



**PENGARUH *DIABETES SELF MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSME/S)* TERHADAP KUALITAS HIDUP PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RSD dr. SOEBANDI
JEMBER**

SKRIPSI

Oleh
Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM 132310101023

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



PENGARUH *DIABETES SELF MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSME/S)* TERHADAP KUALITAS HIDUP PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh
Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM 132310101023

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017

PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadirat Allah SWT. yang selalu memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya mampu menyelesaikan setiap tugas yang diberikan di dalam hidup ini. Sholawat serta salam yang selalu tercurahkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW. penunjuk jalan menuju kebenaran. Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Sawi dan Ibunda Sunami, yang senantiasa memberikan doa, motivasi, semangat, kasih sayang, dan pengorbanan demi kebahagiaan dan kesuksesanku;
2. kakak saya Ade Samroni, adikku Nur Rahman Maulana, beserta keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan dalam menuntut ilmu;
3. guru-guruku di SDN Maron Wetan 2 , SMPN 1 Maron, SMAN 1 Gending dan seluruh dosen, staf dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
4. Ridho Handoko yang mendukung dan memberikan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;
5. sahabat-sahabatku dan teman-teman angkatan 2013 terimakasih atas dukungan, semangat, kebersamaan dan juga kerjasamanya;
6. responden penelitian yang telah bersedia dan membantu demi terselesaikan skripsi ini;
7. almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

MOTO

Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri
(terjemahan QS. Al Ar-Ra'd ayat 11) *

Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.
(Surat Al Insyirah ayat 5-8) **

* Departemen Agama Republik Indonesia 1992. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang : CV Asy Syifa'.h. 199

** Departemen Agama RI. 2011. *Al Qur'an dan Terjemahannya Edisi Ilmu Pengetahuan*. Bandung: PT. Mizan Bunaya Kreativa

PERNYATAAN

saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Anis Fitri Nurul Anggraeni

NIM : 132310101023

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember” yang saya tulis adalah benar - benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang telah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya plagiat. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia menerima sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2017

Yang menyatakan,

Anis Fitri Nurul Anggraeni

NIM 132310101023

SKRIPSI

**PENGARUH *DIABETES SELF MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSME/S)* TERHADAP KUALITAS HIDUP
PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI
RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

oleh

**Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM 132310101023**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Rondhianto., M.Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Peni Perdani Juliningrum., M.Kep

PENGESAHAN

Skripsi berjudul "Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support* (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup pada Pasien DM Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember" karya Anis Fitri Nurul Anggraeni telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan pada:

hari, tanggal : Selasa, 20 Juni 2017

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Rondhianto., M.Kep

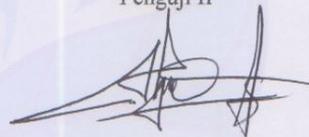
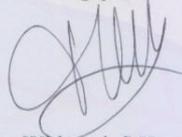
Ns. Peni Perdani Juliningrum., M.Kep

NIP. 19830324 200604 1 002

NIP. 19870719 201504 2 002

Penguji I

Penguji II



Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN

Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep

NIP. 19810610 200604 2 001

NIP. 760016845

Mengesahkan,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes

NIP. 19780323 200501 2 002

Pengaruh *Diabetes Self-Management Education and Support (DSME/S)* Terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember. (*The Effect of Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) on Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in RSD dr. Soebandi of Jember*)

