tim yang terdiri dari dokter, ahli gizi, perawat, petugas kesehatan lain serta pasien itu sendiri (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007). Pengelolaan DM yang dilakukan oleh pasien sendiri disebut perawatan diri (*self care*). Perawatan diri merupakan komponen yang sangat penting di dalam penatalaksanaan DM. Perilaku perawatan diri pasien DM dipertimbangkan berkontribusi besar dalam perawatan DM. Perilaku perawatan diri untuk pasien DM meliputi diet, medikasi, monitoring glukosa, latihan fisik dan perawatan kaki (Polly, 1992, dalam Surit, 2001). Hasil akhir perawatan diri yang dilakukan oleh pasien bisa diukur dengan kontrol gula darah. Pada 2006 dari 14 juta orang penyandang DM, hanya sekitar 30% di antaranya melakukan pengobatan secara teratur (Pusat Data & Informasi – Persi, 2008).

Penelitian yang dilakukan Barnes, Moss-Morris dan Kaufusi (2004) didapatkan hasil, keyakinan akan sakit responden berhubungan dengan kurangnya ketaatan pada diet dan pengobatan yang dilakukan. Adanya persepsi yang negatif terhadap sakit

atau penatalaksanaan penyakit yang akan diketahui atau dikenal oleh pasien akan mempengaruhi dalam mengambil keputusan dalam merespon rasa sakit.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada beberapa pasien DM yang menjalani rawat inap di RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pada bulan April 2008, 3 dari 5 pasien yang mengalami ulkus pedis diabetik, ulkus muncul karena perawatan diri yang kurang / tidak baik. Saat awal muncul luka, 1 pasien menganggap luka bisa dirawat sendiri, 2 pasien menyatakan kalau dirawat dirumah sakit pasti akan diamputasi sehingga memutuskan untuk merawat luka sendiri. Pada akhirnya luka meluas diakibatkan perawatan yang kurang tepat dan pasien harus diamputasi sehingga mengalami kecacatan. Persepsi negatif terhadap sakit akan menimbulkan munculnya penyulit pada DM, diakibatkan pasien akan mengambil keputusan yang akhirnya memberikan dampak negatif terhadap penyakitnya sampai terjadi kecacatan bahkan kematian.

Pasien DM dengan pengetahuan yang kurang akan memiliki persepsi negatif tentang penyakit, akibatnya salah dalam membuat keputusan tentang penatalaksanaan penyakit. Dampak dari tidak dilakukannya perawatan diri, pasien akan mengalami penyulit dan muncul masalah psikologis akibat tidak terkontrolnya kadar glukosa darah, kurang nutrisi, risiko kerusakan integritas kulit, risiko infeksi dan munculnya masalah psikososial antara lain pasien DM akan menemui masalah yaitu merasa tidak ada dukungan dari lingkungan, putus asa dan depresi ataupun tidak ada harapan untuk mengontrol DM.

Kebutuhan perawatan diri DM yang lama dan tidak terkontrolnya gula darah memunculkan masalah fisik dan psikososial meliputi perasaan kelelahan, nyeri, susah tidur, stres, depresi dan merasa sendiri. Kondisi tersebut biasanya memunculkan frustrasi yang kronis, ketakutan, hilang harapan, serta putus asa kemungkinan mencegah komplikasi jangka panjang sehingga terjadi penurunan kualitas hidup (Polonsky, 2000).

Penelitian yang dilakukan Goldney, et al (2004) kejadian depresi pada populasi DM terdapat 24 % dibandingkan populasi non DM terdapat 17%. Kejadian depresi memberikan dampak yang bermakna pada kualitas hidup. Sedangkan penelitian yang dilakukan Sullivan, Weinert dan Cudney (2003) tentang *Management of Chronic illness* pada 464 wanita yang mengalami penyakit kronis seperti DM, kanker, rheumatoid dan multipelsklerosis di USA didapatkan hasil, kelelahan dan nyeri merupakan dampak gejala fisik utama yang berdampak terhadap kualitas hidup responden dengan data 119 responden mengalami gangguan tidur dan 92 responden mengalami nyeri. Pengalaman emosi pada pasien yang mengalami penyakit kronis, mengalami depresi 50 orang, takut 26 orang, putus asa 16 orang, marah 15 orang, frustrasi 13 orang, sendiri/isolasi 7 orang, dan merasa salah 7 orang.

Sofiani (2008) melakukan penelitian mengenai analisis hubungan karakteristik dan budaya pasien DM yang mengalami amputasi kaki dengan kualitas hidup di DKI Jakarta, didapatkan hasil 28,9% dari 76 pasien DM mengalami kualitas hidup cukup dan 71,1% mengalami kualitas hidup baik. Pasien DM dengan kualitas hidup baik

yang disertai < 3 penyakit komplikasi terdapat 72,9%, ini menunjukkan komplikasi memiliki hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup pasien DM.

Perawat memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan pasien DM meliputi pengkajian, merumuskan masalah perawatan, menyusun intervensi perawatan dan mengevaluasi tindakan perawatan yang telah diberikan. Pengkajian pada pasien DM dilakukan meliputi aspek fisik, psikologis, dan sosial yang disebabkan munculnya tanda dan gejala dari DM. Selama ini setiap bertemu atau kontak dengan pasien DM yang difokuskan untuk digali adalah masalah fisik saja, karena yang tampak jelas bila seseorang datang ke pelayanan kesehatan adalah gejala fisik. Munculnya gejala fisik dan perawatan DM dalam waktu yang panjang akan memberikan persepsi yang berbeda-beda pada beberapa pasien. Persepsi terhadap sakit tergantung pengalaman individu tentang penyakit tersebut, yang didapat dari orang lain, media atau dari pasien sendiri. Hasil wawancara peneliti dengan beberapa perawat tentang bagaimana perilaku pasien DM dalam perawatan diri, persepsi pasien tentang sakit, dan apakah ada dampak terhadap fisik dan psikososial pasien, didapatkan data belum semua perawat melakukan pengkajian dengan menyeluruh meliputi aspek biopsikososial.

Berdasarkan fenomena tersebut di atas penulis tertarik untuk mengkaji lebih jauh tentang “Hubungan perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Kota Blitar”.

B. Rumusan Masalah

DM merupakan penyakit metabolik yang memerlukan pengelolaan seumur hidup sehingga gula darah terkontrol dan mencegah terjadi komplikasi. Salah satu pengelolaan DM yang dilakukan pasien adalah aktifitas perawatan diri, meliputi meliputi diet, medikasi, monitoring glukosa, latihan fisik dan perawatan kaki. Untuk melakukan perawatan diri DM diperlukan kemampuan penerimaan diri pasien terhadap sakitnya. Persepsi yang salah dari pasien akan mengakibatkan tidak melakukan perawatan diri yang dianjurkan bahkan membuat keputusan yang salah, sehingga gula darah tidak terkontrol.

Kualitas hidup merupakan kondisi sejahtera yang bersumber dari kepuasan dan ketidakpuasan dalam bagian hidup yang penting dari pasien DM, meliputi kemampuan melakukan fungsi fisik, psikologis, dan fungsi sosial. Pada pasien DM dengan gula darah yang tidak terkontrol, dengan berjalannya waktu akan mengakibatkan munculnya komplikasi. Kejadian komplikasi penyakit DM menyebabkan munculnya masalah baik fisik, psikologis, dan sosial. Kebutuhan perawatan diri pasien DM menyebabkan beban untuk pasien dan frustrasi. Dampak munculnya komplikasi jangka panjang dapat menyebabkan perubahan kemampuan untuk melakukan fungsi fisik, psikologis dan sosial. Dengan adanya fenomena tersebut maka penulis mengkaji masalah tentang “hubungan perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di Kota Blitar.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien DM tipe 2
- b. Mengidentifikasi perawatan diri pasien DM tipe 2
- c. Mengidentifikasi persepsi sakit pasien DM tipe 2
- d. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien DM tipe 2
- e. Mengidentifikasi hubungan antara perawatan diri dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
- f. Mengidentifikasi hubungan antara persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
- g. Menganalisis hubungan antara usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lamanya menderita DM dan komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
- h. Menganalisis perbedaan terapi yang dilakukan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
- i. Menganalisis hubungan antara perawatan diri dan persepsi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 setelah dikontrol usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, terapi yang dilakukan, lamanya menderita DM dan komplikasi.

D. Manfaat Penelitian

1. Pelayanan dan masyarakat.

Hasil penelitian ini bermanfaat untuk institusi pelayanan dalam meningkatkan program untuk meningkatkan persepsi sakit menjadi positif sehingga masyarakat mampu melakukan tindakan perawatan DM secara mandiri untuk mengontrol kadar glukosa darah dan terjadi peningkatan kualitas hidup.

2. Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini menjadi dasar untuk perkembangan keperawatan terutama pengembangan intervensi untuk meningkatkan persepsi sakit (*illness perception*) pasien DM dengan melakukan penelitian lebih lanjut dan peningkatan kemampuan perawat dalam memberikan perawatan secara komprehensif meliputi aspek biopsikososial terutama peningkatan kemandirian pasien DM dalam melakukan perawatan diri sehingga tercapai kualitas hidup yang baik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Mellitus

1. Definisi

Beberapa literatur menuliskan bermacam-macam definisi dari diabetes mellitus (DM). DM adalah penyakit metabolik dengan karakteristik peningkatan kadar gula di dalam darah/hiperglikemi (*hyperglycemia*) yang dihasilkan dari gangguan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (*American Diabetes Association (ADA), 2005 dalam Smeltzer & Bare, 2008; Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007*). Sedangkan LeMone & Burke (2008) mengatakan bahwa definisi DM merupakan penyakit kronik umumnya pada orang dewasa yang memerlukan pengawasan medis dan pendidikan tentang perawatan diri. Beberapa sumber tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa definisi dari DM merupakan penyakit kronik sistemik dengan karakteristik terjadi defisiensi insulin atau penurunan penggunaan insulin oleh tubuh sehingga terjadi peningkatan kadar gula dalam darah/hiperglikemi (*hyperglycemia*) yang memerlukan pengawasan secara terus-menerus dan pendidikan tentang perawatan diri.

2. Klasifikasi dan Patofisiologi

Penyakit DM yang paling pokok terjadi hiperglikemi kronis (tingginya kadar gula dalam darah) yang diakibatkan gangguan sekresi insulin, dalam kerja insulin atau keduanya. Dalam Ignatavicius & Workman (2006) penyakit DM diklasifikasikan berdasarkan penyebab kurangnya insulin dan tingkat keparahan kekurangan insulin. Klasifikasi penyakit DM dan karakteristik (LeMone & Burke, 2008; Ignatavicius & Workman, 2006 & Maulana, 2008):

- a. DM tipe 1 (5% - 10% dari kasus yang terdiagnosa) yang disebut DM *juvenile* atau *insulin-dependent diabetes mellitus* (IDDM).
- b. DM tipe 2 (90% - 95% dari kasus yang terdiagnosa) atau disebut *non-insulin-dependent diabetes mellitus* (NIDDM).
- c. DM tipe lain (1% - 2% dari kasus yang terdiagnosa)

Kondisi hiperglikemi disebabkan : kelainan genetik fungsi sel beta. Hiperglikemi terjadi pada usia awal (bisaanya sebelum 25 tahun) tipe ini disebut *maturity-onset diabetes of the young (MODY)*, kelainan genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, *Endocrinopathies*: akromegali, hipertiroid, aldosteronoma, *Cushing's disease*, obat atau bahan kimia, infeksi (rubella, cytomegalovirus), sindrom genetik lain yang berhubungan dengan DM (*syndrome Down, syndrom Klinefelter, syndrom Turner*, penyakit *Huntington* dan yang lain).

- d. DM gestasional (*Gestational Diabetes Mellitus/GDM*) (2% - 5% dari kasus kehamilan)

Insulin di dalam tubuh diperlukan untuk transport glukosa ke dalam sel. Kekurangan insulin pada DM, dari kurang produksi atau adanya masalah dalam penggunaan insulin yaitu sel reseptor, yang mencegah penggunaan glukosa untuk energi. Tanpa insulin, tubuh akan memecah lemak dan protein tubuh. Tingkat *counterregulatory hormone* meningkat sehingga membentuk glukosa dari sumber lain : penurunan *glycogenesis* (konversi glukosa menjadi glikogen), peningkatan *glycogenolysis* (konversi *glycogen* menjadi glukosa), peningkatan *gluconeogenesis* (pembentukan glukosa dari sumber nonkarbohidrat seperti asam amino dan laktat), peningkatan *lypolisis* (pemecahan trigliserida menjadi gliserol dan asam lemak bebas), peningkatan ketogenesis (pembentukan keton dari asam lemak bebas) dan proteolisis (pemecahan protein dengan pelepasan asam amino dalam otot) (Ignatavicius & Workman, 2006). Sehingga terjadi akumulasi glukosa di dalam darah, yang disebut *hyperglycemia*.

Hyperglycemia menyebabkan hiperosmolaritas serum, menarik air dari intraseluler ke dalam sirkulasi general. Peningkatan volume darah, menyebabkan peningkatan aliran darah ke ginjal, dan terjadi diuresis osmotik yang meningkatkan keluaran urine, kondisi ini disebut poliuri. Penurunan volume intraseluler dan peningkatan keluaran urine menyebabkan dehidrasi. Mulut menjadi kering dan sensor haus aktif, menyebabkan seseorang meningkatkan jumlah cairan yang diminum dan disebut polidipsi. Karena glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel tanpa insulin, produksi energi turun. Penurunan energi tersebut menstimulasi lapar, dan seseorang makan dengan jumlah lebih banyak (poliphagi). Meskipun intake makanan seseorang meningkat, dia mengalami

penurunan berat badan akibat hilangnya air dan pemecahan protein dan lemak sebagai usaha memperbaiki sumber energi (Black & Hawk, 2005; Ignatavicius & Workman, 2006; LeMone & Burke, 2008 & Maulana, 2008).

3. Diagnosa dan Manifestasi Klinis

Pada umumnya seseorang didiagnosa menderita DM atau dilakukan pemeriksaan setelah muncul gejala khas dari DM seperti poliuri, polidipsi dan poliphagi atau saat berobat untuk penyakit lain seperti saat akan dilakukan pembedahan, pasien baru mengetahui menderita DM. Faktor-faktor resiko DM pada seseorang (Smeltzer & Bare, 2000) : riwayat keluarga, usia, kelompok etnis dan berat badan.

Menurut Soegondo (2006) kecurigaan adanya DM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan klasik DM seperti: poliuria, polidipsia, polifagia, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Keluhan lain berupa : lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.

Diagnosis DM harus didasarkan atas pemeriksaan kadar glukosa darah dan tidak dapat ditegakkan hanya atas dasar adanya glukosuria saja. Dalam menentukan diagnosis DM harus diperhatikan asal bahan darah yang diambil dan cara pemeriksaan yang dipakai. Untuk pemeriksaan DM, dianjurkan pemeriksaan glukosa dengan cara enzimatis menggunakan bahan darah plasma vena, bisa juga menggunakan bahan darah utuh (*whole blood*), vena atau kapiler dengan

memperhatikan angka-angka kriteria diagnostik yang berbeda sesuai pembakuan oleh WHO (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007).

Diagnosis DM dapat dilakukan dengan tiga cara, pertama jika keluhan klasik ditemukan, pemeriksaan glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM. Kedua dilakukan pemeriksaan Tes Toleransi Oral (TTGO), meskipun tes tersebut dengan beban 75 gram lebih sensitif dan spesifik tetapi TTGO sulit dilakukan berulang-ulang dan jarang dilakukan. Ketiga, dilakukan pemeriksaan gula darah puasa, pemeriksaan tersebut murah dan mudah dilakukan (Smeltzer & Bare, 2002; Soegondo, et al, 2006). Table 2.1 menunjukkan patokan dalam menyaring dan mendiagnosa DM.

Tabel 2.1.
Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl)

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)	Plasma Vena	< 100	100 – 199	≥ 200
	Darah kapiler	< 90	90 – 199	≥ 200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dl)	Plasma vena	< 100	100 – 125	≥ 126
	Darah kapiler	< 90	90 – 99	≥ 100

(Sumber : Soegondo, 2006,hlm. 4)

Manifestasi klinis yang muncul pada pasien DM diantara beberapa tipe sama yaitu muncul tanda khas antara lain : poliuri, polidipsi, poliphagi dan penurunan berat badan. Pada DM tipe 1 pada umumnya kejadian mendadak (akut), terjadi pada usia muda, malaise, fatigue dan lebih mudah untuk terjadi ketoasidosis.

Pada DM tipe 2 munculnya manifestasi klinis terjadi secara perlahan. Yang paling khusus muncul adalah poliuria dan polidipsi, gejala poliphagia tidak selalu tampak. Manifestasi klinis yang lain penglihatan kabur, fatigue, paresthesia dan infeksi kaki. Ketoasidosis terjadi pada saat pasien mengalami stres fisik atau emosional yang mengakibatkan penurunan insulin (LeMone & Burke, 2008; Black & Hawk, 2005; Perkeni, 2002; Sustrani, 2006).

4. Komplikasi

Gejala-gejala DM yang tidak segera diatasi kemungkinan akan berkembang menjadi gangguan yang lebih parah atau telah terjadi komplikasi. DM sudah berkembang sejak lama (sekitar 12 tahun) sebelum sampai menunjukkan gejala-gejala yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium. Pasien DM tanpa memperhatikan tipe, meningkat risiko untuk terjadi komplikasi pada sistem tubuh.

Komplikasi yang terjadi pada pasien DM terbagi menjadi 2 yaitu : komplikasi akut dan komplikasi kronik (Black & Hawk, 2005; Ignatavicius & Workman, 2006; LeMone & Burke, 2008; Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007 & Maulana, 2008):

a. Komplikasi akut

Ada tiga komplikasi akut pada pasien DM, yang terjadi berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek, antara lain :

1) Hipoglikemi

Hipoglikemi sering terjadi pada pasien DM tipe 1 dan adakalanya terjadi pada DM tipe 2 yang mendapatkan terapi obat hipoglikemik oral (OHO) atau insulin. Pada DM tipe 1 kondisi ini disebut *insulin shock*, reaksi insulin atau “*the low*”. Hipoglikemi (kadar glukosa darah yang abnormal rendah) terjadi kalau kadar glukosa darah turun di bawah 50 – 60 mg/dl.

Kondisi tersebut karena ketidakseimbangan antara intake insulin (kesalahan dosis insulin), aktifitas fisik, dan sediaan karbohidrat. Sebab lain bisa dari intake alkohol dan obat (chlorampenicol, coumadin, monoamine oxidase inhibitors, probenecid, salicylates dan sulfanamides).

Gejala yang muncul dapat berupa gejala yang ringan seperti gelisah, tremor sampai dengan gejala yang berat berupa disorientasi, serangan kejang ataupun koma.

2) Ketoasidosis diabetik

Ketoasidosis diabetik (KAD) merupakan defisiensi insulin berat dan akut, akibat infeksi, lupa menyuntikkan insulin, pola makan yang terlalu bebas atau stres. KAD adalah suatu kondisi terakumulasinya badan keton di dalam darah (ketosis) dan dieksresi melalui urin (ketonuria) akibat peningkatan metabolisme lemak dalam memenuhi kebutuhan energi tubuh.

3) Hiperglikemik Hiperosmolar Non Ketotik (HHNK) atau Hiper Osmolar Non Ketotik (HONK)

Sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non Ketotik (HHNK) merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan

disertai perubahan kesadaran (*sense of awareness*). Kondisi tersebut dikarakteristikan dengan hiperglikemia berat (600 sampai 2000 mg/dl). Keadaan hiperglikemi menyebabkan diuresis osmotik sehingga terjadi kehilangan cairan dan elektrolit. Pada HHNK tidak terjadi ketosis dan asidosis seperti yang terjadi pada KAD, karena pada HHNK masih terdapat insulin tetapi tidak mencukupi untuk mencegah hiperglikemi dan cukup untuk mencegah pemecahan lemak.

b. Komplikasi kronik

Komplikasi kronik yang terjadi pada pasien DM akibat kerusakan dari pembuluh darah yang mengakibatkan penyakit makrovaskuler *coronary artery disease* (CAD), penyakit serebrovaskuler, hipertensi, penyakit vaskuler perifer dan infeksi, penyakit mikrovaskuler (retinopati dan nefropati) dan neuropati (disfungsi sensori motor dan autonom). Komplikasi jangka panjang muncul pada DM tipe 1 maupun tipe 2 tidak muncul pada 5 sampai 10 tahun pertama setelah didignosa DM.

5. Faktor Psikologis pada DM

Pasien penyakit kronik pada umumnya tidak hanya mengalami gangguan pada fisik saja, melainkan juga pada aspek psikologis. Pengaruh terhadap aspek psikologis tidak hanya dalam waktu yang singkat tetapi bisa muncul dalam waktu yang lama, sejalan dengan penyakit DM yang memerlukan perawatan diri terus-menerus untuk menjaga atau mempertahankan kadar glukosa darah. Wrigth (2008) mengatakan faktor-faktor yang mempengaruhi pemahaman pasien tentang

DM, antara lain : kepribadian dan temperamen, keyakinan akan kesehatan khususnya tentang DM, jenis DM serta pengobatan, ada tidaknya komplikasi yang dialami, ada tidaknya masalah psikologis, keyakinan atau agama, dukungan dari keluarga serta masyarakat, usia dan pekerjaan.

6. Pengelolaan

Tujuan pengelolaan DM adalah mencoba menormalkan aktifitas insulin dan kadar glukosa dalam darah untuk mengurangi terjadinya penyulit menahun seperti penyakit serebrovaskuler, penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah tungkai, penyulit pada mata, ginjal dan saraf (Smeltzer & Bare, 2000 & Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007). Menurut Smeltzer & Bare (2000) terdapat lima komponen dalam penatalaksanaan DM : diet, latihan, pemantauan, terapi (jika diperlukan) dan pendidikan.

Di Indonesia pengelolaan dan pengendalian DM berdasarkan Konsensus Perkeni yang telah direvisi tahun 2002 yaitu terdapat 4 pilar utama pengelolaan DM, antara lain :

a. Perencanaan makan

Perencanaan makan sebagai pilar utama pengelolaan DM di dalam Konsensus Pengelolaan DM antara lain memberikan pedoman tentang kebutuhan gizi pasien DM dan anjuran penggunaan Daftar Bahan Makanan Penukar dalam penyuluhan perencanaan makan pasien dengan DM, yang bertujuan membantu pasien DM memperbaiki kebiasaan gizi dan olah raga

untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik (Soegondo, Soewondo & Subekti 2007).

b. Latihan jasmani

Latihan jasmani sangat penting dalam penatalaksanaan DM karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Latihan jasmani dianjurkan dilakukan secara teratur (3 – 4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit (Soegondo, Soewondo, & Subekti, 2007). Menurut Dr. Sadoso Sumosardjuno dalam Maulana (2008) olahraga yang disarankan untuk pasien DM dilakukan 6 hari seminggu dalam porsi sedang. Jenisnya aerobik seperti berjalan kaki atau senam, selama 20 – 45 menit/hari.

c. Obat yang berkhasiat hipoglikemik

Pengelolaan farmakologis DM berupa : obat hipoglikemik oral (OHO) dan insulin. Intervensi farmakologis dilakukan apabila sasaran glukosa darah belum tercapai dengan perencanaan makan dan latihan jasmani. Berdasarkan cara kerjanya OHO dibagi menjadi 4 golongan : pertama sebagai pemicu sekresi insulin (insulin *secretagogue*), kedua sebagai penambah sensitivitas terhadap insulin, ketiga bekerja sebagai penghambat glukoneogenesis dan keempat sebagai penghambat absorpsi glukosa (Soegondo, et al, 2006).

d. Penyuluhan

Penyuluhan yang diberikan tentang pengetahuan dan ketrampilan bagi pasien DM yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan

pemahaman pasien akan penyakitnya untuk mencapai keadaan sehat yang optimal dan penyesuaian psikologik serta kualitas hidup yang lebih baik dengan perubahan perilaku kesehatan yang mendukung pengontrolan kadar glukosa darah. Materi edukasi yang diberikan tentang : perjalanan penyakit DM, perlunya pengendalian dan pemantuan DM, penyulit DM dan risikonya, intervensi farmakologis dan nonfarmakologis, cara mengatasi kondisi akut, pentingnya latihan jasmani, pentingnya perawatan diri. Tim kesehatan mendampingi pasien untuk mencapai tujuan edukasi menuju perubahan perilaku (Soegondo, et al, 2006)

B. Persepsi Sakit (*Illness Perception*)

Persepsi merupakan respon individu mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Persepsi merupakan praktik/tindakan tingkat pertama yang diambil dari domain perilaku manusia psikomotor setelah kognitif dan afektif menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Notoadmojo (2007).