Anis Fitri Nurul Anggraeni

School of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Type 2 DM is a chronic disease requiring long-term care, so it needs self-management education to prevent the complication. The patient's inability to perform self-care can reduce the quality of life. DSME/S is one of education which facilitates knowledge, skills, patient abilities, and family support in self-care. DSME/S is enacted in the form of discharge planning to improve knowledge and skills in self-care. This research aimed to analyze the effect of Diabetes Self-Management Education and Support (DSME/S) on quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus in RSD dr. Soebandi. The research design was quasi experimental with pre-test post-test with control group design. A number of samples were 30 people divided into two groups: 15 people in the treatment group and 15 people in the control group. DSME/S was conducted in 6 sessions. Sessions 1-4 were performed in the hospital and sessions 5-6 were performed at the patient's home. The data were analyzed by using dependent t test and independent t test which significance level of 0.05. The result of t-dependent test indicated that there was significant different quality of life between pre-test and post-test in the treatment group ($p = 0.001$) and control group ($p = 0.002$). The result of Independent t test showed a significant difference between treatment group and control group ($p = 0.001$). The enhancement of quality of life on the treatment group was greater than the control group. The conclusion showed that there was significant effect of DSME/S on the quality of life of type 2 DM patients. DSME/S could improve patient self-care knowledge and abilities in controlling blood sugar and preventing complication which can effect quality of life. Nurses can apply DSME/S in health promotion programs to type 2 DM patients in hospital.

Keywords: *Type 2 diabetes mellitus, quality of life, DSME/S*

RINGKASAN

Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSD dr. Soebandi Jember: Anis Fitri Nurul Anggraeni,132310101023; 2017; 111 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Diabetes mellitus (DM) adalah penyakit metabolik kronik dengan penderita tidak mampu memproduksi insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan cukup sehingga terjadi peningkatan kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal. DM merupakan penyakit kronis yang membutuhkan perawatan dalam waktu cukup panjang. Pengetahuan dan kemampuan pasien DM diperlukan untuk melakukan manajemen perawatan diri. *Self-care* merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengontrol diabetes yang meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi. Ketidakpatuhan pasien dalam perawatan diri dapat menyebabkan kenaikan gula darah dan menimbulkan berbagai macam komplikasi. Kondisi ini mempengaruhi kualitas hidup pasien. Penanganan DM tipe 2 yang dapat memberikan peranan penting ialah edukasi. *Diabetes Self-Management Education and Support (DSME/S)* merupakan salah satu bentuk edukasi yang memfasilitasi pengetahuan, keterampilan, kemampuan pasien, dan dukungan keluarga dalam melakukan perawatan diri yang optimal guna mencegah timbulnya komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup. DSME/S ini diberikan dalam bentuk *discharge planning* kepada pasien dalam meningkatkan pengetahuan mengenai DM dan menambah keterampilan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. *Discharge planning* yang baik memungkinkan pasien DM secara mandiri melakukan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit.

Tujuan pada penelitian ini adalah menganalisis pengaruh *Diabetes Self-Management Education and Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *quasi experimental* dengan desain penelitian *pre test post test with control group design*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu pengambilan secara berurutan sesuai dengan urutan pasien masuk rumah sakit dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang yang terbagi menjadi dua kelompok yaitu 15 orang pada kelompok intervensi dan 15 orang pada kelompok kontrol. Pengukuran kualitas hidup menggunakan *Diabetes Quality of Life (DQOL)*. Pemberian DSME/S diberikan sebanyak 6 kali dengan 4 sesi dirumah sakit dengan durasi 60

menit setiap sesinya dan 2 sesi dirumah pasien dengan durasi 150 menit setiap sesinya. Uji *dependent t-test* digunakan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 sebelum dan sesudah pemberian DSME/S pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Uji *Independent t-test* digunakan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Hasil analisis data menggunakan uji *dependent t-test* diperoleh nilai p sebesar 0,001 pada kelompok perlakuan dan nilai p sebesar 0,002 pada kelompok kontrol. Nilai p pada kedua kelompok yaitu $p < \alpha$ ($\alpha=0,05$), yang berarti ada perbedaan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 sebelum dan sesudah pemberian DSME/S pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil analisis data menggunakan uji *independent t-test* diperoleh nilai $p < \alpha$ ($\alpha=0,05$) yaitu sebesar 0,001 yang berarti ada perbedaan kualitas hidup antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Peningkatan kualitas hidup lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibandingkan pada kelompok kontrol.

DSME/S bertujuan dalam mendukung pengambilan keputusan, perilaku perawatan diri, pemecahan masalah, dan kolaborasi aktif dengan tim kesehatan lain untuk meningkatkan hasil klinis, status kesehatan, dan kualitas hidup. Keluarga berperan penting dalam perawatan kesehatan terutama bagi pasien DM. Keluarga atau orang terdekat bagi pasien DM adalah pihak yang pertama kali memberikan pertolongan apabila salah satu anggota keluarga atau terdekatnya mengalami gangguan kesehatan. Dukungan keluarga dalam proses pemeliharaan dan perawatan kesehatan melalui *DSME/S* ini diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam melakukan perawatan sehingga kualitas hidupnya meningkat.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support* (DSME/S) Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember” dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi tugas akhir di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Peneliti menyadari penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Rondhianto, S. Kep., M. Kep, selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;
3. Ns. Peni Perdani J, M. Kep, selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;
4. Ns. Nur Widayati, MN., selaku penguji utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
5. Ns. Alfid Tri Afandi, M.Kep., selaku penguji anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;

6. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes, selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan, arahan, dan motivasi selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
7. Dinas Kesehatan Jember yang telah memberi izin untuk melaksanakan penelitian;
8. Direktur RSD dr. Soebandi Jember yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian;
9. Kepala Ruang Adenium dan Kepala Ruang Anturium RSD dr. Soebandi Jember yang telah memberikan izin dan membantu dalam melaksanakan penelitian;
10. Responden penelitian yang telah bersedia dan membantu demi terselesaikannya skripsi ini;
11. Teman seperjuangan Novita, Nailul, dan Tria yang selalu bersama dalam penelitian, serta teman-teman PSIK Universitas Jember angkatan 2013 yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang selalu mendukung;
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata kesempurnaan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, besar harapan peneliti semoga skripsi ini dapat menjadi langkah awal penelitian yang bermanfaat bagi pembaca dan perkembangan ilmu keperawatan.

Jember, Juni 2017

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.3.1 Tujuan Umum	10
1.3.2 Tujuan Khusus	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
1.4.1 Bagi Responden	11
1.4.2 Bagi Masyarakat	12
1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan	12
1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan	12
1.4.5 Profesi Keperawatan	12
1.4.6 Bagi Peneliti	12
1.5 Keaslian Penelitian	13

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1 Konsep Diabetes Melitus	15
2.1.1 Definisi Diabetes Melitus	15
2.1.2 Etiologi Diabetes Melitus	16
2.1.3 Klasifikasi Diabetes Melitus	17
2.1.4 Patofisiologi Diabetes Melitus	18
2.1.5 Manifestasi Klinis	19
2.1.6 Komplikasi	20
2.1.7 Diagnosis	21
2.1.8 Penatalaksanaan	23
2.2 Konsep Kualitas Hidup	25
2.2.1 Definisi Kualitas Hidup	25
2.2.2 Ruang Lingkup Kualitas Hidup	26
2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	27
2.2.4 Cara Pengukuran Kualitas Hidup	29
2.3 Konsep Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)	30
2.3.1 Definisi DSME/S	30
2.3.2 Tujuan DSME/S	30
2.3.3 Prinsip DSME/S	30
2.3.4 Standar DSME/S	34
2.3.5 Manfaat DSME/S	38
2.3.6 Komponen DSME/S	39
2.3.7 Penatalaksanaan DSME/S	39
2.4 Keterkaitan Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) dengan Kualitas Hidup	40
2.5 Kerangka Teori	45
BAB 3. KERANGKA KONSEP	46
3.1 Kerangka Konseptual	46
3.2 Hipotesis Penelitian	47
BAB 4. METODE PENELITIAN	48