Sedangkan dalam Notoadmojo (2007) persepsi sakit (*illness perception*) memiliki definisi yang sama dengan *illness* yaitu penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialami. Beberapa faktor yang menyebabkan seseorang bereaksi terhadap sakit, yaitu :

- a. Dapat dilihat, dapat dikenali atau dirasakan menonjol dari gejala-gejala dan tanda-tanda yang menyimpang.
- b. Banyaknya gejala-gejala yang dianggap serius (perkiraan kemungkinan bahaya).

- c. Banyaknya gejala yang menyebabkan putusannya hubungan keluarga, pekerjaan dan aktitas yang lain.
- d. Frekuensi dari gejala dan tanda-tanda yang tampak, persistensinya dan frekuensi timbulnya.
- e. Nilai ambang dari mereka yang terkena.
- f. Informasi, pengetahuan, dan asumsi budaya, dan pengertian-pengertian dari yang menilai.
- g. Kebutuhan dasar (*basic need*) yang menyebabkan perilaku.
- h. Kebutuhan yang bersaing dengan respon sakit.
- i. Perbedaan interpretasi yang mungkin terhadap gejala yang dikenal.
- j. Tersedianya sumber daya, kedekatan fisik, biaya (juga biaya dalam sosial-ekonomi, jarak sosial) dan sebagainya.

Persepsi pasien tentang sakitnya perlu dikaji, antara lain tentang kekhawatiran dan ketakutan terhadap penyakit DM. Beberapa penelitian yang menggunakan *Leventhal's self-regulation model* ditemukan ada hubungan yang mendukung antara persepsi individu tentang ancaman dari penyakitnya dan tindakan yang diambil untuk mengelola ancaman penyakitnya (Jayne & Rankin, 2001).

The self-regulation model menyediakan struktur untuk mengerti faktor yang mempengaruhi bagaimana seseorang merasakan ancaman dari penyakit, dan hubungan antara persepsi dan bagaimana gejala sakit dilaporkan, dan bagaimana keyakinan seseorang mempengaruhi keputusan tentang perilaku perawatan diri yang mengarahkan untuk promosi atau mengabaikan ancaman penyakit. *Illness*

representation dideskripsikan bagaimana seseorang melihat penyakitnya. Lima kunci *representation* adalah : *identity* (label, gejala khas), *cause* (stres, genetic), *consequences* (pembatasan aktifitas, hilangnya pendapatan), *timeline* (akut, fluktuasi, lambat) dan *cure/control* (medikasi, diet, latihan fisik) (Langston et al, 2006,).

The self-regulation model diuraikan sebagai setiap proses paralel memiliki 3 komponen : *representation*, koping dan *appraisal* (Baumann & Leventhal, 1985; Jayne & Rankin, 2001). Komponen yang pertama, *representation*, terdiri dari persepsi ancaman terhadap kesehatan berdasarkan sensasi tubuh atau gejala. Persepsi tersebut tentang gejala yang terbentuk menggunakan informasi dari lingkungan seperti media massa, interaksi dengan penyedia layanan kesehatan dan pengalaman sakit pada masa yang lalu.

Persepsi membentuk komponen gambaran yang mempengaruhi tahap kedua, respon koping. Koping dikarakteristikan sebagai usaha untuk mengontrol takut dan emosi lain yang berhubungan dengan sakit. Koping dengan aspek obyektif dari sakit mengarah pada pemilihan strategi untuk mencapai tujuan yang berhubungan dengan kesehatan yang membentuk *illness representation* pada model ini. Dalam model digunakan analisa strategi koping untuk menentukan tindakan apa yang pasien ambil atau yakini yang mereka harus lakukan sebagai respon untuk persepsi mereka terhadap rasa sakit. Menjalani pengobatan dan mencegah minum yang manis merupakan mekanisme koping kognitif. Untuk respon koping emosi sebagian besar pasien memiliki pemikiran penuh harapan tentang penyakitnya yang ditunjukkan

dengan ungkapan pasien “ saya harap saya dapat sembuh dan DM saya tidak akan kembali, setelah itu saya akan berhati-hati dengan diet saya.”

Tahap ketiga dari model ini *appraisal* (penilaian), efektifitas dari kedua tipe respon koping dievaluasi. Hasil dari usaha koping kognitif untuk mencapai control metabolik bisaanya diukur menggunakan indikator seperti turunnya berat badan, HbA1C, dan skore pada tes pengetahuan DM. Hasil dari penilaian emosional tidak dapat sering dievaluasi; bagaimanapun peningkatan kejadian mengindikasikan hubungan antara penyesuaian psikososial dan kontrol DM (Davis et al, 1987 dalam Jayne dan Rankin, 2001). Langkah ketiga dari model ini mempunyai maksud mengevaluasi pilihan koping strategi membawa seseorang kearah yang dimaksud. Penilaian pada jalur kognitif mengkaji lebih spesifik, hasil yang terukur : “Kadar glukosa darah terkontrol”. Penilaian pada jalur emosi mengindikasikan perasaan fatal dari keyakinan penatalaksanaan terhadap penyakitnya. Beberapa orang berharap rencana tindakan yang mereka ikuti akan membawa mereka “hidup bahagia” dan jika telah terpenuhi : “Saya tidak dapat teledor (tentang apa yang akan terjadi di masa yang akan datang akibat DM)”.

C. Asuhan Keperawatan Pasien DM

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien DM meliputi riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik yang difokuskan pada tanda dan gejala hiperglikemi. Selain pengkajian pada fisik dilakukan pengkajian aspek emosional, serta sosial yang dapat

mempengaruhi kemampuan pasien DM untuk mempelajari dan melaksanakan berbagai aktifitas perawatan diri DM (Smeltzer & Bare, 2002).

a. Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat penyakit meliputi riwayat keluarga yang menderita DM, riwayat hipertensi atau penyakit kardiovaskuler, riwayat perubahan kemampuan penglihatan (penglihatan kabur) atau berbicara, pusing, mati rasa atau *tingling* pada tangan atau kaki, nyeri pada saat berjalan, frekuensi makan, perubahan berat badan, perubahan nafsu makan, infeksi, masalah fungsi pencernaan, masalah fungsi perkemihan, dan gangguan fungsi seksual (LeMone & Burke, 2008).

b. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik pada pasien DM dilakukan pada seluruh tubuh untuk mengetahui adanya gangguan fungsi organ akibat dari penyakit DM. data yang dapat ditemukan pada pengkajian fisik antara lain : pada penglihatan adanya mata cekung dan katarak. Pada pola pernafasan ditemukan pernafasan cepat dan dalam (*Kusmaul's breathing*) akibat ketoasidosis. Pengkajian sistem vaskuler didapatkan perifer terlihat pucat dan teraba dingin, muncul pucat pada saat elevasi, kulit kering, penurunan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, mengeluh pusing saat berubah posisi. Pada sistem persarafan ditemukan penurunan reflek patella dan penurunan tonus otot, nyeri dan adanya klaudikasio.

Pada saluran pencernaan muncul keluhan rasa begah karena penurunan kecepatan pengosongan lambung. Pada pemeriksaan kaki ditemukan adanya ulkus, kapalan, *hammer toe*, kulit kering, bentuk kaki *charcoat*, dan hilangnya bulu pada jari kaki. Pada pola eliminasi ditemukan adanya keluhan poliuri dan inkontinensia urin atau alvi. Pada pengkajian seksualitas/reproduksi didapatkan data gangguan ereksi pada pria atau keputihan pada wanita (Doengoes, 2000; Smeltzer & Bare, 2008).

c. Riwayat Psikososial

Riwayat psikososial dikaji dengan menggali penerimaan pasien terhadap penyakitnya, tingkat kecemasan, keyakinan dan kepercayaan pasien untuk melakukan perawatan diri. Keyakinan/kepercayaan yang tinggi akan membuat pasien mampu melakukan perawatan diri secara maksimal. Perlu juga ditanyakan sistem dukungan sosial yang didapat baik dari keluarga, teman ataupun lingkungan.

Perlu dikaji fasilitas kesehatan yang digunakan pasien, gaya hidup, budaya dan kebiasaan pasien yang mempengaruhi pengobatan. Tingkat pengetahuan pasien juga penting untuk dikaji meliputi pengetahuan dasar tentang DM dan perawatan yang dilakukan (Doengoes, 2000; Black & Hawk, 2005; Smeltzer & Bare, 2008).

d. Pengkajian Perawatan Diri

Pengkajian terhadap kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri DM dilakukan sedini mungkin untuk menentukan apakah pasien memerlukan pengajaran lebih lanjut tentang penyakit DM dan perawatannya. Pasien DM perlu dikaji tingkat pengetahuan dan kemampuan melakukan aktifitas perawatan diri (*self-care activities*) (Black & Hawk, 2005). Pengkajian dilakukan dengan menanyakan tentang perawatan diri yang harus dilakukan meliputi perencanaan diet, latihan fisik yang harus dilakukan, terapi farmakologi, monitor gula darah dan perawatan kaki.

Pengkajian tidak hanya dilakukan dengan wawancara tetapi juga diamati pelaksanaannya atau hasil dari perawatan diri yang dilakukan. Pengamatan hasil perawatan diri bisa dilakukan dengan membuat catatan harian mengenai tindakan perawatan diri yang dilakukan (Doengoes, 2000; Black & Hawk, 2005; Smeltzer & Bare, 2008).

Kemampuan perawatan diri bisa dikaji menggunakan *the Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)* yang dikembangkan Toobert et al. (2000) dalam Stipanovic (2002) untuk mengukur perawatan diri DM pada pasien dewasa. Instrumen tersebut terdiri 11 pertanyaan tentang perawatan diri yang diukur meliputi dietnutrisi, latihan fisik, monitor gula darah, perawatan kaki dan merokok.

e. Pengkajian Persepsi Sakit

Persepsi sakit perlu dikaji karena respon seseorang terhadap penyakitnya berhubungan dengan tindakan yang diambil untuk mengelola penyakitnya. Persepsi seseorang terhadap sakitnya antara lain persepsi tentang penyebab sakitnya, identifikasi gejala penyakit, konsekuensi akibat sakit, waktu perjalanan penyakit dan kemampuan untuk mengobati/mengontrol penyakit.

Persepsi sakit dikaji menggunakan *Illness Perception Questionnaire* yang dikembangkan dan terdiri 56 pertanyaan dengan skala Likert dan 14 pertanyaan dengan model jawaban dikotomi. Pertanyaan dalam instrumen tersebut mengukur persepsi sakit pasien meliputi penyebab sakit, identifikasi gejala, konsekuensi akibat sakit, waktu perjalanan penyakit, dan kemampuan mengobati/mengontrol. Persepsi mengenai penyebab dari penyakit DM yang dialami meliputi karena makan terlalu banyak gula, makanan yang salah, makanan tinggi lemak, atau jadwal makan yang tidak teratur, faktor keturunan, gaya hidup, kurang aktifitas, proses penuaan.

Identifikasi gejala berhubungan penyakit DM yang dialami ditanyakan mengenai nyeri yang dirasakan mual, gangguan bernafas, penurunan berat badan, kelelahan, nyeri sendi, nyeri kepala, sulit tidur dan penurunan kekuatan fisik. Konsekuensi dari penyakit ditanyakan tentang persepsi konsekuensi yang dialami dari penyakit DM, seperti kondisi penyakit yang serius seperti menjadi buta atau amputasi kaki, konsekuensi finansial akibat penyakit DM, dan pengaruh DM terhadap hidup pasien.

Persepsi mengenai waktu perjalanan penyakit ditanyakan tentang persepsi pasien terhadap lama perjalanan proses penyakit DM. Persepsi kemampuan mengobati atau mengontrol penyakit, dikaji keyakinan pasien dalam melakukan pengelolaan DM melalui aktifitas perawatan diri DM (Jayne & Rankin 2001; Black & Hawk, 2005; Smeltzer & Bare, 2008).

f. Pengkajian Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan kondisi kesehatan dan kesejahteraan pada fungsi fisik, psikologis dan sosial. Pasien DM perlu dikaji kualitas hidupnya karena kebutuhan akan perawatan diri yang lama, komplikasi yang dialami untuk beberapa pasien DM merupakan beban dan merubah kemampuan pasien dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Kualitas hidup pasien DM dapat diukur menggunakan *The Diabetes Quality of Life (DQOL)* yang dikembangkan *the Diabetes Control and Complications Trial* (Thiagarajan, 1998). Alat ukur tersebut terdiri dari 46 pertanyaan untuk 4 skala pengukuran (kepuasan, dampak, kecemasan tentang penyakit DM dan kecemasan akan hubungan sosial. Polonsky (2000) dan Black & Hawk (2005) menguraikan kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang terganggu meliputi :

1) Fungsi fisik

Pengkajian fungsi fisik berhubungan dengan kualitas hidup dikaji kemampuan pasien untuk bekerja, menyelesaikan tugas rumah tangga melakukan kegiatan di waktu senggang. Peningkatan gula darah yang kronis menyebabkan kelelahan, gangguan tidur dan lebih mudah terkena infeksi.

2) Fungsi psikologis

Kebutuhan perawatan DM baik jangka pendek maupun jangka panjang berpotensi memberikan dampak pada perasaan pasien DM. Pengkajian aspek psikologis akan didapatkan data frustrasi kronis, tidak ada harapan, marah, depresi, merasa takut dengan komplikasi yang akan dialami.

3) Fungsi sosial

DM akan berpengaruh pada kualitas dan kuantitas hubungan sosial pasien DM. Perubahan kebiasaan sehari-hari pasien DM dan perubahan dukungan dari lingkungan bisa mengakibatkan perasaan sendiri, merasa berbeda dan tidak didukung. Tidak kalah penting status emosional pasien juga perlu dikaji dengan cara mengamati sikap atau tingkah laku yang tampak (menarik diri, cemas) dan bahasa tubuh (menghindari kontak mata).

2. Diagnosa perawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, diagnosa perawatan yang muncul :

- a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perpindahan cairan, kegagalan mekanisme regulasi, diuresis, poliuri, muntah, diare, penurunan intake oral dan dehidrasi.
- b. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makanan dan aktifitas jasmani.
- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan sirkulasi, peningkatan kadar glukosa darah, penurunan mobilitas dan penurunan sensasi.

d. Risiko injuri berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan persepsi sensori.

Diagnosa keperawatan yang bisaanya muncul berhubungan dengan perawatan diri, persepsi sakit dan kualitas hidup pada pasien DM (Black & Hawk, 2005; Doenges, 2000; NANDA, 2005 & Smeltzer & Bare, 2002) :

- a. Nyeri kronik berhubungan dengan disfungsi saraf perifer.
- b. Kurang pengetahuan tentang perawatan diri DM berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi.
- c. Ketidakefektifan regimen terapeutik berhubungan hambatan yang dirasakan, kehilangan kepercayaan terhadap pengelolaan penyakit, kurang dukungan sosial, kompleksitas pengelolaan penyakit, kelemahan dan keuntungan yang dirasakan.
- d. Kecemasan berhubungan dengan diagnosa DM, informasi yang salah tentang DM, ketakutan terhadap komplikasi.
- e. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan ketidakmampuan menyetujui kebutuhan perawatan diri dalam pengelolaan DM.
- f. Ketidakberdayaan berhubungan dengan komplikasi DM (kebutaan, amputasi, gagal ginjal dan neuropati), kehilangan kepercayaan, stres berkepanjangan atau penurunan kondisi psikologis.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah respon perawat terhadap kebutuhan perawatan kesehatan dan diagnosa keperawatan pasien. Tipe intervensi ini adalah suatu tindakan otonomi berdasarkan rasional ilmiah yang dilakukan untuk keuntungan pasien dalam cara yang diprediksi yang dihubungkan dengan diagnosa

keperawatan dan tujuan pasien (Bulechek & Dotherman, 1994, dalam Potter & Perry, 2005).

Nursing Intervention Classification (NIC) untuk mengatasi diagnosa keperawatan pada pasien DM (Dotherman & Bulechek, 2004) antara lain :

a. Manajemen nutrisi.

Aktifitas keperawatan, antara lain : kaji jika klien alergi terhadap makanan, kolaborasi dengan ahli gizi penentuan jumlah kalori dan jenis makanan yang diperlukan, monitor intake nutrisi (jumlah kalori dan jenis), sediakan informasi tentang kebutuhan nutrisi, monitor berat badan klien setiap hari.

b. Manajemen cairan.

Monitor berat badan klien setiap hari, pertahankan intake dan output seimbang, tingkatkan intake oral, monitor indikasi kekurangan cairan.

c. Manajemen nyeri.

Kaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus nyeri, observasi respon nonverbal adanya nyeri, tentukan dampak nyeri terhadap kualitas hidup (tidur, selera makan, aktifitas, kognitif, penampilan kerja dan relasi), kaji faktor yang menurunkan atau meningkatkan nyeri, berikan informasi penyebab nyeri, turunkan atau hilangkan faktor yang menyebabkan peningkatan nyeri (takut, kelelahan, dan kurangnya pengetahuan) dan ajarkan prinsip manajemen nyeri.

d. Manajemen sensasi perifer.

Kaji sensasi yang dirasakan (tajam atau tumpul, dingin atau panas), kaji adanya kebas atau mati rasa, *tingling*, hiperestesia atau hipoestesia, anjurkan

klien atau keluarga untuk mengkaji kulit setiap hari terhadap adanya kerusakan integritas kulit, cegah atau monitor dengan hati-hati penggunaan bantal panas atau pendingin, kaji sepatu, kantong atau baju terhadap kerutan atau benda asing, monitor thromboplebitis dan *deep vein thrombosis*, identifikasi penyebab perubahan sensasi.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa perawatan diri, persepsi sakit dan kualitas hidup menurut *Nursing Intervention Classification* (NIC), antara lain :

a. Peningkatan harga diri.

Berikan umpan balik positif pada pasien, bantu pasien menentukan tujuan yang bisa dicapai untuk mencapai harga diri, motivasi pasien untuk menerima perubahan, bantu pasien mengidentifikasi efek budaya, keyakinan, ras, dan gender terhadap harga diri, berikan pernyataan positif tentang klien.

b. Penurunan cemas

Jelaskan pengelolaan penyakit DM yang dilakukan, sediakan informasi yang aktual, motivasi keluarga untuk mendampingi pasien, dengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian, motivasi ungkapan perasaan, persepsi dan takut. Anjurkan pasien menggunakan teknik relaksasi, observasi tanda verbal dan nonverbal.

c. Peningkatan koping

Peningkatan koping dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pasien beradaptasi menerima stressor, perubahan atau pengobatan yang dialami. Tindakan keperawatan yang diberikan adalah menghargai penyesuaian diri terhadap perubahan gambaran diri, menyediakan pilihan yang realistis untuk

menghilangkan rasa tidak berdaya, mendukung penggunaan sumber-sumber spiritual, mendukung aktifitas sosial, mendorong pasien untuk mengidentifikasi kekuatan dan kemampuan sendiri.

d. Perawatan diri

DM merupakan penyakit menahun, bila seseorang telah menderita DM maka diperlukan kemampuan individu (*self-care*) melakukan perawatan diri dengan tujuan mempertahankan kadar glukosa dalam darah tanpa terjadi komplikasi akut maupun kronik, maupun terjadi kecacatan akibat munculnya luka pada kaki yang tidak sembuh-sembuh sehingga menyebabkan kecacatan atau harus dilakukan amputasi.

1) Definisi perawatan diri

Definisi dari perawatan diri berbeda-beda dari beberapa ahli, dalam *Orem's Self Care Theory* (Tommeey and Alligod, 2006) dikatakan bahwa perawatan diri adalah fungsi pengaturan manusia, apa yang seseorang lakukan dengan pertimbangan dan dilakukan oleh mereka sendiri untuk mempertahankan hidup, kesehatan, perkembangan dan kesejahteraan. Perawatan diri harus dipelajari dan dilakukan dengan bebas dan berkelanjutan dalam waktu dan menyesuaikan kebutuhan individu.

Menurut Levin, Katz dan Holst (1976) dalam Surit (2002) perawatan diri adalah segala sesuatu yang dilakukan individu untuk kepentingannya dalam peningkatan kesehatan dan pencegahan, deteksi penyakit dan penanganan pada tingkat sumber kesehatan primer di sistem pelayanan kesehatan. Perawatan diri DM merupakan perilaku setiap hari untuk

monitor, merencanakan, dan menyelesaikan perilaku perawatan diri yang diperlukan oleh seseorang untuk mengelola DM yang diderita (Hurley & Shea, 1992 dalam Stipanovic, 2002). Menurut Halderson dan Archuleta (2007) *DM self care* (perawatan diri DM) adalah apa yang dilakukan pasien DM sehari-hari untuk mengontrol glukosa dalam darah dan mencegah terjadinya komplikasi DM.

2) Tujuan perawatan diri

Tujuan dari perawatan diri DM adalah mengontrol gula darah dan mencegah terjadi komplikasi melalui tindakan yang dilakukan oleh pasien sendiri untuk mengelola penyakitnya.

3) Aktifitas perawatan diri

Perawatan diri pada pasien DM meliputi diet, pengobatan, monitor gula darah, latihan fisik dan perawatan kaki (Polly, 1992 dalam Surit, 2001; Toobert, Hampson & Glasgow, 2000; Halderson, K & Archuleta, M. 2007; Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007). Masing-masing aktifitas perawatan diri, sebagai berikut :

(a) Diet

Aktifitas dalam diet meliputi pemilihan diet seimbang yang terdiri rendah lemak dan tinggi serat. Diet ini membantu mengontrol gula darah dan menyediakan nutrisi yang diperlukan tubuh untuk tetap sehat. Seseorang dengan DM memberi perhatian khusus jumlah lemak dan karbohidrat yang dikonsumsi. Kebutuhan kalori disesuaikan untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal

dengan komposisi 60 – 70% dari karbohidrat, 10 – 15% dari protein dan 20 – 25% dari lemak.

(b) Latihan Fisik

Aktifitas fisik setiap hari membantu mengontrol berat badan dan gula darah, dan menurunkan risiko dari penyakit kronis lainnya seperti penyakit jantung. Aktifitas fisik dengan periode pendek yang dilakukan dalam satu hari lebih menguntungkan dari pada satu kali aktifitas dalam waktu yang lama. Latihan jasmani dianjurkan dilakukan secara teratur (3 – 4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit (Soegondo, Soewondo, & Subekti, 2007). Menurut Dr. Sadoso Sumosardjuno dalam Maulana (2008) olahraga raga yang disarankan untuk pasien DM dilakukan 6 hari seminggu dalam porsi sedang. Jenisnya aerobik seperti berjalan kaki atau senam, selama 20 – 45 menit/hari.

(c) Monitoring gula darah

Monitor gula darah adalah alat ukur yang penting dalam kontrol gula darah. Kadar gula darah menunjukkan kontrol gula darah. Kontrol gula darah setiap hari dimonitor menggunakan *glucose-meter*. Monitor membantu pasien DM mengambil keputusan mengenai pilihan makanan, latihan, pengobatan dan stress. Kontrol gula darah jangka waktu lama diukur melalui test hemoglobin A1c (HbA1c). Pemeriksaan gula darah bisa dilakukan pasien DM sendiri di rumah atau di layanan kesehatan terdekat dua kali dalam seminggu.

(d) Pengobatan

Beberapa pasien DM memerlukan pengobatan untuk mengontrol guladarah. Pengobatan dilakukan setiap hari sesuai anjuran dokter dengan pengobatan OHO ataupun insulin. Perubahan dalam diet, tingkat aktifitas fisik, atau kontrol gula darah memerlukan perubahan pengobatan.

(e) Perawatan kaki

DM menyebabkan perubahan pada saraf dan sirkulasi darah, khususnya pada tungkai bawah. Amputasi, merupakan komplikasi utama pada DM yang dapat dicegah. Perawatan kaki dilakukan setiap hari meliputi mengamati adanya luka, penggunaan sepatu dan kaos kaki yang nyaman, dan melakukan perawatan kulit untuk mencegah melepuh, kalus dan retak.

Perawatan pada pasien DM dilakukan dengan menekankan kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. Ketika perawatan diri tidak dapat dipertahankan akan terjadi kesakitan dan kematian lebih awal. Keperawatan berupaya mengatur dan mempertahankan kebutuhan perawatan diri secara terus-menerus bagi mereka yang secara total tidak mampu melakukannya. Pada kondisi lain, perawat membantu pasien untuk mempertahankan kebutuhan perawatan diri dengan melakukannya sebagian, sehingga secara bertahap pasien mampu melakukannya sendiri (Potter, 2005).

Studi tentang perawatan diri DM menunjukkan hubungan positif ketaatan dan perilaku perawatan diri, dimana peningkatan praktik perawatan diri mendukung ketaatan terhadap pengobatan DM (Johnson et al., dalam Stipanovic, 2002). Seseorang yang memiliki keyakinan tinggi dan mereka mampu mengelola DM menunjukkan aktifitas perawatan diri DM dan memiliki kontrol DM yang lebih baik (Jonnes et al, 2003) dalam Sousa dan Zauszniewski (2005).

D. Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah subyektifitas yang tinggi dan konsep multidimensi terkait status kognitif, kepuasan dan kebahagiaan emosional (Cox & Gonder-Frederick, 1992 dalam Dunning, 2003, hlm. 227). Kualitas hidup berdasarkan pertimbangan umum yang memiliki beberapa komponen. Dimensi dasar kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah fungsi dan status fisik, status psikologis, status sosial, dan penyakit atau tindakan berhubungan dengan gejala (Coon & Kaplan, 1992 dalam Taylor, 1995). Menurut Polonsky (2000) kualitas hidup didefinisikan sebagai perasaan klien tentang kesehatan dan kesejahteraannya dalam area yang luas meliputi fungsi fisik, fungsi psikologis dan fungsi sosial.

Kualitas hidup dipelajari dalam penyakit kronik, memiliki beberapa alasan. Pertama, penting mengkaji bagaimana penyakit mengganggu kualitas hidup. Dokumentasi yang pasti bagaimana penyakit mempengaruhi pekerjaan, pergaulan dan aktifitas personal, seperti aktifitas sehari-hari secara umum, memberikan dasar yang penting untuk menyusun intervensi yang meningkatkan kualitas hidup (Devins et al., 1990

dalam Taylor, 1995). Kedua, kualitas hidup diukur dapat membantu menunjukkan dengan tepat masalah khusus yang muncul pada pasien dengan penyakit tertentu. Sebagai informasi yang membantu dalam antisipasi intervensi yang diperlukan (Schag & Heinrich, 1986 dalam Taylor, 1995). Ketiga, penting mengkaji dampak tindakan terhadap kualitas hidup. Sebagai contoh dalam literatur tentang kanker, suatu kebutuhan untuk mengkaji apakah tindakan lebih berbahaya daripada penyakit itu sendiri. Hal ini akan mengecewakan kelangsungan hidup pasien dan memberikan efek samping yang kurang baik (Taylor, 1995).

Aspek dalam kualitas hidup meliputi fungsi fisik, fungsi psikologis, fungsi sosial, fungsi kognitif dan kesejahteraan. Terdapat 4 faktor yang menentukan kualitas hidup (Glasgow et al., 1999; Glasgow & Osteen, 1992, dalam Garcia, 2002):

1. Medis

Tipe DM, penatalaksanaan pengobatan, tingkat kontrol metabolik, adanya komplikasi. Tingkat keparahan komplikasi menurunkan kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan Sofiani (2008) mengenai analisis hubungan karakteristik dan budaya pasien DM yang mengalami amputasi kaki dengan kualitas hidup di DKI Jakarta, didapatkan hasil 28,9% dari 76 pasien DM mengalami kualitas hidup cukup dan 71,1% mengalami kualitas hidup baik. Pasien DM dengan kualitas hidup baik yang disertai < 3 penyakit komplikasi terdapat 72,9%, ini menunjukkan komplikasi memiliki hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup pasien DM.

Pasien DM tipe 1 secara umum melaporkan fungsi fisik lebih baik dan berenergi daripada pasien DM tipe 2, perbedaan tersebut dimungkinkan karena factor yang berhubungan dengan tipe DM, seperti usia atau pengobatan yang dilakukan. Pada pasien DM tipe 2, pengobatan secara intensif dari diet saja sampai OHO atau insulin berhubungan dengan penurunan kualitas hidup (Rubin, 2000).

2. Kognitif

Akut dan kronik kontrol glukosa darah dan perubahan neuropsikologis dapat menurunkan kualitas hidup untuk seseorang dengan DM dan keluarga mereka.

3. Sikap

Self-efficacy, kontrol dan dukungan keluarga. Seseorang dengan dukungan baik memiliki kualitas hidup yang baik dan depresi kurang. Penguasaan strategi dan meningkatkan rasa kemampuan mengontrol penyakit seseorang akan meningkatkan kualitas hidup mereka.

4. Demografi (Jenis kelamin, tingkat pendidikan, etnis dan umur)

Laki-laki dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada perempuan dan orang muda memiliki kualitas hidup lebih baik daripada yang tua. Tingginya tingkat pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup yang baik.

Adanya perubahan gaya hidup, gejala yang dialami, komplikasi makrovaskuler maupun mikrovaskuler serta pengelolaan yang harus dijalani baik dari pelayan

kesehatan maupun perawatan diri yang harus dilakukan dalam waktu yang lama memberikan dampak pada kualitas hidup pasien DM.

a. DM dapat mengganggu fungsi fisik

Terdapat tiga cara utama yang membuat DM mempengaruhi kesejahteraan fisik. Menurut Hornquist dalam Thiagarajan (1998) fungsi fisik meliputi kesehatan tubuh secara umum dan dampak penyakit. Faktor yang paling potensial adalah perkembangan komplikasi jangka panjang (mengalami penurunan penglihatan, kerusakan ginjal, penyakit jantung, masalah ereksi, kesulitan berjalan, dan masalah neuropati otonom) dengan signifikan menurunkan kualitas hidup. Pasien mungkin tidak mampu atau berkurang kemampuan untuk bekerja, mengerjakan tugas, menikmati aktifitas yang menyenangkan. Faktor kedua adalah komplikasi jangka pendek, peningkatan kadar glukosa darah kronik meningkatkan *fatigue*, masalah tidur, sering terjadi infeksi dan masalah lain yang berhubungan. Faktor ketiga mengenai gejala fisik dan perubahan gaya hidup yang diakibatkan kebutuhan penatalaksanaan DM. Pada akhirnya, ketika pasien memaksa (atau mereka yakin mampu) untuk membatasi aktifitasnya dalam menjalani penatalaksanaan DM efektif, kualitas hidup menjadi terpengaruh.

b. DM dapat mengganggu fungsi psikologis

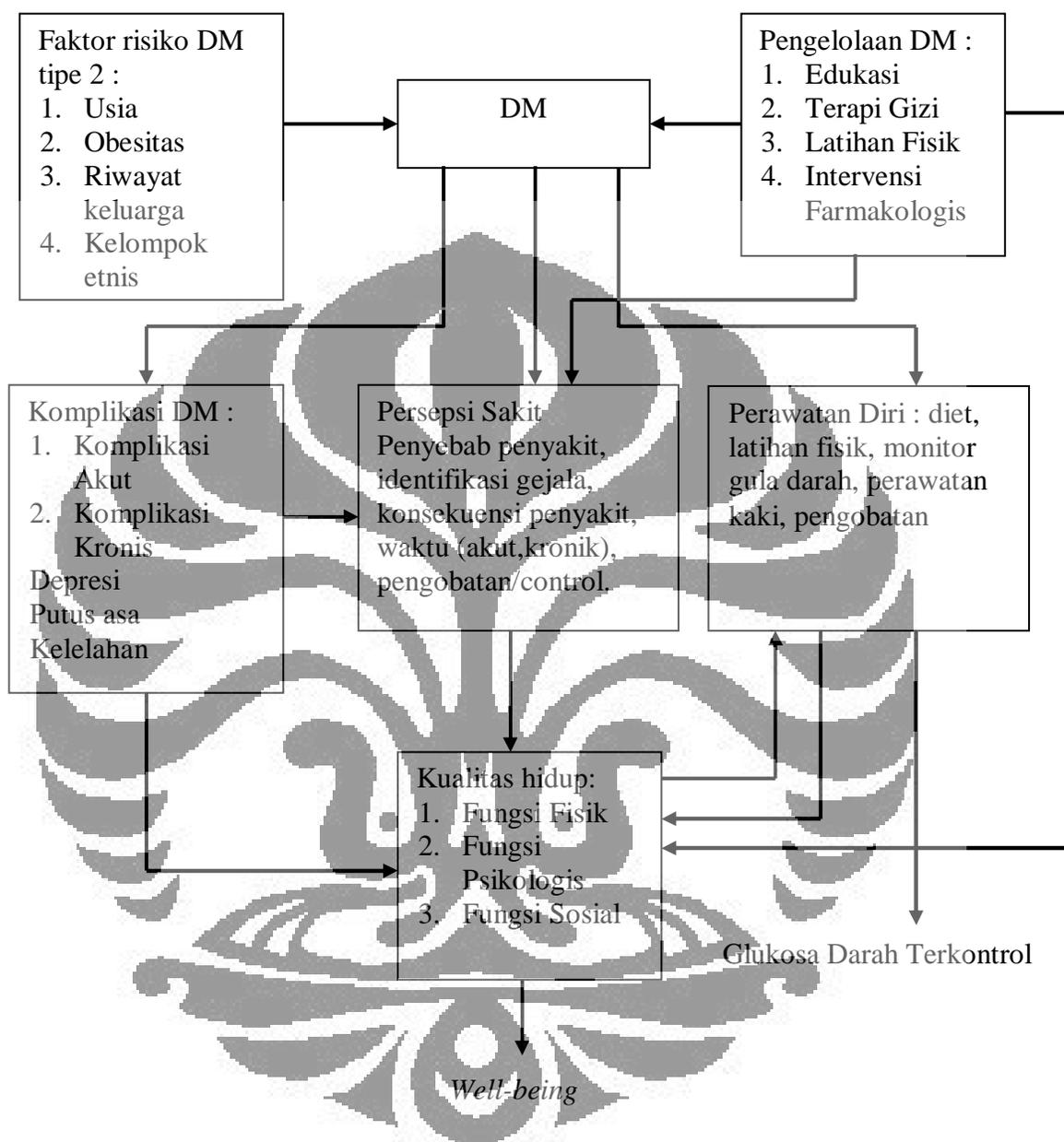
Menurut Hornquist dalam Thiagarajan (1998) fungsi psikologis meliputi kepuasan dalam hidup, kesejahteraan secara umum dan fungsi intelektual. Kebutuhan perawatan DM memberikan dampak yang potensial pada suasana hati, baik jangka pendek dan jangka panjang. Beberapa pasien mengalami frustrasi kronis, ataupun hilang harapan tentang kemungkinan mencegah komplikasi jangka panjang.

c. DM dapat mengganggu fungsi sosial

DM dapat mempengaruhi kuantitas dan kualitas dari relasi pasien. Pasien mulai mengadakan perubahan kebiasaan sehari-hari untuk mengelola DM lebih efektif. Menurut Hornquist dalam Thiagarajan (1998) fungsi sosial meliputi hubungan sosial secara umum dan hubungan dengan keluarga serta kehidupan seksual secara khusus. Salah satu orang yang dicintai, mungkin mulai memberontak, memilih tidak berpartisipasi pada beberapa perubahan yang diperlukan (contoh. “Ini adalah penyakitmu, bukan saya”). Ini menyebabkan muncul perasaan sendiri, berbeda dan tidak didukung. Evaluasi pada fungsi sosial difokuskan pada perasaan distress emosional pasien disebabkan situasi relasi sosial DM.

Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien yang menderita penyakit kronis. Penelitian yang dilakukan Han, et al (2003) tentang faktor yang mempengaruhi kualitas hidup orang dengan penyakit kronis di Korea didapatkan hasil perilaku promosi kesehatan memiliki hubungan yang kuat ($r = 0,54$, $p = 0,001$) dengan kualitas hidup daripada faktor lain seperti perasaan keuntungan tindakan yang dilakukan, hambatan tindakan yang dilakukan, *self-esteem*, *self-efficacy*, persepsi sehat, dan aktifitas yang berpengaruh. Pada pasien DM salah satu perilaku promosi kesehatan adalah melakukan perawatan diri.

Skema 2.1
Kerangka Teori



Sumber : Jayne dan Rankin (2001); Cherrington et al (2004); Soegondo (2007); Black and Hawk (2005); Toobert, Hampson dan Glasgow (2000); Polonsky (2000).

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kerangka konsep penelitian yang akan dilakukan, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang akan dilakukan dan memberi landasan kuat terhadap topik yang dipilih sesuai identifikasi masalah. Kerangka konsep didukung landasan teori yang telah dibahas. Sedangkan hipotesis merupakan jawaban sementara terkumpul dan definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati (Arikunto, 2002; Hidayat, 2008).

A. Kerangka Konsep

Pada skema 3.1 digambarkan kerangka konsep penelitian yang dilakukan. Kerangka konsep yang dibuat berdasarkan studi kepustakaan yang dilakukan oleh peneliti. Kerangka konsep menggambarkan keterkaitan antar variabel. Variabel dalam penelitian adalah :

1. Variabel terikat

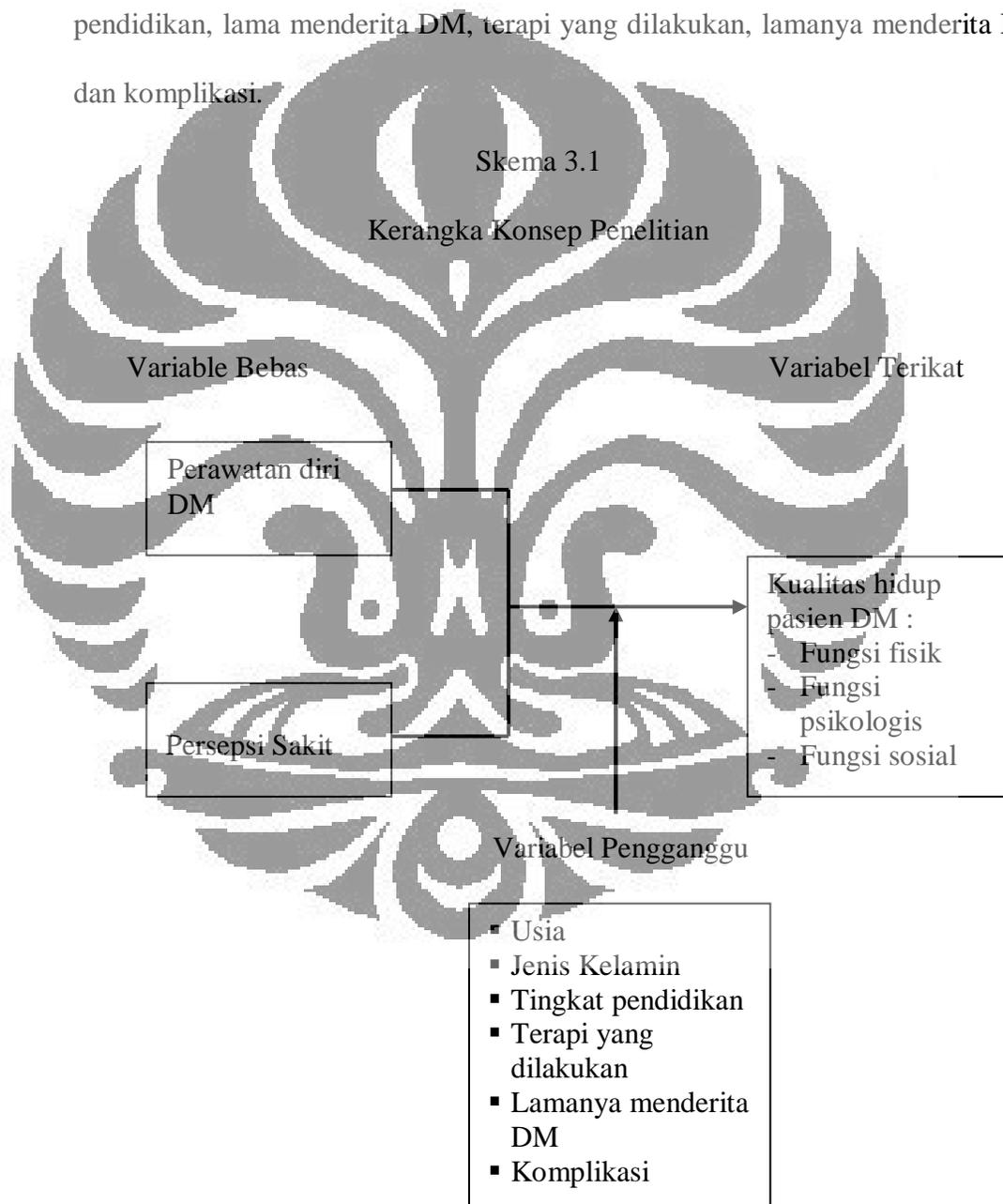
Variable terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup pasien DM.

2. Variabel bebas

Variable bebas pada penelitian ini adalah perawatan diri dan persepsi sakit pasien DM

3. Variabel pengganggu

Variable pengganggu pada penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama menderita DM, terapi yang dilakukan, lamanya menderita DM dan komplikasi.



B. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari penelitian yang dilakukan Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara perawatan diri dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
2. Ada hubungan antara persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
3. Ada hubungan antara antara usia dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
4. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
5. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
6. Ada perbedaan antara terapi yang dilakukan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
7. Ada hubungan antara lamanya menderita DM dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
8. Ada hubungan antara komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
9. Ada hubungan antara perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 setelah dikontrol usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, terapi yang dilakukan, lamanya menderita DM dan komplikasi.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Terikat				
Kualitas hidup pasien DM	<p>Respon pasien DM dalam melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fungsi fisik (kebutuhan istirahat, aktifitas pekerjaan, olah raga, perawatan DM dan dampak penyakit DM seperti nyeri, hipoglikemi, poliuri, komplikasi DM). Fungsi psikologis (beban penyakit DM, gambaran diri, harga diri, kepuasan dalam hidup dan fungsi intelektual/peng etahuan tentang DM). Fungsi sosial (hubungan sosial dengan masyarakat, hubungan dengan keluarga dan kehidupan seksual) 	<p>Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner.</p> <p>Kuesioner yang digunakan modifikasi <i>DM Quality of Life</i>, terdiri 30 pertanyaan dengan skala Likert.</p>	<p>Rentang skor 30 – 120.</p> <p>0 = kurang baik 1 = baik</p> <p><i>Cut of point</i> nilai <i>mean</i> yaitu 59,34.</p> <p>Kurang baik jika skor < 59,34. Baik jika skor ≥ 59,34.</p>	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Bebas				
Perawatan diri DM	Aktifitas yang dilakukan pasien DM sehari-hari untuk mengontrol glukosa dalam darah dan mencegah terjadinya komplikasi DM meliputi diet, latihan fisik, monitor gula darah, pengobatan dan perawatan kaki selama 7 hari terakhir.	Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner. Kuesioner yang digunakan Perawatan diri DM modifikasi <i>Summary DM Self-care Activities</i> , terdiri 9 pertanyaan.	Rentang skor 0 – 44. 0 = kurang taat 1 = taat <i>Cut of point</i> nilai <i>mean</i> yaitu 28,58. Kurang taat jika skor < 28,58. Taat jika skor \geq 28,58.	Nominal
Persepsi sakit	Respon pasien terhadap DM meliputi penyebab, identifikasi gejala, konsekuensi, waktu, pengobatan / kontrol.	Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner. Kuesioner yang digunakan Persepsi Sakit DM terdiri 25 pertanyaan diukur dengan skala likert	Rentang skor 25 – 100. 0 = negatif 1 = positif <i>Cut of point</i> menggunakan <i>mean</i> yaitu 66,25. Negatif jika skor < 66,25 Positif jika skor \geq 66,25	Nominal
Variabel Pengganggu				
Usia	Usia responden yang dihitung sejak lahir hingga ulang tahun terakhir	Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner. Kuesioner	Umur dalam tahun.	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Jenis kelamin	Gender yang dibagi menjadi laki-laki dan perempuan	Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner. Kuesioner	0 = Perempuan 1 = Laki-laki	Nominal
Tingkat pendidikan	Pendidikan formal yang telah diselesaikan.	Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner. Kuesioner	0 = Pendidikan Rendah 1 = Pendidikan Tinggi	Nominal
Terapi yang dilakukan	Terapi farmakologis yang dilakukan	Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner. Kuesioner	0 = Obat Hipoglikemik Oral 1 = Insulin	Nominal
Lamanya menderita DM	Durasi waktu mulai didiagnosa menderita DM sampai dengan sekarang.	Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner. Kuesioner	Dinyatakan dalam tahun.	Rasio
Komplikasi	Penyakit penyerta diakibatkan DM meliputi retinopati, neuropati, nefropati, jantung dan gangguan neurologi.	Menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner. Kuesioner	0 = Tidak ada komplikasi 1 = Ada komplikasi	Nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan desain penelitian analitik dengan tujuan mengetahui adanya hubungan antara perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (Sastroasmoro, 1995). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan melakukan pengukuran tentang perawatan diri, persepsi sakit dan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Sesuai dengan pendekatan yang digunakan yaitu *cross sectional* maka pengukuran variabel dilakukan satu kali saja pada satu periode.

B. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan hasil-hasil penelitian (Arikunto, 2002; Lemeshow, Hosmer Jr & Klar, 1997). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien DM yang melakukan pemeriksaan atau menjalani rawat jalan di Poli Penyakit Dalam BPK RSD Mardi Waluyo dan Poliklinik RSK Budi Rahayu Kota Blitar pada bulan Oktober sampai dengan Nopember 2008.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro, 1995). Sampel pada penelitian ini adalah seluruh pasien DM yang melakukan pemeriksaan atau menjalani rawat jalan di Poli Penyakit Dalam BPK RSD Mardi Waluyo dan Poliklinik RSK Budi Rahayu Kota Blitar pada bulan Oktober sampai dengan Nopember 2008 sampai dengan jumlah sampel terpenuhi. Berdasarkan desain penelitian yang digunakan yaitu analitik dengan pendekatan *cross sectional*, terdiri dari satu sampel maka rumus besar sampel yang digunakan (Lemeshow, Hosmer & Klar, 1997) :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel
 $Z_{1-\alpha/2}$ = nilai distribusi normal baku pada (table z) pada α 0,05 (1,96)
 P = proporsi (14 %)
 d^2 = simpangan proporsi populasi (7 %)

Pada penelitian ini peneliti menggunakan nilai distribusi ($Z_{1-\alpha/2}$) pada $\alpha = 0,05$ sehingga didapatkan $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ dengan prevalensi kasus DM di Poli Penyakit Dalam BPK RSD Mardi Waluyo (2008) sebesar 14% sehingga $P = 86 \%$ dan simpangan proporsi populasi 0,07, maka besar sampel minimal :

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 14 \cdot (1-14)}{7^2}$$

$$n = \frac{4652,28}{49}$$

$$n = 94,94$$

$$n = 95$$

Untuk mengantisipasi kemungkinan responden yang mengundurkan diri (*drop out*) maka jumlah sampel hitung ditambah 10% , sehingga total sampel seluruhnya 104 (seratus empat) responden.

Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel berdasarkan asumsi peneliti atau dengan tujuan tertentu (Arikunto, 2002). Sampel dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Pada saat pengumpulan data pada tanggal 30 Oktober sampai dengan 22 Nopember 2008 didapatkan 122 responden. Responden dipilih dari sampel yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu pasien DM tipe 2, pasien DM dengan atau tanpa penyulit, bersedia menjadi responden, dapat membaca dan menulis dan kooperatif. Kriteria eksklusi dari penelitian ini, yaitu pasien yang tidak bersedia menjadi responden, memiliki keterbatasan berkomunikasi.

C. Tempat penelitian

Penelitian dilaksanakan di Poli Dalam BPK RSD Mardi Waluyo dan Poliklinik RSK Budi Rahayu Kota Blitar. Pemilihan tempat penelitian karena kasus DM di rumah sakit tersebut cukup banyak, serta mengalami fluktuasi pada tiga tahun terakhir dan termasuk dalam sepuluh kasus terbanyak untuk pasien rawat inap. Selain itu juga merupakan Rumah Sakit di Kota. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit tersebut diharapkan bisa mengembangkan ilmu keperawatan khususnya perawatan diabetes.

D. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan Agustus sampai dengan Desember 2008. Waktu pengumpulan data dilakukan mulai tanggal 30 Oktober sampai dengan 22 Nopember 2008.

E. Etika Penelitian

Penelitian dilakukan berdasarkan pertimbangan etik, dimana penelitian yang dilakukan memperhatikan hak-hak manusia menurut ANA (Wood & Haber, 2006), antara lain :

1. Hak untuk membuat keputusan sendiri.

Sebagai seseorang yang memiliki otonomi, bebas untuk memilih berpartisipasi atau tidak dalam penelitian tanpa kontrol dari luar. Responden yang sudah memenuhi kriteria inklusi diberi penjelasan tentang tujuan, manfaat dan kemungkinan kerugian yang akan ditimbulkan dari penelitian ini. Responden kemudian diberi kesempatan untuk berpartisipasi di dalam penelitian ini

dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden penelitian. Apabila responden menolak, peneliti tidak akan memaksa untuk menjadi responden dan tidak ada hukuman apapun bagi responden yang menolak.

2. Hak privasi dan martabat.

Berdasarkan kebebasan seseorang untuk menentukan waktu dan peneliti harus melakukan upaya untuk menghindari invasi terhadap privasi subjek dan/atau menempatkan mereka pada situasi yang merendahkan diri atau tidak berperikemanusiaan. Untuk menjaga privasi dan martabat responden, peneliti memilih ruang pertemuan BPK RSD Mardi Waluyo Kota Blitar dan RSK Budi Rahayu Kota Blitar untuk digunakan sebagai tempat responden dalam mengisi kuesioner. Apabila responden tidak memiliki waktu untuk mengisi kuesioner di rumah sakit, peneliti akan datang ke rumah responden.

3. Hak anonimitas dan kerahasiaan.

Identitas subjek tidak diperlihatkan dan tidak disebut dalam pembahasan atau publikasi hasil penelitian kecuali atas persetujuan subjek. Kuesioner yang digunakan untuk penelitian tidak mencantumkan nama responden, tetapi hanya menggunakan kode responden sehingga kerahasiaan responden terjaga. Setelah penyusunan laporan penelitian selesai, semua data yang berhubungan dengan responden akan dimusnahkan.

4. Hak mendapatkan perlakuan yang adil.

Berdasarkan prinsip etik keadilan, seseorang diperlakukan secara wajar dan menerima apa yang menjadi hak mereka. Semua responden yang memiliki kriteria inklusi mendapat kesempatan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Peneliti tetap memperlakukan aspek gender, dimana laki-laki dan perempuan

mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi responden. Setelah penelitian selesai, peneliti memberikan informasi kepada responden tentang hasil penelitian.

5. Hak dilindungi dari ketidaknyamanan dan kekerasan.

Berdasarkan prinsip etik kebaikan, seseorang berperan aktif meningkatkan kebaikan dan mencegah kekerasan dalam penelitian yang dilakukan baik fisik, psikologis, sosial atau ekonomi. Peneliti menjaga kenyamanan responden dengan memilih ruang pertemuan sebagai tempat mengisi kuesioner. Responden diberi kesempatan untuk menyampaikan ketidaknyamanan kepada peneliti, baik pada saat sebelum, selama dan sesudah mengisi kuesioner. Walaupun penelitian ini tidak mempunyai efek merugikan baik secara langsung maupun tidak langsung, keamanan dan kenyamanan responden selama penelitian tetap dipertahankan.

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari Direktur BPK RSD Mardi Waluyo dan Direktur RS Katolik Budi Rahayu Kota Blitar atau lolos dari kaji etik Komite Etik BPK RSD Mardi Waluyo dan RS Katolik Budi Rahayu Kota Blitar.

F. Alat Pengumpul Data dan Prosedur Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari

responden (Arikunto, 2002) menggunakan kertas dan alat tulis, meliputi data tentang pengetahuan, sikap, keyakinan dan perasaan (Wood & Haber, 2006).

Kuesioner yang digunakan mengenai :

- a. Data demografi meliputi usia, pekerjaan dan pendidikan.
- b. Riwayat DM meliputi lamanya menderita DM, terapi farmakologis DM yang digunakan dan komplikasi yang dialami.
- c. Perawatan diri DM yang dilakukan responden diukur dengan menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari *the Summary of Diabetes Self-Care Diabetes* (SDSCA) yang dikembangkan Toobert, et al. (Stipanovic, 2002) terdiri dari 9 item pertanyaan meliputi diet, latihan fisik, monitor gula darah, perawatan kaki, dan pengobatan. Masing-masing pertanyaan pada no 1, 2, 4, 5, 7, 8 dan 9 diberi skor sesuai dengan hari yang diisi oleh responden. Sedangkan pertanyaan no 3 diberi nilai skor negatif sesuai dengan hari yang diisi oleh responden dan pertanyaan no 6 diberi nilai 2. Hasil ukur perawatan diri DM dinyatakan dalam skor, kemudian dikategorikan dengan *cut of point* menggunakan nilai *mean* yaitu 28,58. Responden dikategorikan kurang taat apabila skor yang didapat $< 28,58$ dan taat apabila skor yang didapat $\geq 28,58$.
- d. Persepsi sakit tentang penyakit diabetes yang terdiri dari 25 item pertanyaan yang dimodifikasi dari *Illness Perception Questionary* (Koliopoulos, 2005). Persepsi sakit diukur menggunakan skala likert, dengan skor mulai 1 – 4. Untuk item IP4, IP8, IP10, IP15, IP18, dan IP22 pemberian skor mulai 4 – 1. Setelah dilakukan uji kenormalan data,

ditentukan *cut of point* menggunakan nilai *mean* yaitu 66,25 karena dari uji kenormalan data didapatkan hasil distribusi data normal. Kemudian dikategorikan dengan cara persepsi sakit positif apabila skor didapat < 66,25 dan persepsi sakit negatif apabila $\geq 66,25$.

- e. Kualitas hidup pasien DM, terdiri dari 30 item pertanyaan tentang kepuasan, dampak dari penyakit dan kekhawatiran pada fungsi fisik (no. 1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28 dan 30). , psikologis (no. 4, 5, 10, 13, 15, 19, 26 dan 29) dan sosial (no. 7, 8, 18, 24 dan 26). Pengukuran menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari *Diabetes Quality of Life* (Thiagarajan, 1998) yang diukur dengan skala Likert dengan skor mulai 1 – 4. Untuk pertanyaan mengenai dampak dari penyakit DM item no 6 dan 11 diberikan skor mulai 4 – 1. Setelah dilakukan uji kenormalan data, ditentukan *cut of point* menggunakan nilai *mean* yaitu 59,34 karena distribusi data normal. Hasil skor dikategorikan menjadi kualitas hidup kurang baik apabila skor didapat < 59,34 dan kualitas hidup baik apabila skor didapat $\geq 59,34$.

2. Prosedur Pengumpulan Data

Data dalam penelitian didapatkan dari hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh responden dan juga dilakukan wawancara kepada keluarga yang mengetahui kondisi responden. Pengumpulan data dilakukan pada saat responden melakukan pemeriksaan rawat jalan di Poli Penyakit Dalam BPK RSD Mardi Waluyo dan Poliklinik RSK Budi Rahayu Kota Blitar, serta dilakukan di rumah karena tidak memungkinkan untuk dilakukan di Rumah

Sakit. Peneliti dibantu oleh 2 *data collector* dalam mengumpulkan data yang sebelumnya dilatih untuk melakukan pengumpulan data.

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini :

- a. Mendapatkan ijin dari Direktur BPK RSD Mardi Waluyo Kota Blitar dan Direktur RSK Budi Rahayu Blitar melalui bagian pendidikan dan latihan atau komite etik penelitian.
- b. Meminta ijin kepada penanggung jawab Poli Penyakit Dalam dan Poliklinik RSK Budi Rahayu Blitar menjelaskan tujuan dari penelitian yang dilakukan.
- c. Melatih *data collector* pada masing-masing tempat penelitian tentang pengisian kuesioner dan menyamakan persepsi isi kuesioner.
- d. Menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi.
- e. Meminta persetujuan responden yang telah menjadi sampel dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian terlebih dahulu. Meminta responden untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai tanda kesediaan menjadi responden dalam penelitian.
- f. Membagikan lembar kuesioner dan meminta responden untuk mengisi lembar kuesioner.
- g. Mengumpulkan lembar kuesioner dan mengolah serta menganalisa data yang terkumpul.

G. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

1. Validitas

Validitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan/keabsahan sesuatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau sah mempunyai validitas tinggi. Penelitian ini melakukan penggunaan :

a. Validitas Isi

Validitas isi dapat dilakukan dengan konsultasi kepada para ahli untuk memeriksa instrumen dan menentukan apakah instrumen telah memenuhi domain isi. Peneliti melakukan konsultasi mengenai isi kuesioner tentang karakteristik responden dalam penelitian, perawatan diri, persepsi sakit dan kualitas hidup pasien DM kepada pembimbing I dan II, kepada dokter spesialis penyakit dalam di BPK RSD Mardi Waluyo Blitar, kemudian dilakukan ujicoba ke beberapa responden. Beberapa pertanyaan yang tidak dimengerti oleh responden diubah menjadi lebih sederhana.

b. Validitas kriterium

Validitas kriterium menunjukkan tingkat penampilan subyek di dalam alat ukur dan perilaku nyata subyek ada hubungan atau keterkaitan. *Concurrent validity* menunjukkan korelasi antara dua pengukuran dari konsep yang sama dalam waktu yang sama. Peneliti melakukan *concurrent validity* untuk mengukur persepsi sakit dan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Uji coba dilakukan pada 30 pasien DM tipe 2 yang menjalani rawat jalan di BPK RSD Mardi Waluyo dan RSK Budi Rahayu

Kota Blitar. Hasil uji coba kuesioner dilakukan uji validitas menggunakan *Pearson product Moment*, dari uji validitas semua pertanyaan valid dengan nilai $r > 0,316$.

2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah keandalan suatu alat ukur, artinya alat ukur tersebut bila dipakai untuk mengukur dapat diandalkan, meskipun pengukuran dilakukan berulang-ulang, dilakukan oleh orang yang berbeda, dengan waktu yang berbeda, namun hasil pengukurannya harus sama. Rentang skor antara 0 – 1, jika suatu alat atau instrumen pengukuran menghasilkan skor reliabel yang sangat tinggi atau nilai r mendekati 1.

Terdapat 3 prosedur untuk melakukan reliabilitas alat ukur (Budiharto, 2008; Wood & Haber, 2006 ; Pratiknya, 2003; Portney & Watkins, 2000) :

a. Stabilitas

Kestabilan alat ukur ditunjukkan apabila didapatkan hasil yang sama pada pengukuran yang berulang dengan instrument tersebut. Peneliti memperhatikan stabilitas alat ukur saat alat ukur digunakan untuk penelitian yang bersifat longitudinal dan digunakan dalam beberapa kesempatan. Untuk mengukur stabilitas suatu instrumen dilakukan dengan dua cara, pertama *test-retest reability* (uji ulang) dimana dilakukan uji instrumen yang sama pada subyek yang sama dengan kondisi sama dan dilakukan dua kali atau lebih pengukuran. Skor pengulangan dibandingkan menggunakan koefisien korelasi *Pearson r*. Kedua, *parallel* atau *alternate*

form (uji paralel) pengujian 2 alat ukur dengan konsep yang sama tetapi kata-kata tiap item pertanyaan berbeda. Hasil pengukuran instrumen yang dicoba dibandingkan atau dikorelasikan dengan hasil pengukuran dengan instrumen yang sudah baku atau reliabel.

b. Konsistensi internal

Konsistensi internal atau homogenitas menunjukkan item pertanyaan dalam alat ukur mengukur konsep yang sama. Yang berarti item-item pertanyaan dalam alat ukur berhubungan atau saling melengkapi. Pada uji homogenitas dilakukan uji coba instrumen pada sekelompok subyek dengan satu alat ukur dan dilakukan satu kali pengukuran. Homogenitas bisa diukur dengan 4 metode : *item to total correlations*, *split-half reability* (teknik belah dua), *Kuder-Richardson (KR 20) coefficient* dan *Cronbach's Alpha*. *Item to total correlations* mengukur hubungan antara masing-masing item dengan skala total. Item yang tidak mempunyai korelasi yang tinggi dapat dihilangkan dari instrumen. Pada teknik belah dua, item pertanyaan dibagi dua, kemudian dikorelasikan antara skor. Bila skor diantara 2 bagian hampir sama, maka reliabel. *Kuder-Richardson (KR 20) coefficient* estimasi homogenitas untuk alat ukur yang mempunyai format dikotomi atau pertanyaan dengan jawaban ya/tidak atau benar/salah. *Cronbach's Alpha* adalah tes yang paling sering digunakan dan dapat digunakan untuk alat yang menggunakan pengukuran variabel psikososial dan sikap yang mempunyai bentuk skala Likert.

Pada penelitian ini kuesioner persepsi sakit dan kualitas hidup pasien DM tipe 2 diujikan pada 30 pasien DM tipe 2 yang menjalani rawat jalan di BPK RSD Mardi Waluyo dan RSK Budi Rahayu Kota Blitar. Hasil uji coba kuesioner kemudian dilakukan uji *Cronbach's Alpha*, dengan hasil seluruh item dalam kuesioner reliabel. Nilai r Alpha kuesioner persepsi sakit 0,927 dan nilai r Alpha kuesioner kualitas hidup 0,958 ($r > 0,316$).

H. Pengolahan Data

Dalam melakukan analisis, terlebih dahulu data diolah untuk dilakukan uji hipotesis. Langkah-langkah dalam pengolahan data:

1. *Editing*, yaitu upaya untuk memeriksa kembali atau memastikan kembali data yang diperoleh lengkap, dengan memeriksa kebenaran pengisian dan kelengkapan pengisian. *Editing* dapat dilakukan saat pengumpulan data atau setelah data terkumpul.
2. Pemberian kode (*coding*), merupakan kegiatan pemberian kode numerik terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori, untuk memudahkan dalam melakukan tabulasi dan analisis data.
3. Melakukan entri data, merupakan kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer. Kemudian melakukan teknik analisis data.

I. Analisis Data

1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel dalam penelitian. Data kategorik yaitu perawatan diri DM, persepsi sakit, kualitas hidup, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan terapi yang dilakukan dilihat prosentase dan frekuensi, kemudian ditampilkan dalam bentuk diagram beserta interpretasi berdasarkan hasil yang diperoleh. Untuk data numerik yaitu usia dan lamanya menderita DM dilihat mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimum.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan dua variabel (Hastono, 2007). Analisis bivariat dari variabel penelitian dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1
Uji Statistik Bivariat

Variabel Bebas	Variabel Terikat	Uji Statistik
Perawatan Diri	Kualitas Hidup	<i>Chi-square</i>
Persepsi Sakit	Kualitas Hidup	<i>Chi-square</i>
Variabel Pengganggu	Variabel Terikat	Uji Statistik
Usia	Kualitas Hidup	<i>Uji-t independen</i>
Jenis Kelamin	Kualitas Hidup	<i>Chi-square</i>
Tingkat Pendidikan	Kualitas Hidup	<i>Chi-square</i>
Terapi farmakologis yang dilakukan	Kualitas Hidup	<i>Chi-square</i>
Lama menderita DM	Kualitas Hidup	<i>Uji-t independen</i>
Komplikasi	Kualitas Hidup	<i>Chi-square</i>

3. Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan lebih dari satu variabel bebas dengan beberapa variabel terikat. Uji multivariat yang digunakan adalah regresi logistik ganda, uji tersebut digunakan untuk menampilkan variabel bebas yaitu perawatan mandiri DM atau persepsi sakit yang dianggap mempunyai hubungan paling bermakna untuk memprediksi kejadian variabel terikat yaitu kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Prosedur uji regresi logistik ganda model prediksi :

- a. Melakukan uji bivariat antara masing-masing variabel bebas yaitu perawatan mandiri DM dan persepsi sakit dengan variabel terikat kualitas hidup pasien DM tipe 2. Bila hasil uji bivariat didapatkan $p\text{ value} < 0,25$ atau secara substansi penting maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p\text{ value} < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang $p\text{ value}$ -nya $> 0,05$ yang dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang memiliki $p\text{ value}$ terbesar.
- c. Melakukan analisis logistik dan menghitung OR (*ods ratio*), jika perbandingan $OR > 10\%$ maka variabel yang dikeluarkan dapat dimasukkan kembali. Hasil akhir dari uji tersebut untuk melihat variabel mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, dilihat dari $\exp(B)$ untuk variabel yang signifikan, semakin besar nilai $\exp(B)$ berarti semakin

besar pengaruhnya terhadap variabel terikat yang dianalisis (Hastono, 2007).

- d. Melakukan uji interaksi, dilakukan uji pada variabel bebas yang diduga memiliki interaksi. Bila hasil dari uji interaksi menunjukkan $p \text{ value} < 0,05$ berarti variabel bebas tersebut memiliki interaksi dengan variabel terikat. Sedangkan bila $p \text{ value} > 0,05$ berarti kedua variabel tidak ada interaksi.

4. Uji pengganggu (*confounding*)

Uji pengganggu dilakukan untuk mengetahui apakah faktor pengganggu memiliki kontribusi pada hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.

Uji statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda model faktor risiko karena masing-masing variabel berbentuk kategorik. Bila hasil uji regresi logistik didapatkan selisih OR $> 10\%$ maka variabel tersebut dianggap sebagai pengganggu (*confounding*).

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan mulai tanggal 30 Oktober sampai dengan 22 Nopember 2008 di BPK RSD Mardi Waluyo dan RSK Budi Rahayu Kota Blitar. Gambaran hasil penelitian yang dilaksanakan adalah sebagai berikut :

A. Analisis Univariat

1. Karakteristik responden

a. Karakteristik responden berdasarkan usia dan lama menderita DM

Tabel 5.1
Distribusi responden berdasarkan usia dan lama menderita DM di Kota Blitar
Bulan Oktober – Nopember tahun 2008 (n= 122)

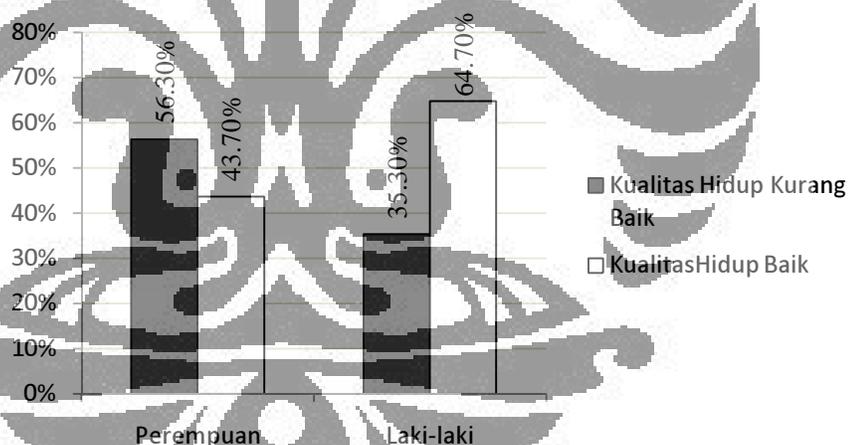
Variabel	Mean	Median	SD	Min - Maks	95% CI
Usia	58,43	58,50	8,481	34-78	56,91-59,91
Lama menderita DM	7,64	7,50	4,037	1 – 14	6,92 – 8,36

Pada tabel 5.1 menggambarkan hasil analisis rata-rata usia responden yang menjalani rawat jalan adalah 58.43 tahun (95% CI: 56,91 – 59,91) dengan usia paling muda 34 tahun dan usia paling tua 78 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata usia responden adalah diantara 56.91 sampai dengan 59.91.

Distribusi frekuensi berdasarkan lama menderita DM dari hasil analisis didapatkan rata-rata lama menderita DM responden yang menjalani rawat jalan di Poli Penyakit Dalam BPK RSD Mardi Waluyo dan Poliklinik RSK Budi Rahayu Kota Blitar adalah 7,64 tahun (95% CI: 6,92 – 8,36) dengan waktu menderita DM paling pendek adalah 1 tahun dan paling lama 14 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata lama sakit DM adalah diantara 6,92 sampai dengan 8,36.

b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Diagram 5.1
Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Kota Blitar
Bulan Oktober – Nopember tahun 2008 (n= 122)



Hasil analisis dari diagram 5.1 didapatkan distribusi jenis kelamin responden yaitu diantara 71 orang pasien dengan jenis kelamin perempuan sebagian besar memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu sebesar 40 orang (56,3%), sedangkan diantara 51 orang pasien dengan jenis kelamin laki-laki sebagian besar memiliki kualitas hidup baik yaitu 33 orang (64,7%).

c. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

Diagram 5.2
Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan
di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember
tahun 2008 (n= 122)

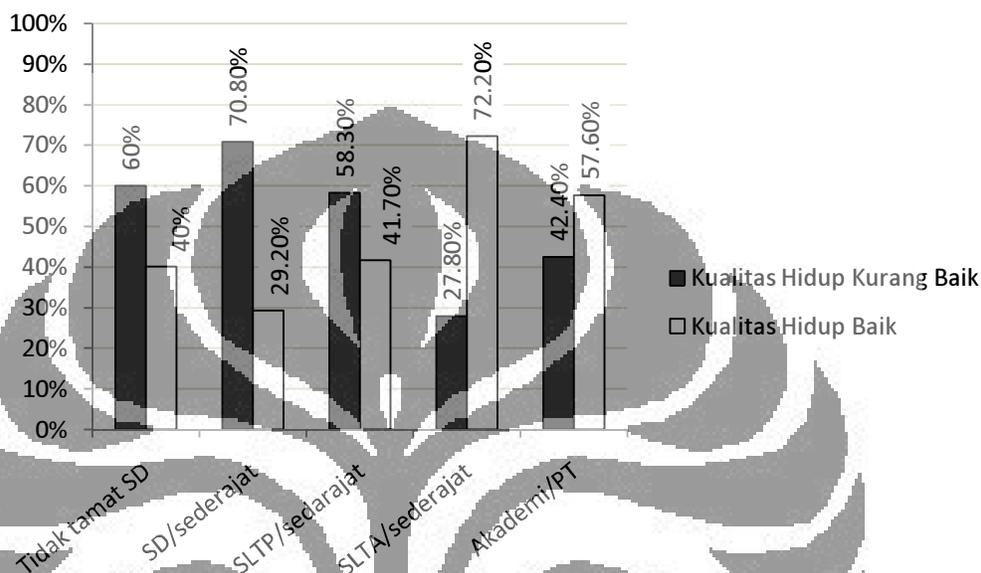


Diagram 5.2 menunjukkan distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan diantara pasien DM. Diantara 5 orang pasien DM dengan berpendidikan tidak tamat SD sebagian besar memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu 3 orang (60%). Responden yang berpendidikan SD/ sederajat sebanyak 24 orang terdapat sebagian besar juga memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu 17 orang (70,8%). Responden yang berpendidikan SLTP/ sederajat sebanyak 24 orang sebagian besar memiliki kualitas hidup kurang baik yaitu 14 orang (58,3%). Sedangkan diantara responden yang berpendidikan SLTA/ sederajat sebanyak 36 orang, sebagian besar memiliki kualitas hidup baik yaitu 26 orang (72,2%). Diantara 33 responden dengan pendidikan akdemi/PT, sebagian besar memiliki kualitas hidup baik yaitu 19 orang (57,6%).

d. Karakteristik responden berdasarkan terapi

Diagram 5.3 menggambarkan karakteristik responden berdasarkan terapi yang dijalani.