4.1 Desain Penelitian	48
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	49
4.2.1 Populasi Penelitian	49
4.2.2 Sampel Penelitian	49
4.2.3 Kriteria Subjek Penelitian	50
4.3 Lokasi Penelitian	51
4.4 Waktu Penelitian	51
4.5 Definisi Operasional	53
4.6 Teknik Pengumpulan Data	54
4.6.1 Sumber Data	54
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	54
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	58
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	59
4.7 Kerangka Operasional	61
4.8 Pengolahan Data	62
4.8.1 Editing	62
4.8.2 Coding	62
4.8.3 Entry Data	63
4.8.4 Cleaning	63
4.9 Analisa Data	64
4.9.1 Analisa Deskriptif	64
4.9.2 Analisa Inferensial	65
4.10 Etika penelitian	66
4.10.1 Lembar Persetujuan Penelitian (<i>Informed Consent</i>)	66
4.10.2 Kerahasiaan (<i>Confidentialty</i>)	67
4.10.3 Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>)	67
4.10.4 Keadilan (<i>Justice</i>)	67
4.10.5 Kemanfaatan	68
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	69
5.1 Hasil Penelitian	69
5.1.1 Karakteristik Responden	69

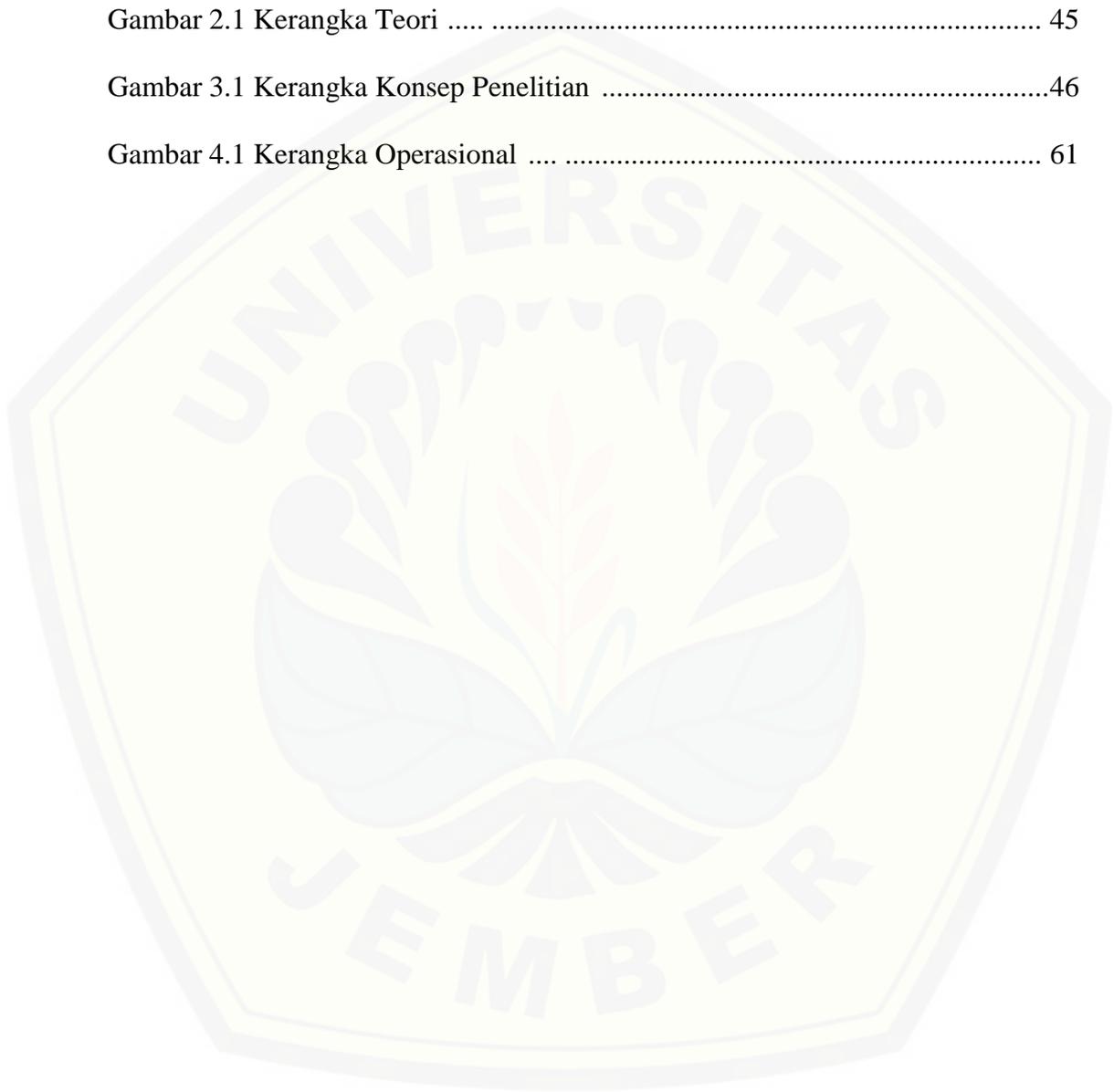
5.1.2 Kualitas Hidup pada Pasien DM Tipe 2	72
5.1.3 Uji Normalitas	76
5.1.4 Uji Homogenitas	77
5.1.5 Perbedaan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	77
5.1.6 Perbedaan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol	78
5.2 Pembahasan	79
5.2.1 Karakteristik Responden	79
5.2.2 Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 Sebelum dan Sesudah Diberikan DSME/S pada Kelompok Perlakuan	94
5.2.3 Kualitas Hidup Tipe Pasien DM 2 <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i> pada Kelompok Kontrol	98
5.2.4 Pengaruh DSME/S terhadap Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol .	101
5. Keterbatasan Penelitian	105
BAB 6. PENUTUP	107
6.1 Kesimpulan	107
6.2 Saran	108
DAFTAR PUSTAKA	110
LAMPIRAN	122

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Perbedaan Penelitian	14
4.1 Tabel Alokasi Waktu Penelitian	52
4.2 Definisi Operasional	53
4.3 <i>Blue Print Diabetes Quality of Life</i>	59
4.4 Analisa Inferensial	66
5.1 Distribusi Responden Menurut Usia dan Lama Menderita DM	70
5.2 Distribusi Responden jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan, dan keluarga yang merawat.....	71
5.3 Data Kualitas Hidup pada Kelompok Perlakuan Sebelum dan Sesudah Diberikan DSME/S	73
5.4 Kualitas Hidup Sebelum dan Sesudah Diberikan DSME/S pada Kelompok Perlakuan	74
5.5 Data Kualitas Hidup <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Kelompok Kontrol.....	75
5.6 Kualitas Hidup <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Kelompok Kontrol	75
5.7 Hasil Uji Normalitas	76
5.8 Hasil Uji Homogenitas	77
5.9 Hasil Analisis Uji <i>t dependent</i>	78
5.10 Hasil uji <i>t independent</i>	78

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	45
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	46
Gambar 4.1 Kerangka Operasional	61



DAFTAR LAMPIRAN

A. Lembar <i>Informed</i>	123
B. Lembar <i>Consent</i>	124
C. Data Karakteristik Responden	125
D. Kuesioner <i>Quality Of Life</i>	126
E. Standar Operasional Prosedur (SOP) <i>Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)</i>	129
F. Satuan Acara Pendidikan (SAP)	131
F.1 Satuan Acara Pendidikan Sesi 1.....	131
F.2 Satuan Acara Pendidikan Sesi 2.....	135
F.3 Satuan Acara Pendidikan Sesi 3.....	139
F.4 Satuan Acara Pendidikan Sesi 4.....	142
F.5 Satuan Acara Pendidikan Sesi 5.....	146
F.6 Satuan Acara Pendidikan Sesi 6.....	149
G. Surat Ijin Studi Pendahuluan	152
H. Surat Pernyataan telah Studi Pendahuluan.....	157
I. Lembar Ijin Penelitian.....	158
J. Lembar Selesai Penelitian.....	162
K. Lembar Uji SOP.....	163
L. Lembar Konsul DPU dan DPA.....	164
M. Hasil Penelitian.....	168
N. Dokumentasi.....	179
O. Buku Panduan Perawatan Mandiri DM Tipe 2.....	180