Diagram 5.3
Distribusi responden berdasarkan terapi di Kota Blitar
Bulan Oktober – Nopember
tahun 2008 (n= 122)

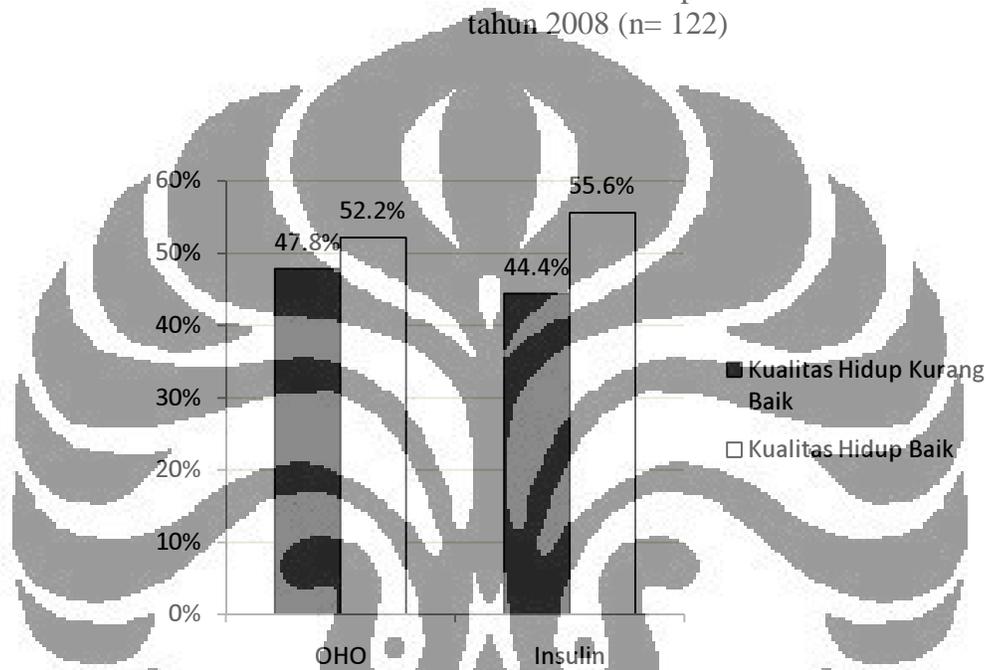


Diagram 5.3 menunjukkan distribusi responden berdasarkan terapi yang dilakukan. Hasil analisis diagram tersebut didapatkan hasil diantara 113 pasien DM yang mendapatkan Obat Hipoglikemik Oral (OHO), pasien yang memiliki kualitas hidup kurang baik dan kualitas hidup baik jumlahnya hampir sama. Sedangkan responden yang mendapatkan terapi insulin dan memiliki kualitas hidup baik 55,6%.

e. Karakteristik responden berdasarkan komplikasi

Diagram 5.4
Distribusi responden berdasarkan komplikasi
di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember
tahun 2008 (n= 122)

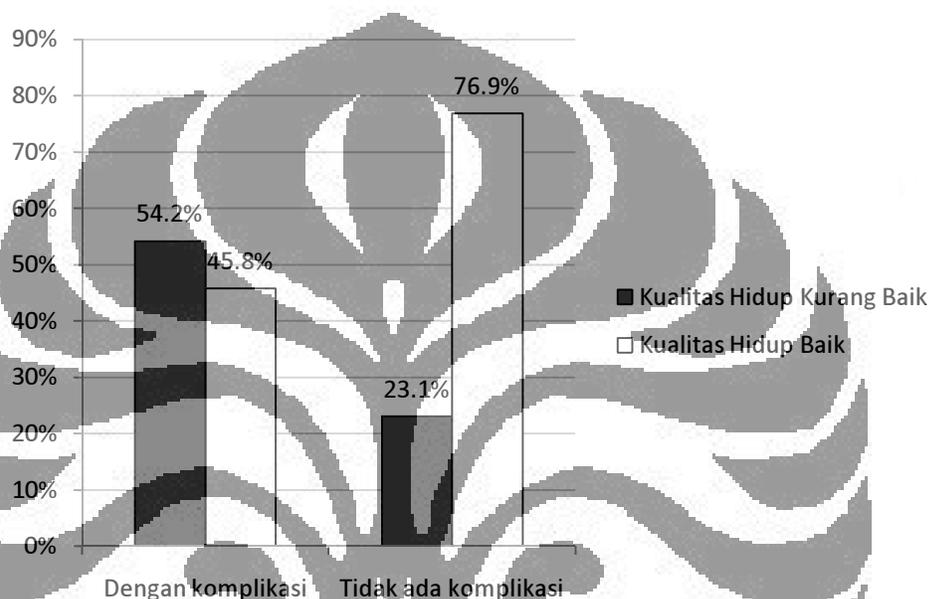


Diagram 5.4 menggambarkan distribusi responden berdasarkan komplikasi yang dialami. Diagram tersebut menunjukkan diantara 96 responden yang mengalami komplikasi akibat penyakit DM jumlah pasien yang memiliki kualitas hidup kurang baik dan baik hampir sama, sedangkan diantara 26 responden yang tidak mengalami komplikasi akibat penyakit DM sebagian besar memiliki kualitas hidup baik yaitu 20 orang (76,9%) dan yang memiliki kualitas hidup kurang baik adalah 6 orang (23,1%).

2. Perawatan diri DM, persepsi sakit dan kualitas hidup

Tabel 5.2 menggambarkan distribusi responden berdasarkan perawatan diri, persepsi sakit dan kualitas hidup apsiien DM tipe 2.

Tabel 5.2
Distribusi responden berdasarkan perawatan diri DM, persepsi sakit dan kualitas hidup di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008 (n= 122)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Perawatan diri DM	Kurang taat	71	58,2
	Taat	51	41,8
Persepsi sakit	Negatif	57	46,7
	Positif	65	53,3
Kualitas hidup	Kurang baik	58	47,5
	Baik	64	52,5

Tabel di atas menggambarkan distribusi responden berdasarkan perawatan diri DM yang dilakukan paling banyak kurang taat yaitu 71 orang (58.2%), sedangkan yang taat 51 orang (41.8%). Distribusi responden berdasarkan persepsi sakit menunjukkan sebagian besar memiliki persepsi sakit positif yaitu 65 orang (53.3%), sedangkan yang memiliki persepsi sakit negatif yaitu 57 orang (46.7%). Pada tabel tersebut juga digambarkan distribusi responden berdasarkan kualitas hidup, didapatkan distribusi responden berdasarkan kualitas hidup hampir sama yaitu responden yang memiliki kualitas hidup baik 64 orang (52.5%) dan responden yang memiliki kualitas hidup kurang baik 58 orang (47.5%).

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2

Hubungan usia dengan kualitas hidup pasien DM ditunjukkan tabel 5.3 sebagai berikut :

Tabel 5.3
Hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008
(n= 122)

Kualitas Hidup	Mean	SD	SE	N	p value
Kurang baik	58,55	8,601	1,129	58	0,885
Baik	58,33	8,438	1,055	64	

Hasil analisis tabel tersebut menunjukkan rata-rata usia pasien DM tipe 2 yang memiliki kualitas hidup kurang baik adalah 58,55 tahun dengan standar deviasi 8,601 tahun, sedangkan pasien DM tipe 2 yang memiliki kualitas hidup baik rata-rata usia adalah 58,33 tahun dengan standar deviasi 8,438 tahun. Pada alpha 5% menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata usia antara pasien DM tipe 2 yang memiliki kualitas hidup kurang baik dengan kualitas hidup baik ($p= 0,885$, $\alpha = 0,05$).

2. Hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2

Tabel 5.4
 Hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008
 (n= 122)

Jenis kelamin	Kualitas Hidup						OR 95% CI	p value
	Kurang Baik		Baik		Total			
	n	%	n	%	N	%		
Perempuan	40	56,3	31	43,7	71	100	2,366	0,035*
Laki-laki	18	35,3	33	64,7	51	100	1,13-1,04	
Total	58	47,5	64	52,5	122	100		

*Bermakna/signifikan pada $\alpha < 0,05$

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas pasien DM tipe 2 diperoleh bahwa laki-laki yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 33 (64,7%). Sedangkan pada pasien perempuan yang memiliki kualitas hidup baik terdapat 31 orang (43,7%). Analisis lebih lanjut pada alpha 5% terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 ($p = 0,035$, $\alpha = 0,05$). Analisis keeratan hubungan antara jenis kelamin dan kualitas hidup didapatkan nilai OR = 2,366, artinya pasien laki-laki memiliki peluang 2,366 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding pasien perempuan (95% CI: 1,13 - 1,04).

3. Hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2

Tabel 5.5
 Hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008
 (n= 122)

Pendidikan	Kualitas Hidup						OR 95% CI	p value
	Kurang Baik		Baik		Total			
	n	%	n	%	N	%		
Pendidikan rendah	34	64,2	19	35,8	53	100	3,355 1,59-7,09	0,002*
Pendidikan tinggi	24	34,8	45	65,2	69	100		
Total	58	47,5	64	52,5	122	100		

*Bermakna/signifikan pada $\alpha < 0,05$

Tabel 5.5 menunjukkan diantara pasien DM tipe 2 yang memiliki kualitas hidup baik adalah yang memiliki pendidikan tinggi (SLTA dan Akademi/PT) sebanyak 45 orang (65,2%). Analisis lebih lanjut pada *alpha* 5% disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 ($p = 0,002$, $\alpha = 0,05$). Analisis keeratan hubungan antara pendidikan dan kualitas hidup didapatkan nilai OR = 3,355, artinya pasien dengan pendidikan tinggi memiliki peluang 3,35 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding pasien dengan pendidikan rendah (95% CI: 1,59-7,09).

4. Hubungan antara terapi yang dilakukan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2

Pada tabel 5.6 akan digambarkan hubungan terapi yang dilakukan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Tabel 5.6
Hubungan antara terapi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008
(n= 122)

Terapi	Kualitas Hidup				OR	95% CI	p value	
	Kurang Baik		Baik					Total
	n	%	n	%				
OHO	54	47,8	59	52,2	113	100	1,144 0,292- 4,483	
Insulin	4	44,4	5	55,6	9	100		
Total	58	47,5	64	52,5	122	100		

Tabel di atas menggambarkan diantara pasien DM tipe 2 yang mendapatkan terapi Obat Hipoglikemik Oral (OHO) sebagian besar memiliki kualitas hidup baik yaitu sebanyak 59 orang (52,2%). Sedangkan diantara pasien yang mendapat terapi insulin terdapat 5 orang (55,6%) yang memiliki kualitas hidup baik. Hasil uji statistik pada alpha 5% disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara responden yang mendapatkan terapi OHO dan responden yang mendapat terapi insulin dalam hubungan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 ($p = 1,000, \alpha = 0,05$).

5. Hubungan antara lama sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2

Hubungan lama sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 digambarkan pada tabel 5.7 sebagai berikut :

Tabel 5.7
Hubungan antara lama sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008
(n= 122)

Kualitas Hidup	Mean	SD	SE	N	p value
Kurang baik	8,4	3,98	0,523	58	0,114
Baik	7,19	4,37	0,546	64	

Tabel tersebut menggambarkan rata-rata lama sakit responden yang memiliki kualitas hidup baik adalah 7,19 tahun dengan standar deviasi 3,98 tahun, sedangkan rata-rata lama sakit responden yang memiliki kualitas hidup kurang baik adalah 8.4 tahun dengan standar deviasi 3,98. Analisis hubungan pada alpha 5% menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata lama sakit responden yang memiliki kualitas hidup baik dengan reponden yang memiliki kualitas hidup kurang baik ($p = 0,114$, $\alpha = 0,05$).

6. Hubungan antara komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2

Tabel 5.8 menggambarkan hubungan antara komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Tabel 5.8
 Hubungan antara komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008
 (n= 122)

Komplikasi	Kualitas Hidup						OR	95% CI	p value
	Kurang Baik		Baik		Total				
	n	%	n	%	N	%			
Dengan komplikasi	52	54,2	44	45,8	96	100	3,939	1,454- 10,674	0,009*
Tidak ada komplikasi	6	23,1	20	76,9	26	100			
Total	58	47,5	64	52,5	122	100			

*Bermakna/signifikan pada $\alpha < 0,05$

Hasil analisis hubungan antara komplikasi yang dialami dengan kualitas hidup diperoleh bahwa ada sebanyak 44 orang (45,8%) pasien DM dengan komplikasi yang memiliki kualitas hidup baik. Sedangkan diantara pasien yang tidak mengalami komplikasi terdapat 20 orang (76,9%) yang memiliki kualitas hidup baik. Analisis lebih lanjut pada alpha 5% dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 ($p = 0,009$, $\alpha = 0,05$). Analisis keeratan hubungan antara dua variabel didapatkan nilai OR = 3,939 (95% CI: 1,454 – 10,674) artinya pasien DM yang tidak ada komplikasi memiliki peluang 3,939 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan pasien DM yang dengan komplikasi.

7. Hubungan antara perawatan diri dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2

Tabel 5.9
 Hubungan antara perawatan diri dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008
 (n= 122)

Perawatan diri	Kualitas Hidup						OR	95% CI	p value
	Kurang Baik		Baik		Total				
	n	%	N	%	N	%			
Kurang taat	45	63,4	26	36,6	71	100	5,059	2,288-11,187	0,000*
Taat	13	25,5	38	74,5	51	100			
Total	58	47,5	64	52,5	122	100			

*Bermakna/signifikan pada $\alpha < 0,05$

Hasil analisis hubungan antara perawatan diri dengan kualitas hidup terdapat 38 orang (74,5%) pasien DM yang taat melakukan perawatan diri memiliki kualitas hidup baik. Sedangkan diantara pasien DM yang kurang taat terdapat 26 orang (36,6%) yang memiliki kualitas hidup baik.

Analisis lebih lanjut pada *alpha* 5% dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara perawatan diri dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 ($p = 0,000$, $\alpha = 0,05$). Analisis keeratan hubungan diperoleh nilai OR = 5,059 (95% CI: 2,288-11,187), artinya pasien DM yang taat melakukan perawatan diri memiliki peluang 5 kali (5,059) untuk memiliki kualitas hidup baik.

8. Hubungan antara persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2

Tabel 5.10
 Hubungan antara persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2
 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008
 (n= 122)

Persepsi sakit	Kualitas Hidup						OR	95% CI	p value
	Kurang Baik		Baik		Total				
	n	%	N	%	N	%			
Negatif	45	77,6	13	22,4	58	100	13,58	5,706- 32,317	0,000*
Positif	13	20,3	51	79,7	64	100			
Total	58	47,5	64	52,5	122	100			

*Bermakna/signifikan pada $\alpha < 0,05$

Tabel 5.11 menunjukkan diantara pasien DM yang memiliki persepsi sakit positif terdapat 51 orang (79,7%) memiliki kualitas hidup baik. Sedangkan diantara pasien yang memiliki persepsi sakit negatif terdapat 13 responden (68%) memiliki kualitas hidup baik. Analisis lebih lanjut dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara persepsi sakit dengan kualitas hidup ($p = 0,000$, $\alpha = 0,05$). Analisis keeratan hubungan diperoleh juga nilai OR = 13,580 (95% CI: 5,706-32,317), artinya pasien DM dengan persepsi sakit positif memiliki peluang 14 kali (13,58) untuk memiliki kualitas hidup baik.

C. Analisis Multivariat

1. Seleksi Kandidat

Menyeleksi variabel bebas dan variabel *confounding* : perawatan diri, persepsi sakit, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, terapi yang dilakukan, lama sakit dan komplikasi yang diprediksi berhubungan dengan kualitas hidup pasien DM.

hasil analisis bivariat yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.11
Hasil seleksi bivariat uji regresi logistik perawatan diri, persepsi diri, jenis kelamin, usia, pendidikan, terapi, lama sakit dan komplikasi dengan kualitas hidup DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008 (n= 122)

No	Variabel	p-Wald
1	Perawatan diri	0,000*
2	Persepsi sakit	0,000*
3	Jenis kelamin	0,023*
4	Usia	0,884
5	Pendidikan	0,002*
6	Terapi	0,847
7	Lama sakit	0,115*
8	Komplikasi	0,007*

*Masuk pada tahap selanjutnya

Tabel 5.11 menunjukkan 6 variabel nilai *p-Wald* < 0,25, yaitu perawatan diri, persepsi sakit, jenis kelamin, pendidikan, lama sakit dan komplikasi. Sehingga keenam variabel tersebut bisa diteruskan ke dalam pemodelan multivariat. Tetapi untuk variabel usia tetap dimasukkan ke dalam pemodelan, karena secara

substansi usia memiliki hubungan dengan kualitas hidup. Pada usia muda dikatakan memiliki kualitas hidup baik dibandingkan usia tua.

2. Pemodelan multivariat

Hasil uji regresi logistik menghasilkan dari 7 variabel terdapat 4 variabel memiliki p value > 0,05 yaitu usia (0,446), jenis kelamin (0,095), lama sakit (0,207) dan komplikasi (0,055). Keempat variabel tersebut dikeluarkan secara bertahap mulai dari variabel dengan p value terbesar. Hasil pemodelan multivariat ditunjukkan pada tabel 5.15.

Tabel 5.12
Hasil analisis pemodelan multivariat perawatan diri, persepsi sakit,
dan pendidikan dengan kualitas hidup DM tipe 2 di Kota Blitar
Bulan Oktober – Nopember
tahun 2008 (n= 122)

Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	95%CI
Persepsi sakit					
a. Negatif				1	
b. Positif	4,535	27,077	0,000*	93,21	16,89-541,38
Perawatan diri					
a. Kurang taat				1	
b. Taat	3,200	15,805	0,000*	24,53	5,06-118,79
Pendidikan					
a. Rendah				1	
b. Tinggi	2,268	12,647	0,000*	9,66	2,77-33,7

*Bermakna/signifikan pada $\alpha < 0,05$

Analisis pada pemodelan di atas menunjukkan tiga variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan kualitas hidup pasien DM tipe2 yaitu persepsi sakit, perawatan diri dan pendidikan ($p = 0,05$). Selanjutnya ketiga variabel tersebut akan dilakukan uji interaksi pada tahap berikutnya.

3. Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan sebelum pemodelan terakhir ditetapkan. Tabel 5.13 menunjukkan hasil uji interaksi variabel perawatan diri, persepsi sakit dan pendidikan sebelum pemodelan terakhir ditetapkan.

Tabel 5.13
Hasil analisis uji interaksi perawatan diri, persepsi sakit, dan pendidikan dengan kualitas hidup DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008 (n= 122)

No	Variabel	p-value
1	Perawatan diri*persepsi sakit	0,998
2	Perawatan diri*pendidikan	0,405
3	Persepsi sakit*pendidikan	0,589

Analisis tabel di atas menunjukkan tidak terdapat interaksi yang bermakna dari masing-masing variabel perawatan diri, persepsi sakit dan pendidikan dalam hubungan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 ($p > 0,05$).

4. Uji potensial pengganggu (*confounding*)

Tabel 5.14
Hasil analisis uji potensial pengganggu hubungan perawatan diri, persepsi sakit, dan pendidikan dengan kualitas hidup DM tipe 2 di Kota Blitar Bulan Oktober – Nopember tahun 2008 (n= 122)

Variabel Utama	Variabel Pengganggu	OR Variabel Utama		Perubahan OR
		Sebelum pengganggu dikeluarkan	Setelah pengganggu dikeluarkan	
Perawatan diri	Pendidikan	24,529	21,915	10,65*
Persepsi sakit	Pendidikan	93,212	46,461	50,15*

*Konfounding

Setelah dilakukan analisis pengganggu didapatkan hasil pendidikan merupakan *confounding* hubungan perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 dengan didapatkan selisih nilai OR sebelum dan sesudah pendidikan dikeluarkan sebesar $> 10\%$.

5. Model Akhir

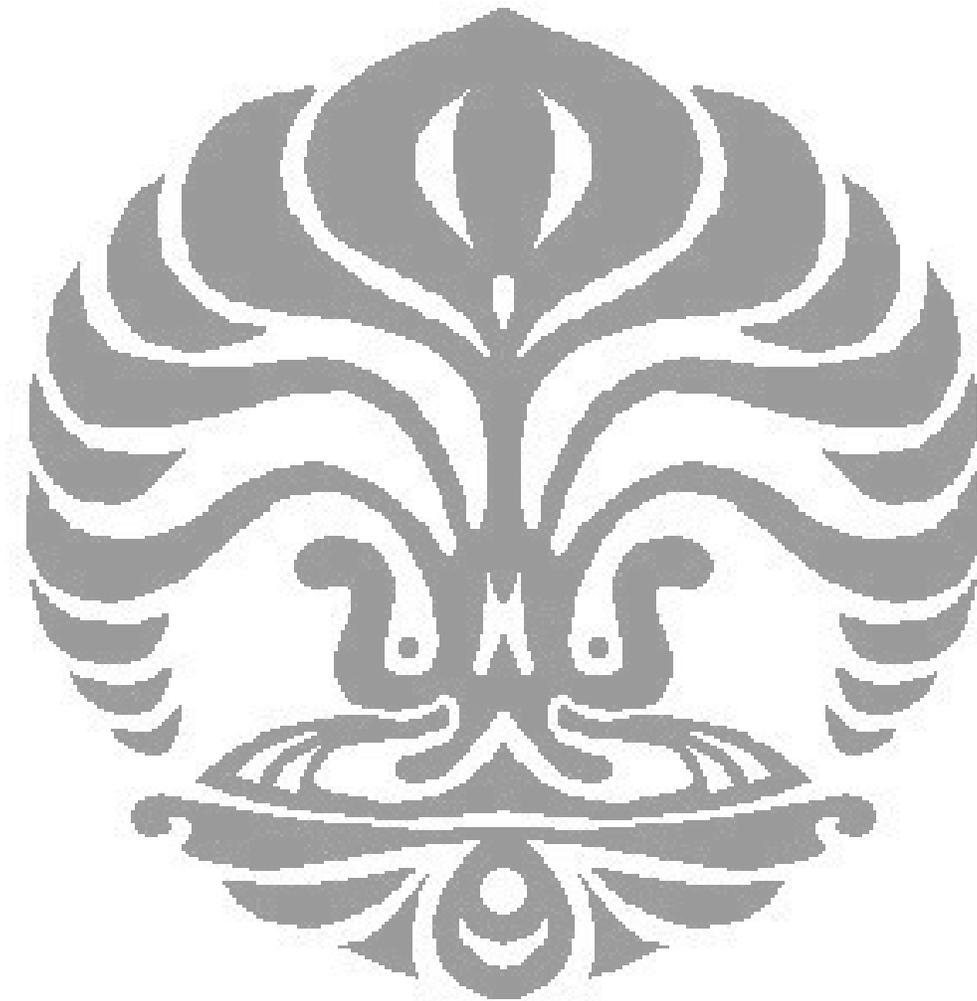
Tabel 5.15
Hasil analisis pemodelan akhir multivariat perawatan diri, persepsi sakit, dan pendidikan dengan kualitas hidup DM tipe 2 Bulan Oktober – Nopember tahun 2008 (n= 122)

Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	95%CI
Persepsi sakit					
a. Negatif				1	
b. Positif	4,535	27,077	0,000*	93,21	16,89-541,38
Perawatan diri					
a. Kurang taat				1	
b. Taat	3,200	15,805	0,000*	24,53	5,06-118,79
Pendidikan					
a. Rendah				1	
b. Tinggi	2,268	12,647	0,000*	9,66	2,77-33,7

*Bermakna/signifikan pada $\alpha < 0,05$

Berdasarkan tabel 5.15 setelah dilakukan analisis didapatkan persepsi sakit merupakan variabel yang memiliki hubungan paling bermakna dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2, karena memiliki nilai OR paling besar yaitu 93,21 (95% CI: 16,89-541,38). Dapat disimpulkan pasien dengan persepsi sakit positif memiliki peluang 93 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding pasien dengan persepsi sakit negatif setelah dikontrol perawatan diri dan pendidikan

(95% CI: 16,89-541,38). Sedangkan nilai OR perawatan diri sebesar 24,53, dapat dijelaskan bahwa pasien yang melakukan perawatan diri dengan taat memiliki peluang 24 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan pasien yang kurang taat melakukan perawatan diri setelah dikontrol persepsi sakit dan pendidikan (95% CI: 5,06-118,79).