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit metabolik kronik dengan penderita tidak mampu memproduksi insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan cukup sehingga terjadi peningkatan kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal (Misnadiarly, 2006). Menurut *World Health Organization* ([WHO], 2015), DM adalah penyakit kronis yang terjadi akibat pankreas tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup atau saat tubuh tidak efektif menggunakan insulin. Salah satu penyebab terjadinya penyakit degeneratif seperti DM adalah pola hidup masyarakat yang tidak seimbang (Misnadiarly, 2006). Pencegahan komplikasi akut dan resiko komplikasi kronik pada penyakit ini membutuhkan perawatan mandiri yang berkelanjutan dan pendidikan pengelolaan penyakit serta *support* agar kejadian ini tidak terjadi peningkatan (*American Diabetes Association (ADA)*, 2014).

Pada tahun 2013 angka kejadian DM tipe 2 pada usia 20 sampai 79 tahun di seluruh dunia sebanyak 382 juta dan pada tahun 2035 diperkirakan mencapai 592 juta (*International Diabetes Federation [IDF]*, 2013). Angka kejadian DM tipe 2 pada usia 20 sampai 79 tahun di seluruh dunia pada tahun 2015 adalah 413 juta dan diperkirakan akan meningkat di tahun 2040 sebesar 642 juta. Berdasarkan data dari IDF tersebut, diketahui bahwa terjadi peningkatan prevalensi kenaikan pasien DM di dunia sebesar 8,3% dari tahun 2013 menjadi 8,8% pada tahun 2035 (IDF, 2015).

Berdasarkan data dari IDF (2015) dari 10 besar prevalensi penyakit DM, Indonesia menduduki peringkat ke tujuh dengan jumlah 10 juta kasus dari 10 negara besar yang memiliki jumlah pasien DM terbesar didunia yakni Cina, India, USA, Brazil, Rusia, dan Mexico. Hasil Riset Kesehatan Dasar ([Risikesdas], 2013), menunjukkan bahwa di Indonesia penderita DM sebesar 2,1% dan menduduki peringkat ke 4 terbanyak setelah asma, PPOK, dan kanker.

Berdasarkan laporan tahunan Rumah Sakit di Jawa Timur tahun 2012, kasus terbanyak pada pasien rawat jalan pada rumah sakit umum pemerintah tipe B tergolong penyakit degeneratif yakni Diabetes Melitus sebanyak 102.399 kasus dan merupakan kasus terbanyak nomer 2 setelah hipertensi. Data laporan tahunan pada kasus pasien rawat inap di rumah sakit umum pemerintah tipe B, diabetes mellitus sebanyak 8.370 kasus dan pada rumah sakit umum pemerintah tipe C, penyakit terbanyak pasien rawat inap yaitu diabetes mellitus sebanyak 9.620 kasus (Dinkes Jatim, 2013). Berdasarkan data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember jumlah kunjungan pasien DM tipe 2 ditahun 2015 yaitu sebanyak 6.503 kunjungan dan jumlah kunjungan pasien DM tipe 2 dari bulan Januari 2016 sampai September 2016 sebanyak 1.982 kunjungan.

Hasil Studi pendahuluan di RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan rekam medis rawat inap didapatkan bahwa DM tipe 2 menduduki urutan ke 10 pada bulan Januari 2017. Jumlah pasien DM tipe 2 tahun 2016 sebanyak 443 pasien dan sebanyak 38 pasien pada bulan Januari 2017. Komplikasi terbanyak pada pasien DM yaitu tanpa komplikasi dengan menempati urutan ke 12 dari 20 besar penyakit terbanyak yang di

rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember. Rata – rata LOS (*Length of Stay*) pasien DM tipe 2 yaitu 5 hari.