BAB VI

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

1. Hubungan karakteristik pasien dan kualitas hidup

a. Usia

Rata-rata usia pasien Diabetes Melitus (DM) di Kota Blitar adalah 58.43 tahun dengan rentang usia 34 sampai dengan 78 tahun. Penelitian yang dilakukan Gucciardi, et al. (2008) mengenai karakteristik laki-laki dan perempuan yang menderita DM didapatkan hasil rata-rata usia pasien DM 54.4 tahun. Hasil penelitian yang sejalan dilakukan Koopman, et.al (2005) didapatkan hasil terjadi penurunan rata-rata usia mulai didiagnosa penyakit DM periode tahun 1988 - 1994 pada 52 tahun, sedangkan pada periode tahun 1999 - 2000 menjadi 46 ($p < 0.05$). Sedangkan penelitian yang dilakukan Sousa (2006) mengenai studi cross-sectional perbedaan demografi pasien DM dewasa, didapatkan hasil rata-rata usia pasien DM adalah 48.38 tahun.

Secara konsep penyakit DM tipe 2 sering muncul pada pasien setelah umur 40 tahun (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007; Black & Hawk, 2005). Sedangkan menurut LeMone & Burke (2006) dikatakan bahwa DM tipe 2

bisa saja terjadi pada segala usia, tetapi biasanya muncul pada usia pertengahan dan usia tua. Sesuai patofisiologi DM, insiden penyakit DM tipe 2 paling sering terjadi pada pasien DM yang berusia lebih dari 30 tahun. Pasien DM kini dapat hidup semakin lama, sehingga populasi DM lebih sering terlihat pada populasi usia lanjut. (Smeltzer & Bare, 2008). Penyebabnya adalah penurunan sensitivitas terhadap insulin/resistensi insulin yang kecenderungan meningkat pada usia di atas 65 tahun. Sehingga tujuan terapi DM usialanjut difokuskan pada masalah kualitas hidup pasien, seperti mempertahankan kemampuan mengurus diri sendiri atau melakukan perawatan mandiri dan meningkatkan kesehatan secara umum (Smeltzer & Bare, 2008).

Analisis hubungan antara usia dan kualitas hidup pasien DM didapat hasil rata-rata usia pasien DM yang memiliki kualitas hidup baik adalah 58.33 tahun, sedang yang memiliki kualitas hidup kurang baik adalah 58.55 tahun. Pada analisis lebih lanjut didapat tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Walaupun secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna tetapi rata-rata usia responden yang memiliki kualitas hidup baik dan kurang baik menunjukkan kecenderungan dengan meningkatnya usia seseorang maka terjadi penurunan kualitas hidup.

Kondisi tersebut bisa disebabkan karena peningkatan usia seseorang maka terjadi penurunan fungsi organ tubuh, penurunan massa tubuh, penurunan kemampuan fisik dan ketidaktaatan diet disertai berkurangnya kadar hormon

regulasi glukosa dan resistensi insulin. (Smeltzer & Bare, 2008; Black & Hawk, 2005). Pada usia lanjut dengan DM sering ditemui , masalah kesehatan yang kompleks seperti depresi, gangguan kognitif, inkontinensia urine, risiko injuri dan nyeri yang persisten (ADA, 2005 dalam Lemone & Burke, 2006).

Penelitian yang dilakukan Schmidt, et al. (2005) bahwa pada penyakit kronis pada pasien dengan usia ≥ 70 tahun mengalami penurunan kualitas hidup dibandingkan pasien yang ≤ 69 tahun. Penelitian lain yang mendukung dilakukan Thommasen, HV, et al. (2005) mengenai *Understanding relationships between diabetes mellitus and health-related quality of life in a rural community* didapatkan hasil usia memiliki hubungan yang bermakna dengan fungsi fisik, nyeri, fungsi sosial atau emosional yang merupakan elemen kualitas hidup.

Menurut peneliti secara normal seiring bertambah usia seseorang terjadi perubahan baik fisik maupun psikologis sampai dengan intelektual. Pada usia lanjut terjadi penurunan daya penglihatan, pendengaran, daya ingat, mobilitas serta koordinasi motorik halus, peningkatan tremor, dan depresi. Perubahan tersebut memberikan dampak seseorang mengalami keterbatasan ataupun gangguan melakukan fungsi fisik, psikologis maupun sosial. Pada pasien DM dengan keluhan yang muncul dan apabila disertai komplikasi akibat DM akan menambah beban bagi pasien DM untuk melakukan fungsinya. Kondisi

tersebut mengakibatkan keterbatasan fungsi fisik, perubahan fungsi psikologis maupun sosial yang merupakan elemen kualitas hidup.

b. Jenis kelamin

Pasien DM di Kota Blitar, dari hasil penelitian didapatkan sebagian besar pasien DM adalah perempuan yaitu 71 orang (58.2 %), sedangkan laki-laki 51 orang (41.8%). Penelitian yang sejalan dilakukan oleh Gucciardi, et al. (2008) didapatkan hasil jumlah pasien DM perempuan 143 dan laki-laki 132. Demikian pula penelitian yang dilakukan Sousa (2006) mengenai studi *cross-sectional* perbedaan demografi pasien DM dewasa, didapatkan hasil pasien DM yang berjenis kelamin perempuan 74 orang dan laki-laki 67 orang.

Karakteristik pasien DM pada penelitian ini tidak sesuai secara konsep teori yang mengatakan bahwa prevalensi DM sama antara laki-laki dan perempuan (Ignatavicius & Workman, 2006). Sedangkan menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2004) didapatkan pasien DM laki-laki sebanyak 52 orang dan perempuan 46 orang dari 100.000 orang.

Jumlah pasien DM perempuan lebih banyak daripada laki-laki pada penelitian ini disebabkan karena penelitian dilakukan di unit rawat jalan pada saat pasien DM melakukan kontrol. Penelitian yang dilakukan Gucciardi, et al. (2008) didapatkan hasil perempuan memiliki keyakinan tinggi untuk melakukan perawatan penyakit DM yang dialami dengan cara melakukan kontrol ke pelayanan kesehatan ($p = 0.017$).

Analisis hubungan jenis kelamin dan kualitas hidup didapatkan hasil laki-laki yang memiliki kualitas hidup baik sebanyak 33 (64.7%). Sedangkan pada pasien perempuan yang memiliki kualitas hidup baik terdapat 31 orang (43.7%). Analisis lebih lanjut pada penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan kualitas hidup ($p = 0.035$, $\alpha = 0.05$).

Secara konsep laki-laki dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada perempuan (Rubin, 2000). Penelitian lain yang mendukung dilakukan Coelho, Amorim, & Prata (2003), didapatkan hasil jenis kelamin memiliki hubungan yang bermakna dengan skor dari semua dimensi kualitas hidup ($p < 0,001$). Pada penelitian tersebut dilaporkan secara umum responden dengan jenis kelamin perempuan memiliki skor kualitas hidup tinggi (kualitas hidup kurang baik) dibandingkan pasien diabetes laki-laki.

Menurut peneliti perempuan dalam menghadapi suatu stressor lebih menggunakan perasaan dibanding laki-laki. Sehingga disaat pasien DM perempuan didiagnosa, menjalani perawatan DM dalam jangka waktu yang lama ataupun mengalami komplikasi akibat DM akan berpengaruh pada status psikologis atau emosionalnya. Penelitian yang mendukung dilakukan Lau, Qureshi & Scott. (2004) mengenai *Association between Glycaemic Control and Quality of Life in Diabetes Mellitus* didapatkan hasil perubahan kadar HbA1c, jenis kelamin, perubahan skor *physical component summary* (PCS) berhubungan secara bermakna dengan perubahan skor *mental component summary* (MSC). Penelitian yang lain dilakukan Thiagarajan

(1998) didapatkan hasil jenis kelamin ditemukan memiliki hubungan negatif dengan stres, ini mengindikasikan bahwa perempuan memiliki pengalaman stress pada level yang tinggi dibanding laki-laki.

Kondisi psikologi seperti stress pada seseorang akan mempengaruhi hipotalamus mensekresi *coriotropin-releasing-hormon* (CRH), kemudian CRH merangsang hipofisis anterior sehingga mensekresi hormon adrenokortikotropik (ACTH) yang akan merangsang kortek adrenal mensekresi kortisol. Kortisol memberikan dampak antara lain menekan sintesis immunoglobulin, menurunkan populasi sel *poly-mono-nuclear* (PMN), dan limfosit. Hal tersebut membuat seseorang akan mengalami kondisi penurunan daya tahan tubuh serta apabila sudah mengalami proses peradangan atau infeksi akan terjadi terhambat proses penyembuhannya. Selain itu kortisol memberikan dampak pada tingkah laku dan emosi. Kelebihan kortisol dalam jangka waktu yang lama menyebabkan berbagai gangguan psikologis, seperti emosi menjadi labil, mudah tersinggung dan depresi. Pada beberapa penderita terjadi gangguan kognisi seperti memori dan konsentrasi (Sholeh, 2006). Menurut peneliti penurunan daya tahan tubuh, proses penyembuhan yang lama serta gangguan psikologis (emosi labil, mudah tersinggung dan depresi) mengakibatkan penurunan kualitas hidup.

Menurut peneliti muncul gejala-gejala serta komplikasi dapat dihindari atau dicegah apabila gula darah terkontrol. Terkontrolnya gula darah tercapai

melalui perawatan diri (*diabetes self-care activities/management*) seperti perencanaan makan, aktifitas, terapi, perawatan kaki dan pemeriksaan gula secara mandiri. Kemampuan untuk melakukan perawatan diri bisa didapat dari pendidikan kesehatan yang didapatkan dari petugas kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2007) prinsip belajar atau menerima pendidikan kesehatan salah satunya adalah belajar merupakan proses emosional dan intelektual. Di sini belajar dipengaruhi oleh keadaan individu secara keseluruhan, baik secara intelektual maupun psikologis (emosional). Bila status psikologis individu dalam kondisi kalut, murung, frustrasi, konflik dan tidak puas akan berpengaruh terhadap hasil belajar. Menurut peneliti pasien laki-laki sebagian besar menghadapi suatu stressor atau masalah menggunakan rasio sehingga memiliki coping lebih baik. Hal ini memberi dampak pasien DM laki-laki mudah menerima dan memahami pendidikan kesehatan yang diberikan sehingga mampu melakukan perawatan diri dan tercapai kualitas hidup yang baik.

c. Pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar responden berpendidikan SLTA dan Akademi/PT hampir sama yaitu masing-masing 36 orang (29,5%) dan 33 orang (27%). Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gucciardi, et al. (2008) karakteristik pasien DM berdasarkan pendidikan sebagian besar berpendidikan tinggi yaitu Akademi/PT yaitu sebanyak 157 orang (57,1%).

Analisis hubungan pendidikan dan kualitas hidup menunjukkan data pasien DM dengan kualitas hidup baik sebagian besar berpendidikan SLTA/ sederajat dan Akademi/PT masing-masing terdapat 26 orang (72.2%) dan 19 orang (57.6%). Hasil tersebut menunjukkan semakin tinggi pendidikan seseorang maka kualitas hidupnya menjadi baik. Rubin (2000) mengungkapkan bahwa seseorang dengan pendidikan yang tinggi atau lebih cenderung memiliki kualitas hidup lebih baik dari pada yang berpendidikan rendah.

Analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan kualitas hidup ($p = 0.013$, $\alpha = 0.05$). Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Poradzisz (2001) didapatkan hasil ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dan kualitas hidup ($p < 0.05$). Artinya pasien DM dengan pendidikan rendah memiliki skor kualitas hidup yang rendah dibanding pasien dengan pendidikan tinggi. Begitu pula penelitian yang dilakukan Coelho, Amorim, & Prata (2003), menunjukkan hasil rata-rata tingkat pendidikan pasien dengan kualitas hidup kurang baik secara umum rendah dibanding pasien yang memiliki kualitas hidup baik. Pendidikan merupakan faktor penting dalam memahami perawatan diri dan pengelolaan DM, kontrol gula darah dan persepsi sakit.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sousa (2006) terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan tentang DM yang dimiliki pasien dengan pendidikan tinggi dan rendah. Terkontrolnya gula darah akan

mengurangi gejala yang muncul dari DM dan mencegah terjadinya komplikasi baik mikrovaskuler maupun makrovaskuler yang dapat mengakibatkan terganggunya fungsi fisik, psikologis dan sosial atau terjadi penurunan kualitas hidup.

Menurut peneliti keyakinan seseorang akan membuat seseorang mengambil tindakan yang tepat dalam mengatasi masalah yang muncul. Selain keyakinan yang dimiliki seseorang juga dimungkinkan karena penelitian ini karakteristik responden sebagian besar memiliki pendidikan tinggi yaitu 69 orang. Menurut peneliti dengan pendidikan tinggi kemampuan pemahaman seseorang lebih baik mengenai penyakitnya. Pemahaman yang baik akan membantu seseorang untuk melakukan tindakan penanganan atau pengelolaan penyakit yang diderita. Selain itu seseorang dengan pendidikan tinggi akan memiliki kemampuan melakukan perawatan diri yang baik sehingga mampu mengontrol gula darah karena kecenderungan akan memiliki pengetahuan tentang DM yang lebih baik. Sercapai sehingga tercapai kualitas hidup yang lebih baik.

d. Terapi yang dilakukan

Pada penelitian ini sebagian besar responden mendapatkan terapi Obat Hipoglikemik Oral (OHO) sebanyak 113 orang (92.13%). Hasil penelitian tersebut sesuai dengan karakteristik responden pada penelitian yang dilakukan Gucciardi, et.al (2008) bahwa sebagian besar pasien menggunakan

terapi OHO sebanyak 165 orang (60%), sedangkan yang menggunakan insulin 22 orang (8%).

Prinsip pengobatan pada pasien DM tipe 2 dengan perencanaan makan sebagai pengobatan utama, tetapi bila bersama dengan latihan jasmani ternyata gagal, maka diberikan terapi farmakologis dengan obat oral atau insulin. Pada DM tipe 2 biasanya gula darah dapat dikontrol menggunakan OHO dan diberikan insulin bila terapi OHO tidak adekuat.

Analisis hubungan terapi yang dilakukan dengan kualitas hidup menunjukkan pasien yang memiliki kualitas hidup baik dan menjalani terapi OHO adalah sebanyak 59 orang (52.2%) dan yang menjalani terapi insulin sebanyak 5 orang (55.6%). Artinya pasien DM yang menjalani terapi OHO maupun insulin dalam jangka waktu yang lama sama-sama memiliki kualitas hidup baik.

Analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara terapi yang dijalani dengan kualitas hidup ($p = 1.000$, $\alpha = 0.05$). Hasil penelitian yang sejalan dilakukan oleh Benbow, Wallymahmed & Macfarlane (1998) dimana tidak ada perbedaan signifikan skor kualitas hidup yang diukur menggunakan *Nottingham Health Profile* (NHP) pada pasien DM yang mendapatkan terapi insulin ataupun OHO. Hasil analisis tersebut tidak sejalan dengan sebuah studi yang melaporkan pada pasien DM tipe 2 dengan penatalaksanaan DM yang intensif menggunakan diet saja ataupun dengan

OHO atau insulin dalam jangka waktu yang lama berhubungan dengan penurunan kualitas hidup (Rubin, 2000).

Menurut peneliti terapi yang diberikan kepada pasien DM memiliki tujuan untuk mengontrol gula darah disamping dilakukan pengelolaan DM yang lain (diet, aktifitas fisik, perawatan diri, dan monitorgula darah). Sehingga dari kedua terapi baik OHO maupun insulin memiliki tujuan yang sama yaitu terkontrolnya gula darah. Di sini menunjukkan pasien DM yang mendapatkan terapi OHO atau insulin berpeluang sama memiliki kualitas hidup baik.

e. Lama sakit

Rata-rata lama sakit pasien DM di Kota Blitar adalah 7.64 tahun dengan rentang 1 sampai dengan 14 tahun. Berkembangnya penyakit DM dan seiring pertambahan usia akan memunculkan komplikasi pada pasien DM. Penelitian yang sejalan dilakukan Sousa (2006) mengenai studi *cross-sectional* perbedaan demografi pasien DM dewasa, didapatkan hasil nilai tengah lama menderita DM 172 bulan (14 tahun). Sedangkan penelitian yang dilakukan Gucciardi, et.al (2008) menunjukkan rata-rata lama menderita DM adalah 4 bulan. Muncul komplikasi dari penyakit DM setelah pasien menderita DM selama 12 tahun (Black & Hawk, 1002; Ignatavicius & Workman, 2006; LeMone & Burke, 2008; Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007 & Maulana, 2008).

Analisis hubungan didapatkan rata-rata lama sakit responden yang memiliki kualitas hidup baik adalah 7.19 tahun, sedangkan responden yang memiliki kualitas hidup kurang baik rata-rata lama sakit adalah 8.4 tahun. Hasil tersebut menunjukkan semakin lama pasien menderita DM maka memiliki kualitas hidup kurang baik. Analisis lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama sakit antara pasien yang memiliki kualitas hidup baik dengan pasien yang memiliki kualitas hidup kurang baik ($p=0,114$, $\alpha = 0,05$).

Penelitian yang mendukung dilakukan Greg, et al (2000) dengan hasil pasien DM berpeluang untuk mengalami ketidakmampuan fisik lebih tinggi berhubungan dengan lama sakit, dimana pasien DM dengan lama sakit 6 – 14 tahun memiliki peluang 3 kali mengalami ketidakmampuan (OR=3,09, 95%CI: 1,82-5,25). Kejadian ketidakmampuan melakukan 1 atau lebih aktifitas fisik meningkat bersamaan dengan lamanya menderita DM pada semua usia.

Seiring berjalannya penyakit DM jika tanpa disertai ketaatan dalam perawatan diri dan kadar gula darah yang tidak terkontrol akan mengakibatkan munculnya komplikasi baik jangka pendek maupun jangka panjang. Kondisi tersebut mengakibatkan terganggunya atau terjadi keterbatasan fungsi baik fisik psikologis maupun sosial sehingga terjadi penurunan kualitas hidup.

f. Komplikasi

Pasien DM yang mengalami komplikasi karena penyakit DM pada penelitian ini sebanyak 96 orang (78.7%). Komplikasi pada pasien DM setelah perjalanan penyakit lebih dari 10 tahun akan memunculkan komplikasi baik mikrovaskuler maupun makrovaskuler. Dilaporkan 50% dari seluruh pasien DM memiliki mengalami neuropati diabetik setelah didiagnosa menderita DM > 25 tahun. Tetapi beberapa pasien DM tipe 2 gejala neuropati diabetik berkembang segera setelah didiagnosa DM (Bailes, 2002).

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan Issa & Baiyewu (2006) dengan hasil komplikasi fisik seperti hipertensi, katarak, gangguan fungsi seksual dan gangrene merupakan faktor risiko pasien memiliki kualitas hidup kurang baik. Menurut peneliti pada penelitian ini sebagian besar mengalami komplikasi, dilihat dari rata-rata lama sakit 7,64 tahun. Walaupun secara konsep komplikasi akibat DM muncul setelah menderita DM lebih dari 10 tahun tetapi beberapa literatur mengungkapkan gejala neuropati pada DM muncul segera setelah pasien didiagnosa.

Analisis hubungan antara komplikasi yang dialami dengan kualitas hidup diperoleh bahwa ada sebanyak 44 orang (45.8%) pasien DM dengan komplikasi yang memiliki kualitas hidup baik. Sedangkan diantara pasien yang tidak mengalami komplikasi terdapat 20 orang (76.9%) yang memiliki kualitas hidup baik. Analisis lebih lanjut pada alpha 5% dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara komplikasi dengan kualitas hidup

pasien DM tipe 2 ($p = 0.009$, $\alpha = 0.05$). Munculnya komplikasi menurunkan kualitas hidup disaat pasien mengalami kedua komplikasi baik mikrovaskuler dan makrovaskuler terjadi. Menurut Marshall & Flybjerg (2006) dari 7000 orang yang menderita DM tipe 2 dari beberapa studi dilaporkan 72% mengalami salah satu komplikasi dan 24% mengalami keduanya (komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler).

Hasil penelitian yang sejalan dilakukan Benbow, Wallymahmed & Macfarlane (1998), terdapat hubungan yang signifikan antara nyeri dan kualitas hidup yang diukur menggunakan NHP pada dampak nyeri ($p < 0.001$) dan dampak mobilitas fisik ($p < 0.001$). Sedangkan penelitian yang dilakukan Wee, et al. (2005) menyimpulkan DM dan penyakit kronis secara umum menurunkan kualitas hidup. Efek DM pada kualitas hidup sangat besar pada fungsi fisik (aktifitas fisik, nyeri dan kesehatan secara menyeluruh) dan mempengaruhi secara relatif pada komponen kesehatan mental (vitalitas, fungsi sosial dan kesehatan mental)

Menurut peneliti diabetes meningkatkan risiko pasien untuk mengalami ketidakmampuan baik secara fisik, psikologis maupun sosial yang diakibatkan komplikasi akibat DM yang dialami. Komplikasi meliputi penyakit kardiovaskuler dan vaskuler perifer, kebutaan dan neuropati perifer. Keluhan yang menyertai DM terutama akibat neuropati seperti rasa kesemutan, nyeri berdenyut, rasa panas pada telapak kaki, rasa kebas pada kaki paling sering dirasakan oleh responden. Nyeri yang kronik pada pasien

DM sering membuat pasien terganggu untuk melakukan mobilitas fisik. Komplikasi yang mengakibatkan amputasi kaki selain mengakibatkan gangguan dalam mobilitas fisik juga mengakibatkan gangguan fungsi psikologis dan sosial. Gejala yang dirasakan pada masing-masing pasien DM dan komplikasi yang dialami mengakibatkan keterbatasan fungsi dan perubahan kualitas hidup pasien.

2. Hubungan perawatan diri dengan kualitas hidup

Analisis hubungan antara perawatan diri dengan kualitas hidup diperoleh terdapat 38 orang (74.5%) pasien DM yang taat melakukan perawatan diri memiliki kualitas hidup baik. Sedangkan diantara pasien DM yang kurang taat terdapat 26 orang (36.6%) yang memiliki kualitas hidup baik. Hal ini dimungkinkan karena responden lebih banyak perempuan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gucciardi, et al. (2008), didapatkan hasil perempuan lebih banyak memiliki harapan dalam pengelolaan DM dan harapan terhadap keuntungan dari menggunakan pelayanan kesehatan dibanding laki-laki ($p = 0.017$).

Pengelolaan DM saat ini tidak hanya dilakukan oleh dokter, perawat dan tim kesehatan yang lain tetapi pasien juga merupakan tim dalam pengelolaan DM yang akhirnya disebut sebagai perawatan diri. Perawatan diri DM yang dilakukan oleh pasien meliputi perencanaan diet, aktifitas, terapi DM, perawatan kaki dan pemeriksaan kaki serta pemeriksaan kadar gula darah secara mandiri (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007).

Penelitian tentang perawatan diri khususnya pemeriksaan gula darah, rata-rata responden melakukan satu kali hingga dua kali dalam satu bulan. Pemeriksaan gula darah secara mandiri dalam beberapa literatur dikatakan dilakukan dua kali dalam 1 minggu. Pada pasien DM tergantung insulin memiliki frekuensi lebih banyak dibanding pasien yang mendapat terapi OHO. Frekuensi pemeriksaan gula darah pada pasien DM tipe 2 sesuai dengan kondisi gula darah pasien yang akan ditentukan oleh dokter (Black & Hawk, 2005; Smeltzer & Bare, 2008).

Perbedaan hasil penelitian dengan konsep ini, menurut peneliti kemungkinan dikarenakan keterbatasan pasien untuk menyediakan alat pemeriksaan gula darah (*glucose meter*) sendiri, sehingga tidak bisa melakukan pemeriksaan secara mandiri. Ada beberapa responden yang melakukan pemeriksaan dengan datang ke laboratorium terdekat diluar hari periksa atau kontrol, apa bila merasakan gejala atau keluhan saat gula darah naik atau turun. Dapat disimpulkan pasien memiliki kesadaran dalam melakukan pemeriksaan gula darah secara teratur.

Ditemukan pula sebagian besar responden tidak melakukan perawatan /pemeriksaan kaki. Saat dikaji dengan teknik wawancara, sebagian besar responden menjawab tidak tahu bahwa pasien DM sebaiknya melakukan pemeriksaan kaki setiap hari untuk mencegah terjadinya ulkus kaki diabetik. Tetapi pasien tahu bahwa kalau berjalan harus menggunakan alas kaki baik didalam ataupun di luar rumah, hanya saja jenis alas kaki seperti apa yang disarankan untuk pasien DM sebagian besar belum tahu. Hal ini dimungkinkan

karena penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang pengelolaan DM belum bisa dilakukan secara menyeluruh, karena terbatasnya tenaga kesehatan.

Hasil analisis lebih lanjut disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara perawatan diri dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 ($p = 0.000$, $\alpha = 0.05$).

Responden yang melakukan perawatan diri dengan taat memiliki peluang 24 kali (OR = 24,53, 95% CI: 5,06-118,79) untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding responden yang melakukan perawatan diri kurang taat. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Poradzisz (2001) terdapat hubungan yang signifikan antara ketaatan melakukan manajemen DM dengan kualitas hidup ($p < 0.001$). Ketaatan melakukan manajemen DM akan meningkatkan kualitas hidup. Sesuai dengan konsep yang diungkapkan Dunning (2003) bahwa rendahnya kualitas hidup berhubungan dengan kelalaian dalam melakukan perawatan diri dan kemungkinan ketidakmampuan pasien dalam melakukan perawatan diri.

Menurut peneliti seseorang yang taat atau patuh melakukan perawatan diri akan mengalami peningkatan kesejahteraan secara umum, meliputi fisik maupun psikologis. Pasien mampu melakukan fungsi fisik secara mandiri dan tercapai kesehatan fisik maupun status psikologis lebih baik. Kondisi tersebut juga akan memberikan dampak pada kehidupan sosial atau hubungan sosial lebih baik. Sesuai dengan tujuan perawatan diri DM adalah meningkatkan kualitas hidup pasien DM.

3. Hubungan persepsi sakit dengan kualitas hidup

Hasil analisis hubungan didapatkan pasien DM dengan persepsi sakit positif terdapat 51 orang (79.7%) memiliki kualitas hidup baik. Analisis lebih lanjut didapatkan hasil terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi sakit dengan kualitas hidup ($p = 0.000$, $\alpha = 0.05$). Responden dengan persepsi sakit positif memiliki peluang 93 kali ($OR = 93,21$, 95% CI: 16,89-541,38) untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding persepsi sakit negatif.

Persepsi sakit merupakan sesuatu yang penting untuk mengetahui persepsi seseorang akan penyakitnya dan arti penyakitnya terhadap hidup (Cameron et al, 1995 dalam Stich, 2001). Menurut Coelho, Amorim, & Prata (2003) hasil pengukuran kualitas hidup merupakan evaluasi dari pengalaman sakit. Pengalaman sakit termasuk persepsi sakit mengenai gejala yang dirasakan, pengalaman tidak bisa melakukan fungsi tubuh secara normal dan usaha untuk menghadapi dan mengontrol penyakit.

Menurut peneliti pada penelitian ini didapatkan hasil sebagian besar memiliki persepsi positif pada responden karena sebagian besar memiliki pendidikan tinggi yaitu SMA dan Akademi/PT. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi seseorang akan mampu menerima dan memahami pengetahuan tentang DM termasuk pengelolaan penyakit. Pengetahuan tentang DM merupakan faktor sangat penting untuk seseorang yang didiagnosa DM sebagai dasar dalam pengelolaan penyakitnya. Seseorang harus mengelola diet dan pola aktiiftasnya serta mengenali arti gejala yang dirasakan berhubungan dengan penyakitnya.

Pengetahuan tentang DM dapat membantu seseorang meningkatkan persepsi sakitnya (Stich, 2001).

Selain itu karakteristik responden memiliki rata-rata lama sakit 7.64 tahun. Lama sakit mempengaruhi seseorang untuk memiliki pengalaman dalam melakukan tindakan saat muncul gejala atau keluhan akibat DM. Pada saat pengambilan data didapatkan sebagian besar responden mampu mengenali gejala yang muncul/dirasakan apakah itu karena gula darah meningkat atau turun dan responden mampu untuk mengambil tindakan yang tepat yang dilakukan. Tindakan yang dilakukan antara lain responden datang ke pelayanan kesehatan terdekat untuk memeriksakan kadar gula darah atau kalau terjadi penurunan kadar gula darah maka responden akan minum minuman manis.

Notoadmojo (2007) persepsi sakit (*illness perception*) memiliki definisi yang sama dengan *illness* yaitu penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialami. Pengalaman selama menderita DM membuat pasien mampu untuk mengenali penyakitnya, meliputi gejala yang dirasakan, tindakan yang dilakukan untuk mengatasi/mengurangi rasa nyeri, ataupun tindakan yang dilakukan untuk mengelola penyakit DM. Tindakan ini akan mencegah terjadinya komplikasi baik jangka pendek atau jangka panjang.

Penelitian ini didukung penelitian yang dilakukan Boot, et al. (2007), didapatkan hasil persepsi sakit berhubungan secara signifikan dalam melakukan aktifitas/pekerjaan sehari-hari. Selain itu persepsi sakit dapat digunakan untuk

memprediksi perawatan diri (pemeriksaan gula darah, ketaatan diet, aktifitas fisik dan ketaatan pengobatan), kontrol gula darah, kualitas hidup dan kesejahteraan pada DM tipe 2 (Scollan, 2005). Persepsi sakit menyediakan struktur untuk mengerti faktor yang mempengaruhi bagaimana seseorang merasakan ancaman dari penyakit, dan hubungan antara persepsi dan bagaimana gejala sakit dilaporkan, dan bagaimana keyakinan seseorang mempengaruhi keputusan tentang perilaku perawatan diri yang mengarahkan untuk promosi atau mengabaikan ancaman penyakit.

Persepsi sakit berpengaruh pada perilaku kesehatan dan coping yang dilakukan untuk mengelola penyakitnya dan akan berdampak pada perjalanan penyakit. Persepsi pasien tentang penyakit diabetes yang diderita ditemukan berpengaruh pada perilaku perawatan diri yang dapat berdampak pada kontrol gula darah. Studi yang dilakukan Keogh, et al. (2007) didapatkan pasien dengan kontrol gula darah yang buruk memiliki persepsi yang berbeda dengan pasien yang kontrol gula darah baik. Studi tersebut menunjukkan pasien dengan kontrol gula darah baik ($HbA1c < 7$) memiliki persepsi yang kuat tentang penyakitnya. Menurut peneliti, kontrol gula darah yang buruk merupakan faktor risiko terjadinya munculnya penyakit atau komplikasi akibat penyakit DM yang berakibat penurunan kualitas hidup.

Hasil penelitian ini tidak didukung penelitian yang dilakukan Sofiani (2008), dengan hasil rasa optimis atau keyakinan dalam mengelola DM (mengendalikan gula darah) tidak terdapat hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup

pasien DM. Studi yang lain dilakukan oleh Jayne & Rankin (2001), sebagian besar ditemukan keyakinan bahwa pengelolaan DM paling utama dilakukan oleh orang lain seperti petugas layanan kesehatan bukan oleh diri sendiri, pasien DM tidak mampu menilai koping strategi yang digunakan.

Menurut peneliti persepsi yang positif memberikan dampak pasien memiliki keyakinan yang tinggi tentang penyakitnya maka pasien akan mampu menentukan dan melakukan tindakan atau pengelolaan DM sehingga gula darah terkontrol. Sedangkan pasien dengan persepsi negatif membuat pasien tidak mampu untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan saat muncul gejala atau masalah akibat dari DM. Gejala atau komplikasi yang muncul akibat dari DM akan mengganggu pasien dalam melakukan aktifitas fisik, psikologis dan sosial. Pasien menjadi tidak berdaya, merasa sendiri, karena kondisi maupun tindakan pengelolaan DM yang harus dijalani dalam waktu yang lama. Dapat disimpulkan pasien dengan persepsi positif akan meningkatkan kualitas hidup, sedangkan pasien dengan persepsi negatif akan menurunkan kualitas hidupnya.

B. Keterbatasan Penelitian

1. Desain penelitian

Desain yang digunakan menggunakan *cross sectional* yang pengambilan data diambil pada satu waktu dan tidak dilakukan tindak lanjut, sehingga tidak diketahui hasil penelitian yang didapatkan merupakan sebab akibat dari suatu fenomena (Sastroasmoro & Ismael, 1995).

2. Alat pengumpulan data.

Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner. Pada penelitian ini pasien mengisi kuesioner yang dibagikan oleh peneliti. Kelemahan dari kuesioner adalah responden seringkali tidak teliti dalam menjawab, dan walaupun anonim, terkadang responden memberikan jawaban yang tidak betul atau tidak jujur (Arikunto, 2002). Pada saat pengumpulan data sebagian besar responden sulit untuk memahami maksud dari pertanyaan sehingga jawaban yang diberikan oleh responden dimungkinkan tidak sesuai dengan kenyataan pada pasien.

C. Implikasi Hasil Penelitian dalam Keperawatan

1. Implikasi terhadap pelayanan perawatan

Implikasi keperawatan penelitian ini akan membantu meningkatkan hasil pelayanan yang diberikan yaitu terjadi peningkatan kualitas hidup. Perawatan diri merupakan salah satu tindakan dalam mengelola DM. Perawatan diri pasien yang baik untuk mengelola penyakit DM akan mencapai tujuan terkontrolnya gula darah, sehingga akan mencegah terjadi komplikasi dan gejala yang mengganggu fungsi fisik, sosial maupun psikologis. Persepsi sakit yang baik membantu seseorang menentukan tindakan yang tepat dalam mengelola penyakitnya. Intervensi keperawatan untuk meningkatkan perawatan diri dan persepsi sakit dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan dengan program yang terjadwal dan teknik yang sesuai pada pasien ataupun keluarga pada saat pasien akan keluar dari rumah sakit setelah menjalani rawat inap atau berobat jalan sehingga mampu mengelola penyakitnya dengan tepat.

2. Implikasi terhadap ilmu keperawatan

Perawat sebagai salah satu tim dalam mengelola penyakit DM memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan kualitas hidup pasien DM sebagai tujuan pengelolaan DM. Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup. Pengembangan asuhan keperawatan pada pasien DM perlu diperhatikan dalam peningkatan kemandirian pasien melakukan perawatan mandiri dan peningkatan persepsi sakit dimulai sejak pasien didiagnosa DM.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Simpulan dari penelitian yang dilakukan berdasarkan hasil dan pembahasan sebagai berikut :

1. Karakteristik responden pada penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin perempuan, rata-rata usia 58.43 tahun, dan sebagian besar berpendidikan tinggi (SLTA/ sederajat dan Akademi/ sederajat). Sebagian besar menggunakan terapi Obat Hipoglikemik Oral (OHO), dengan rata-rata lama menderita DM 7, 64 tahun dan sebagian besar mengalami komplikasi akibat penyakit DM.
2. Responden pada penelitian ini sebagian besar kurang taat melakukan perawatan diri, memiliki persepsi sakit positif, dan memiliki kualitas hidup baik.
3. Ada hubungan yang bermakna antara perawatan diri dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Pasien DM yang taat melakukan perawatan diri berpeluang 5 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding pasien yang kurang taat.
4. Ada hubungan yang bermakna antara persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Pasien dengan persepsi sakit positif berpeluang 13 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding pasien yang memiliki persepsi sakit negatif.

5. Ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, tingkat pendidikan dan komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.
6. Antara pasien DM yang mendapat terapi OHO dan insulin sama-sama memiliki kualitas hidup yang baik.
7. Persepsi sakit positif memiliki peluang 93 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding persepsi sakit negatif (95% CI: 16,89-541,38) setelah dikontrol perawatan diri dan pendidikan. Responden yang taat melakukan perawatan diri memiliki peluang 24 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding responden yang kurang taat (95% CI: 5,06-118,79) setelah dikontrol persepsi sakit dan pendidikan. Pendidikan merupakan faktor pengganggu hubungan perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan, maka peneliti menyarankan perlunya peningkatan pengelolaan DM sehingga terjadi peningkatan kualitas hidup pasien, sebagai berikut:

1. Pelayanan keperawatan dan pasien

Perawatan diri pasien DM dan persepsi sakit perlu ditingkatkan melalui mengoptimalkan pendidikan kesehatan mengenai perawatan diri DM dengan program yang terjadwal. Serta menggunakan metode yang sesuai, seperti *one to one*, atau menggunakan media *audia-visual* sehingga memberikan hasil yang lebih optimal. Membentuk dan mengoptimalkan kelompok diabetes. Melalui kelompok DM pasien bisa lebih berperan dalam mengelola penyakit sendiri dibantu perawat diabetes, dokter serta ahli gizi. Secara khusus membentuk kelompok DM untuk pasien DM perempuan, sehingga bisa digunakan sebagai

fasilitas bagi pasien untuk mengeksplorasi masalah psikologis yang muncul dan memperoleh suatu strategi untuk mengatasi masalah tersebut.

2. Ilmu keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawatan diri pasien kurang taat. Perlu dilakukan penelitian tentang perawatan diri DM lebih lanjut, tidak hanya menggunakan kuesioner tetapi juga melakukan observasi dari tindakan dan hasil perawatan diri yang dilakukan. Observasi memberikan data lebih akurat mengenai kemampuan pasien melakukan tindakan dan hasil dari perawatan diri yang dilakukan. Penelitian lebih lanjut diharapkan menggunakan desain eksperimen mengenai pengaruh metode pendidikan kesehatan *one to one* dan penggunaan media *audio visual* perawatan diri DM.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. (2006). *Penuntun diet. Edisi Baru*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Bailes, B.K.(2002). Diabetes mellitus and its chronic complications., diperoleh tanggal 28 Nopember 2008.
- Barnes, Moss-Morris & Kaufusi (2004). Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: A comparison between tonga and european patients. *Journal of the new zealand medical association*, 117 (1188), <http://www.nzma.org.nz/journal/117-1188/743/>, diperoleh 1 September 2008.
- Benbow, S.J., Wallymahmed, M.E., & Macfarlane, I.A. (1998). Diabetic peripheral neuropathy and quality of life, <http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/reprint/91/11/733>, diperoleh tanggal 27 Nopember 2008.
- Benzel-Lindley, J.A. (2005). Exploration of factors impacting the self-care of elders with diabetes, http://proquest.umi.com/pqdweb?index=34&did=920935901&Srch_Mode=1&sid=4&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309 &VName=PQD&TS=1220675159&clientId=45625, diperoleh tanggal 6 September 2008.
- Black, J.M., & Hawk, J.H. (2005). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 7th Ed*. Philadelphia: Mosby
- Boot, C.R.L, Heijmans, M., Gulden, J.W.J., & Rijken, M. (2007). The role of illness perception in labor participation of the chronically ill, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2467500>, diperoleh tanggal 2 Desember 2008.
- Budiharto. (2008). *Metodologi penelitian kesehatan : Dengan contoh bidang ilmu kesehatan gigi*. Jakarta : EGC
- Budiarto, E. (2004). *Metodologi penelitian kedokteran: Sebuah pengantar*. Jakarta: EGC.
- Capernito, L.J. (1998). *Diagnosa keperawatan*. Edisi 6. Alih bahasa Yasmin Asih & Monica Ester. Jakarta: EGC.

- Centers for Disease Control & Prevention. (2004). Prevalence of diabetes by gender, <http://www.health.gov/communication/ehealth/ehealthtools/appendix4/figure4.htm>, diperoleh tanggal 28 Nopember 2008.
- Cherrington, C.C., Moser, D.K., Lennie, T.A., & Kennedy, C.W. (2004). Illness representation after acutemyocardial infarction: Impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*, 13 (2), <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=8&did=728111841&SrchMode=2&sid=9&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1219898002&clientId=45625>, diperoleh tanggal 28 Agustus 2008.
- Coelho, R., Amorim, I. & Prata, J. (2003). Coping styles and quality of life in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus, <http://psy.Psychiatryonline.org/cgi/reprint/44/4/312.pdf>, diperoleh tanggal 18 Desember 2008.
- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D. (2002). *Riset keperawatan: Buku ajar dan latihan*. Jakarta: EGC.
- Dochterman, J.C. & Bulechek, G. (2004). *Nursing interventions classification (NIC)*. Missouri: Mosby.
- Dunning, T. (2003). *Care of people with diabetes : A manual of nursing*. 2nd ed. Malden: Blackwell Publishing.
- Garcia. (2002). Diabetes symptom self-care of mexican americans. **Error! Hyperlink reference not valid.**, diperoleh 29 Agustus 2008.
- Goldney, R.D, Phillips, P.J., Fisher, L.J., & Wilson, D.H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes care*, 27 (5). **Error! Hyperlink reference not valid.**, diperoleh 10 Agustus 2008.
- Greg, E.W, et al. (2000). Diabetes and physical disability among older u.s adult. *Diabetes care*, 23 (9), [http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/23/9/1272 .pdf](http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/23/9/1272.pdf), diperoleh tanggal 18 Desember 2008.
- Gucciardi, E., Wang, S.C., DeMelo, M., Amaral, L., & Stewart, D.E. (2008). Characteristic of men and women with diabetes. *Canadian Family Physician*, 54. <http://www.cfp.ca/cgi/reprint/54/2/219><http://www.cfp.ca/cgi/reprint/54/2/219>, diperoleh tanggal 28 Nopember 2008.
- Halderson, K., & Archuleta, M. (2007). Healthy living with diabetes. **Error! Hyperlink reference not valid.**, diperoleh 5 September 2008.
- Han, K., Lee, P., Lee, S. & Park, E. (2003). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (2), <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=84&did=353623811&SrchMode=1&sid>

=8&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1224897947&clientId=45625, diperoleh tanggal 26 Oktober 2008.

- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan: Basic data analysis for health research training*. FKM. UI. Tidak diterbitkan
- Hidayat, A.A.A. (2008). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2006). *Medical surgical nursing. 5th Ed*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders
- Issa, B.A., & Baiyewu, O. (2006). Quality of life of patient with diabetes mellitus in a nigerian teaching hospital. *Hongkong J Psychiatry*. 16, http://hkjpsych.com/journal_file/0601_v16n1_27-33%20Quality%20of%20Life%20of%20Patients%20with%20Diabetes%20Mellitus%20in%20a%20Nigerian%20Teaching%20Hospital.pdf, diperoleh tanggal 18 Desember 2008.
- Jayne, R.L., & Raknkin, S.H. (2001). Application of leventhal's self-regulation model to chinese immigrants with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=76&did=9664220&SrchMode=1&sid=4&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1220676212&clientId=45625>, diperoleh tanggal 6 September 2008.
- Keogh, K.M., White, P., Smith, S.M., Gilloway, S., O'Dowd, T & Gibney, J. (2007). Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: Protocol and pilot study. *BMC Family*, 8(36), <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-8-36.pdf>, diperoleh tanggal 12 Desember 2008.
- Koopman, R.J., Mainous, A.G., Diaz, V.A., & Geesey, M.E. (2005). Changes in age at diagnosis of type 2 diabetes mellitus in united states, 1988 to 2000. *Annals of Family Medicine*, 3 (1), <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/3/1/60.pdf>, diperoleh tanggal 28 Nopember 2008.
- Langston, A.L., Johnston, M., Robertson, C., Campbell, M.K., Entwistle, V.A., Marteau, T.M., et al. (2006). Protocol for stage i of the gap study (genetic testing acceptability for paget's disease of bone): An interview study about genetic testing and preventif treatment: would relatives of people with paget's disease want testing and treatment if they were available?. *BMC Health Service Research*, 6 (71), <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-71.pdf>, diperoleh 3 September 2008.
- Lau, CY., Qureshi, AK., & Scoot, SG.(2004). Association between glycaemic control and quality of life in diabetes mellitus. *J Postgrad Med*. 50, <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3378/1/jp04062.pdf>, diperoleh tanggal 18 Desember 2008.

- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J., & Lwanga, S.K. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing critical thinking in client care. 4th Ed.* Canada: Pearson Education, Inc
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M.L., Dirksen, S.R. (2000). *Medical surgical nursing: Assesment and management of clinical problem. 5th ed.*, St. Louis: Mosby, Inc.
- Mardalis. (1995). *Metode penelitian suatu pendekatan proposal*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Marshall, S.M., & Flyvbjerg, A. (2006). Prevention and early detection of vascular complication of diabetes. *BMJ*.333. **Error! Hyperlink reference not valid.** [ticle_vascular_complication.pdf](#), diperoleh tanggal 18 Desember 2008.
- Maulana, Mirza. (2008). *Mengenal diabetes melitus : Panduan praktis menangani penyakit kencing manis*. Jogjakarta : Kata Hati.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Persi. (2008). *Faktor lingkungan dan gaya hidup berperan besar memicu diabetes*. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=914&tbl=kesling>, diperoleh 16 Oktober 2008.
- Polonsky, W.H. (2000). Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. *Diabetes spectrum*, 13, <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n1/pg36.htm>, diperoleh tanggal 29 Agustus 2008.
- Polonsky, W.H. (2006). Encouraging effective self-management in diabetes, <http://www.touchendocrinedisease.com/importance-self-care-behaviors-a1368-1.html>, diperoleh tanggal 15 Agustus 2008.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research : Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Poradzisz, M. (2001). Variables affecting quality of life and adherence in adults with type 2 diabetes, <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=80&did=726101511&SrchMode=1&sid=4&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1220676458&clientId=45625>, diperoleh tanggal 6 September 2008.
- Portney, L.G. & Watkins, M.P.(2000). *Foundation of clinical research : Applications to practice. 2nd ed.* New Jersey : Prentice-Hall.

- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Pratiknya, A.W. (2003). *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran & kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Price, S.A., & Wilson M.W, (1995). *Patofisiologi konsep klinik proses-proses penyakit*, Ed 2. Jakarta: EGC
- Rowley, C. (1999). Factors influencing patient adherence in diabetes, <http://www.Calgaryhealthregion.ca/adulthpsy/pepers/diabetes>, diperoleh 06 Januari 2008.
- Rubin, R.R. (2000). Diabetes and quality of life. *Diabetes spectrum*. 13, <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n1/pg21.htm>, diperoleh tanggal 26 Oktober 2008
- Sabri, L., & Hastono, S.P. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Santoso, B. (2006). *Panduan diagnosa keperawatan NANDA 2005 – 2006*. Jakarta : Prima Medika.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (1995). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Schechter, M., & Walker. D. (2002). Improving adherence to diabetes self management recommendations, <http://www.spectrum.diabetesjournal.org/cgi/reprint>, diperoleh 13 Januari 2008.
- Schmidt, C.E., Bestmann, B., Kuchler, T., Longo, W.E., & Kremer, B.(2005). Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer, <http://www.springerlink.com/content/3rv4bxatjya72p3d/fulltext.pdf>, diperoleh tanggal 26 Nopember 2008.
- Scollan, M. (2005). Type 2 diabetes illness representation, self care, and multigenerational legacies of diabetes: three reports, <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=10&did=921035931&SrchMode=1&sid=12&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1220067613&clientId=45625>, diperoleh tanggal 30 Agustus 2008.
- Sholeh, M. (2006). *Terapi salat tahajud : menyembuhkan berbagai penyakit*. Jakarta : Hikmah

- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner & suddarth*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008). *Brunner & Suddarth's: Textbook of medical-surgical nursing*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Soegondo, S., Soewondo, P., Subekti, I. (2007). *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Soegondo, S., Soewondo, P., Subekti, I., Oemardi, M., Semiardji, G. & Soebardi, S. (2002). *Petunjuk praktis pengelolaan diabetes melitus tipe 2*. Jakarta : PB Perkeni.
- Soegondo, S., Rudianto, A., Manaf, A., Subekti, I., Pranoto, A., Arsana, P.M., et al. (2006). *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di indonesia 2006*. Jakarta : PB Perkeni.
- Sofiana, Y. (2008). *Analisis hubungan karakteristik dan budaya pasien diabetes mellitus yang mengalami amputasi kaki dengan kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus di DKI Jakarta*. Tesis. Jakarta : tidak dipublikasikan.
- Souse. (2006). Demographic differences of adults with diabetes mellitus cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 5(2), <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/294/60>, diperoleh tanggal 2 Desember 2008.
- Sousa & Zauszniewski. (2005). Toward a theory of diabetes self-care management. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2). **Error! Hyperlink reference not valid.**, diperoleh tanggal 15 Agustus 2008.
- Stich, T.A. (2001). An investigation of the relationship of knowledge, hope, social support, conflict, to illness representation in adult with type 2 diabetes, <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=7&did=729037121&SrchMode=2&sid=8&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1219897070&clientId=45625>, diperoleh 28 Agustus 2008.
- Stipanovic, A.R. (2002). The effects of diabetes education on self efficacy and self care of adults with type 2 diabetes, <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=58&did=766465381&SrchMode=1&sid=4&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1220675565&clientId=45625>, diperoleh 6 September 2008.
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., Setiati, S. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: Pusat penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.

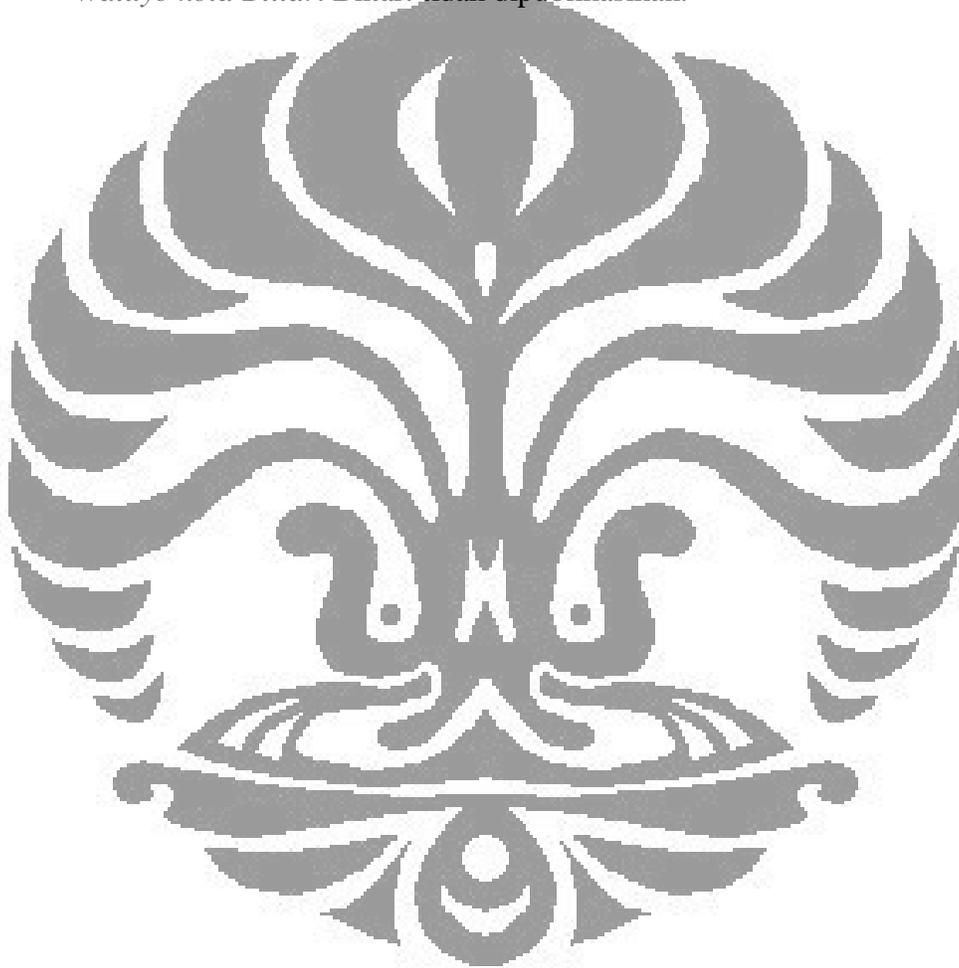
- Sullivan, Weinert & Cudney. (2003). Management of chronic illness: Voices of rural women. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=12&hid=3&sid=07577141-20bc-4ad5-872d-2e3802ac0c38%40sessionmgr107>, diperoleh 12 Agustus 2008.
- Surit, Pattama. (2001). Health Beliefs, Social Support, and Self Care Behaviors of Older Thai Person with Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM). <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=66&did=726435711&SrchMode=1&sid=4&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1220675870&clientId=45625>, diperoleh 6 September 2008.
- Sustrani, L., Alam, S. & Hadibroto, I. (2006). *Diabetes*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Taylor & Shelley. (1995). *Health psychologi*. New York: McGraw-Hill Inc.
- Thiagarajan, K.D.M. (1998). Stress, social support, problem solving coping, acceptance of diabetes & self-management as predictors of metabolic control & quality of life among adults with insulin-dependent diabetes mellitus. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=22&did=738170211&SrchMode=1&sid=6&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1224897152&clientId=45625>, diperoleh tanggal 25 Agustus 2008.
- Thommasen, HV., et al., (2005). Understanding relationships between diabetes mellitus and health-related quality of life in a rural community. *Rural and Remote Health*, http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_441.pdf, diperoleh tanggal 18 Desember 2008.
- Tommeay & Alligood. (2006). *Nursing theorists and their work*. Missouri: Mosby.
- Toobert, Hampson, & Glasgow. (2000). The Summary of diabetes self-care activities measure: result from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 23(7), <http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/23/7/943>, diperoleh tanggal 15 Agustus 2008.
- Wee, H.L., Cheung, Y.B, Li, S., Fong, K.Y & Thumboo, J. (2005). The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life, <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-2.pdf>, diperoleh tanggal 2 Desember 2008.
- Wright, B. (2008). *Panduan bagi penderita diabetes*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Wilkinson, J.M. (2005). *Nursing diagnosis handbook: With NIC intervention and NOC outcomes*. 8th ed. New Jersey: Prentice Hall

Wood, G.L., & Haber, J. (2006). *Nursing research methods and critical appraisal for evidence-based practice*. St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.

_____. (2005). *Laporan tahunan penyelenggaraan rumah sakit BPK Mardi Waluyo kota Blitar*. Blitar: tidak dipublikasikan.

_____. (2006). *Laporan tahunan penyelenggaraan rumah sakit BPK Mardi Waluyo kota Blitar*. Blitar: tidak dipublikasikan.

_____. (2007). *Laporan tahunan penyelenggaraan rumah sakit BPK Mardi Waluyo kota Blitar*. Blitar: tidak dipublikasikan.



PENJELASAN RISET

Judul Penelitian : Hubungan Perawatan Diri, Persepsi Sakit dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Blitar

Peneliti : Maria Diah Ciptaning Tyas

Penelitian dilakukan bertujuan untuk mengetahui apakah adakah hubungan perawatan diri, persepsi sakit dan kualitas hidup pasien DM. Pasien diabetes dalam jangka waktu lama akan mengalami komplikasi baik akut maupun kronis apabila tidak dilakukan pengelolaan DM dengan baik. Seiring perjalanan penyakit akan terjadi perubahan secara fisik, psikologis maupun sosial serta perubahan gaya hidup sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup.

Penelitian dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada bapak/ibu/saudara/i yang bersedia untuk berpartisipasi, meliputi data demografi, perawatan diri, persepsi sakit dan kualitas hidup. Waktu yang diperlukan untuk pengisian sekitar 60 – 90 menit.

Peneliti menjamin penelitian ini tidak memberikan dampak negatif atau resiko apapun. Tetapi apabila bapak/ibu/saudara/i saat pengisian kuesioner merasa kelelahan supaya memberitahu peneliti, pengisian akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan bapak/ibu/saudara. Kami berjanji menjaga kerahasiaan informasi yang bapak/ibu/saudara/i berikan, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan dan penyajian.

Melalui penjelasan ini, peneliti mengharapkan partisipasi bapak/ibu/saudara/i dalam penelitian ini. Kami mengucapkan terimakasih atas kesediaan bapak/ibu/saudara/i dalam penelitian ini.

Jakarta, Oktober 2008

Peneliti

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Hubungan Perawatan Diri, Persepsi Sakit dan Kualitas Hidup
Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Blitar
Peneliti : Maria Diah Ciptaning Tyas
NPM : 0606155700
No telepon yang bisa dihubungi bila ada pertanyaan : 081325277324

Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Saya telah mengetahui penelitian dilakukan dengan tujuan mengetahui hubungan antara perawatan diri, persepsi sakit, dan kualitas hidup pasien DM.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak menimbulkan resiko dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa adanya sangsi atau hukuman. Saya juga mengerti bahwa informasi saya akan dirahasiakan selama pengumpulan data, pengolahan data maupun penyajian data oleh peneliti.

Dengan demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan, saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, _____ 2008

Responden

Peneliti

(_____)

(Maria Diah Ciptaning Tyas)

DATA DEMOGRAFI

Kode :

Pertanyaan di bawah ini mengenai anda. Silakan diisi dengan memberikan tanda \surd tempat yang disediakan sesuai dengan diri anda.

1. Usia : tahun
2. Jenis kelamin : Laki-laki
 Perempuan
3. Pendidikan:
 - Tidak tamat SD
 - Tamat SD/ sederajat
 - SLTP/ sederajat
 - SLTA/ sederajat
 - Akademi/PT
4. Lama didiagnosa Diabetes mellitus atau kencing manis sampai dengan sekarang :
..... tahun
5. Pengobatan diabetes mellitus atau kencing manis yang dilakukan :
 - Tidak mendapat obat diabet suntikan insulin
 - pil / obat hipoglikemik oral
7. Penyakit lain yang dialami :

<input type="checkbox"/> Retinopati (contoh : katarak, glaukoma)	<input type="checkbox"/> Penyakit Jantung
<input type="checkbox"/> Nefropati (contoh : gagal ginjal)	<input type="checkbox"/> Gangguan neurologi (contoh : stroke)
<input type="checkbox"/> Neuropati (contoh : kesemutan, rasa terbakar atau mati rasa pada kaki)	

KUESIONER KUALITAS HIDUP

Berikan tanda (√) sesuai dengan yang anda rasakan pada kotak yang tersedia. Tidak ada jawaban yang benar atau salah untuk pertanyaan tersebut.

Pertanyaan berikut adalah tentang **kepuasan** yang bapak/ibu/saudara/saudari rasakan dalam 1 minggu.

Keterangan :

Sangat Puas : 6 – 7

Puas Sedang : 4 – 5

Tidak Puas Sedang : 2 – 3

Sangat Tidak Puas : 0 – 1

No	Pertanyaan tentang kepuasan: Seberapa puas bapak/ibu/saudara/saudari dengan	Sangat Puas	Puas Sedang	Tidak puas sedang	Sangat tidak puas
1	Lamanya waktu yang digunakan untuk kontrol/berobat?				
2	Perawatan/pengobatan diabetes yang ada?				
3	Diet DM yang anda lakukan?				
4	Beban diabetes anda di dalam keluarga?				
5	Pengetahuan yang anda dimiliki tentang diabetes?				
6	Tidur anda?				
7	Hubungan sosial dan persahabatan anda?				
8	Kehidupan seksual anda?				
9	Aktifitas anda (pekerjaan, dan rumah tangga anda)?				
10	Penampilan tubuh anda?				
11	Waktu yang anda gunakan untuk olahraga?				
12	Waktu santai/senggang anda?				
13	Hidup anda ?				

Pertanyaan berikut tentang **seberapa sering** bapak/ibu/saudara/saudari mengalami hal-hal berikut dalam 1 minggu.

Keterangan :

- Tidak Pernah** : terjadi < 1 kali dalam 1 minggu
Jarang : terjadi 1 – 2 kali dalam 1 minggu
Sering : terjadi 3 – 4 kali dalam 1 minggu
Setiap Saat : terjadi 5 – 7 kali dalam 1 minggu

No	Pertanyaan tentang dampak yang dirasakan ; Seberapa sering bapak/ibu/saudara/saudari	Tidak pernah	Jarang	Sering	Setiap saat
14	Merasa sakit (nyeri) sehubungan dengan diabetes?				
15	Dipermalukan di depan umum karena diabetes?				
16	Mengalami gula darah rendah?				
17	Tidak bisa tidur di malam hari?				
18	Hubungan sosial dan persahabatan anda dibatasi karena diabetes?				
19	Merasa diri baik?				
20	Merasa dibatasi oleh diet anda?				
21	Merasa dicegah melakukan olahraga karena diabetes?				
22	Meninggalkan aktifitas (pekerjaan atau tugas-tugas rumah tangga) karena diabetes ?				
23	Merasa terganggu aktivitas santai anda karena diabetes?				
24	Menceritakan tentang diabetes anda pada orang lain?				
25	Merasa pergi ke kamar mandi lebih sering dibandingkan orang lain karena diabetes?				

No	Pertanyaan tentang dampak yang dirasakan ; Seberapa sering bapak/ibu/saudara/saudari	Tidak pernah	Jarang	Sering	Setiap saat
26	Merasa takut apakah akan kehilangan pekerjaan?				
27	Merasa takut apakah dapat melakukan liburan atau perjalanan?				
28	Merasa takut apakah akan meninggal dunia?				
29	Merasa takut tubuh terlihat berbeda karena diabetes?				
30	Merasa takut mengalami komplikasi karena diabetes?				

Sumber : Modifikasi *Diabetes Quality of Life* dikembangkan *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease* dalam Thiagarajan (1998).

KUESIONER PERAWATAN DIRI DM

PETUNJUK PENGISIAN

Pertanyaan-pertanyaan di bawah ini mengenai hari-hari yang bapak/ibu/saudara/saudari gunakan untuk melakukan kegiatan-kegiatan perawatan diri diabetes selama 7 hari (1 minggu). Pilih jawaban (boleh lebih dari 1 jawaban) yang sesuai untuk setiap pertanyaan dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang disediakan.

Keterangan :

1 : Senin

3 : Rabu

5 : Jumat

7 : Minggu

2 : Selasa

4 : Kamis

6 : Sabtu

No	Pertanyaan : Pada hari apa saja bapak/ibu/saudara/saudari	1	2	3	4	5	6	7
1	Makan sesuai dengan diet yang diinstruksikan dokter/ahli gizi/perawat?							
2	Makan buah dan sayur yang dianjurkan?							
3	Makan makanan berlemak tinggi, seperti daging berlemak (lebih tinggi dari standard yang ditetapkan = daging sapi, daging kambing, daging ayam dengan kulit 1 potong sedang; telur 1 butir dalam 1 hari)?							
4	Mengikuti olah raga selama 30 menit? (Total menit untuk aktivitas yang bersifat terus menerus, termasuk berjalan).							
5	Mengikuti sesi latihan khusus (seperti berenang, berjalan, bersepeda)?							
6	Melakukan uji gula darah?							
7	Melakukan pemeriksaan kaki?							
8	Memeriksa bagian dalam sepatu?							
9	Minum obat diabetes/menyuntik insulin sesuai sesuai instruksi dokter?							

Sumber : Modifikasi kuesioner *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA dikembangkan Toobert, Hampson, & Glasgow (2000) dalam Stipanovic (2002)

KUESIONER PERSEPSI SAKIT

Pertanyaan berikut tentang penilaian bapak/ibu/saudara/saudari jawab tentang penyakit DM yang dialami.

Berikan tanda cek list (√) pada kotak yang sesuai dengan jawaban bapak/ibu/saudara/saudari.

Keterangan:

STS : Sangat Tidak Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

SS : Sangat Setuju

	GAMBARAN DIABETES ANDA	STS	TS	S	SS
1	Banyak yang bisa saya lakukan untuk mengobati penyakit saya				
2	Apa yang saya lakukan dapat menentukan apakah penyakit diabetes saya akan lebih baik atau memburuk				
3	Latihan yang saya lakukan tergantung pada saya				
4	Segala sesuatu yang saya lakukan tidak ada yang akan berpengaruh pada penyakit diabetes saya				
5	Saya memiliki kekuatan untuk mengobati/mengontrol penyakit diabetes saya				
6	Pengobatan/perawatan yang saya lakukan efektif dalam mengobati penyakit diabetes				
7	Komplikasi dari diabetes saya dapat dicegah (dihindari) dengan pengobatan/perawatan yang saya lakukan				
8	Tidak ada yang dapat membantu kondisi penyakit saya				
9	Penyakit diabetes membuat saya bingung				
10	Saya memiliki pemahaman yang jelas mengenai penyakit diabetes saya				
11	Penyakit diabetes membuat perubahan besar dalam hidup saya				
12	Gejala yang saya rasakan hilang dan timbul				
13	Saya menjadi depresi ketika saya berfikir tentang diabetes saya				
14	Saya menjadi tersinggung ketika saya berfikir tentang diabetes saya				

Jawablah pertanyaan berikut dengan memberikan tanda checklist (✓) sesuai yang anda rasakan. Pertanyaan dibawah ini diawali dengan kalimat **Penyakit diabetes yang saya alami.....**

	Gambaran Penyakit DM	STS	TS	S	SS
15	Akan berakhir dalam waktu singkat				
16	Akan berakhir dalam waktu lama				
17	Dalam kondisi serius				
18	Tidak mempunyai pengaruh besar dalam hidup saya				
19	Sangat berpengaruh pada cara pandang orang lain terhadap saya.				
20	Memiliki konsekwensi keuangan yang serius				
21	Menyebabkan kesulitan bagi orang di sekitar saya				
22	Akan menjadi lebih buruk				
23	Tidak dapat diprediksi				
24	Membuat saya merasa marah				
25	Membuat saya merasa takut				

Sumber : Modifikasi *Illness Perception Questionary* dikembangkan Moss-Morris et al (2002)



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Perawatan Diri dan Persepsi Diri dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di Kota Blitar

Nama peneliti utama : **Maria Diah Ciptaning Tyas**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Oktober, 2008

Dekan:

Ketua,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP 140 066 440

Yeni Rustina, PhD

NIP 140 098 473



PEMERINTAH KOTA BLITAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH
 Jalan Merdeka Nomor 105 Telp. (0342) 801171 Blitar

SURAT KETERANGAN

UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN
 NOMOR : 070/ 475 /422.204.2/2008

Memperhatikan : Surat Ka. Bakesbang Prop. Jatim Nomor : 072/4388/212/2008
 Tanggal 22 September 2008 dan Surat Dekan Fakultas Ilmu
 Keperawatan Universitas Indonesia Nomor : 2656/PT02.H4.FIK/1/2008
 tanggal 17 September 2008 tentang Permohonan Ijin Penelitian
 Dengan ini menyatakan tidak keberatan Penelitian dilakukan oleh :

Nama : MARIA DIAH CIPTANING TYAS
 Pekerjaan : Mahasiswa
 NIM : 0606155700
 Alamat : Jl. DR. Sutomo 46 Kota Blitar
 Judul Penelitian : Hubungan Perawatan Mandiri dan Persepsi Sakit Dengan Kualitas
 Hidup Penderita Diabetes Tipe 2 Dalam Konteks Asuhan
 Keperawatan di BPK RSD Mardi Waluyo Kota Blitar
 Daerah / Tempat Penelitian : BPK RSD Mardi Waluyo Kota Blitar
 Waktu Pelaksanaan : 20 Oktober s/d 20 Januari 2008

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam jangka waktu 1 x 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melaporkan keadaannya kepada Camat (Muspika setempat)
2. Mentaati ketentuan – ketentuan yang berlaku dalam daerah setempat.
3. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan – kegiatan diluar ketentuan yang telah ditetapkan sebagaimana tersebut diatas.
4. Setelah selesai melaksanakan kegiatan dimaksud, diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah (Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah Kota Blitar), mengenai hasil pelaksanaan kegiatan dimaksud.
5. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa pemegang Surat Keterangan ini tidak memenuhi ketentuan – ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Blitar, 01 Oktober 2008

An. WALIKOTA BLITAR
 Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
 Perlindungan Masyarakat Daerah


Drs. GATUT HARI SISWANTO, M.Si
 Pembina Tingkat I
 NIP. 510 118 383

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Sdr. Ka. Bakesbang Prop. Jatim;
2. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Daerah Kota Blitar;



PEMERINTAH KOTA BLITAR
BADAN PELAYANAN KESEHATAN
RSD "MARDI WALUYO"

Alamat : Jl. Kalimantan No. 51 Telp. (0342) 801118 Fax. 809740 BLITAR

SURAT KETERANGAN

Nomor : 893/2351 /422.205.6/2008

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

NAMA : dr.HUSEIN ABDUL RACHMAN
NIP : 140 164 068
JABATAN : Direktur RSD Mardi Waluyo Kota Blitar

Dengan ini menerangkan bahwa :

NAMA : MARIA DIAH CIPTANINGTYAS
NIM : 0606155700
INSTITUSI : Mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan
Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
TEMA PENELITIAN : Hubungan Perawatan Diri, Persepsi Sakit Dan Kualitas Hidup Pasien
Diabetes Millitus Tipe 2 Di Kota Blitar

Yang bersangkutan benar-benar telah melaksanakan Penelitian di RSD "Mardi
Waluyo" Kota Blitar dari tanggal 27 Oktober sampai dengan 22 Nopember 2008

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Blitar, 24 Nopember 2008

PEMERINTAH KOTA BLITAR
DIREKTUR RSD "MARDI WALUYO"
KOTA BLITAR,
RUMAH SAKIT
DAERAH
MARDI WALUYO
dr.HUSEIN ABDUL RACHMAN
Pembina Tk.I
NIP.140 164 068



RS KATOLIK BUDI RAHAYU

Jl. Jendral A. Yani No. 18 Telp. (0342) 801066, 802316, 807802 Fax. (0342) 806509
e-mail : budirahayu@telkom.net
BLITAR - 66111

SURAT KETERANGAN

No. 03 / S.Ket. Diklat / RSKBR / 2008

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Dr. A.W. Soehapto, DHSM
Jabatan : Direktur Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : MARIA DIAH CIPTANING TYAS
NPM : 0606155700
Institusi Pendidikan : Program Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan medikal Bedah
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

telah melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar, pada tanggal 27 Oktober 2008 s/d 22 Nopember 2008, dengan judul " Hubungan Perawatan Diri, Persepsi Sakit dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Blitar ".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Blitar, 23 Nopember 2008
Direktur RS Katolik Budi Rahayu

Dr. A. W. Soehapto, DHSM

S.Ket.Diklat/22

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Maria Diah Ciptaning Tyas
Tempat / Tanggal Lahir : Rembang, 5 Januari 1976
Agama : Katolik
Alamat Rumah : Jl. Dr. Sutomo no. 46 Blitar
Institusi : Program Studi Keperawatan Blitar Politeknik Kesehatan
Malang
Alamat Institusi : Jl. Dr. Sutomo no. 46 Blitar

Riwayat Pendidikan :

1. SD Katolik Santa Maria Rembang, lulus tahun 1988
2. SMP Katolik OV. Slamet Riyadi Rembang, lulus tahun 1991
3. SMA Katolik Santa Maria Rembang, lulus tahun 1994
4. Akademi Perawatan Katolik St. Vincentius a Paulo Surabaya, lulus tahun 1997
5. PSIK Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2002
6. Akta Mengajar IV STKIP Muhammadiyah Surabaya, lulus tahun 2002

Riwayat Pekerjaan :

1. Staf Pengajar Akper Suaka Insan Banjarmasin Kalimantan Selatan tahun 1999 s.d 2000
2. Staf Pengajar Akper Pemda Pamekasan tahun 2001 s.d 2002
3. Staf Pengajar Program Studi Keperawatan Blitar Politeknik Kesehatan Malang tahun 2003 s.d sekarang