Pasien DM membutuhkan perawatan yang cukup panjang dan penyakit ini tidak bisa disembuhkan secara total. Diabetes adalah penyakit kronis kompleks yang membutuhkan perawatan secara terus menerus melalui pendidikan manajemen diri dan dukungan untuk mencegah komplikasi dan mengurangi resiko komplikasi jangka panjang (ADA, 2016). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ermawati (2011) diperoleh hasil tingkat pengetahuan tentang pengelolaan diabetes mellitus tergolong dalam kategori rendah sebanyak 25 orang (83%) dari 30 orang. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gultom (2012) yang dilakukan pada pasien DM di Poliklinik Penyakit Dalam RSPAD Gatot Subroto Jakarta didapatkan data sebanyak 47% memiliki manajemen DM rendah, 37% sedang, dan 16% tinggi.

Hasil penelitian yang dilakukan Okatiranti (2015) mengenai gambaran pengetahuan dan sikap perawat dalam pelaksanaan *discharge planning* pada pasien DM tipe 2 menyatakan bahwa sebanyak 51,35% perawat memiliki pengetahuan yang kurang dan sebanyak 54 % sikap perawat tidak mendukung pelaksanaan *discharge planning*. Penelitian yang dilakukan oleh Layuhibu (2015) menyatakan bahwa pelaksanaan *discharge planning* yang dilakukan oleh perawat pada pasien DM tipe 2 di ruang rawat inap telah diberikan, namun belum dilakukan secara optimal oleh perawat. Hasil penelitian yang dilakukan Lowenstein dan Hoff (1994) dalam Okatiranti (2015), pelaksanaan *discharge planning* terhambat karena tidak cukupnya orientasi dan pendidikan yang berkelanjutan, kebingungan peran perawat, terbatasnya

waktu perawat, pola shif perawat, dan rumitnya ruang perawatan. Dampak yang terjadi akibat pasien DM tidak mendapatkan *discharge planning* yang efektif akan menyebabkan terjadinya angka kekambuhan pada pasien DM akibat tidak mampu melakukan perawatan. Hasil Penelitian yang dilakukan oleh Pertiwiwati & Rizany (2016) pada pasien di ruang tulip 1C (ruang rawat inap bedah umum) RSUD Ulin Banjarmasin menyatakan bahwa sebanyak 59% perawat memiliki peran sebagai *educator* yang baik. Pelaksanaan *discharge planning* akan menjadi baik jika peran perawat sebagai pendidik tersebut juga baik. Perencanaan pulang pada pasien DM memerlukan komunikasi yang efektif agar pasien dapat melakukan perawatan mandiri ketika pasien berada dirumah. *Discharge planning* yang baik memungkinkan pasien DM secara mandiri melakukan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit. Pengelolaan diabetes secara mandiri ini dapat dilakukan oleh pasien dan keluarganya di rumah (Potter dan Perry, 2005).

Selain masalah pengetahuan, pasien diabetes mellitus juga memiliki masalah lainnya. Komplikasi DM yang dapat muncul digolongkan menjadi 2 yaitu komplikasi jangka pendek (akut) dan komplikasi jangka panjang (kronis). Komplikasi akut diantaranya hipoglikemia, *hiperglikemia hiperosmolar koma non diabetic (HHNK)* dan *ketoasidosis diabetik*. Komplikasi kronis meliputi mikrovaskuler (retinopati, nefropati, dan neuropati diabetik) dan makrovaskuler (penyakit vaskuler jantung, serebral, dan perifer) (Chang, 2009).

Menurut Price & Wilson (2006) masalah komplikasi DM tipe 2 yaitu komplikasi yang berupa masalah fisik pada pasien dengan DM tipe 2. Selain itu,

pasien DM tipe 2 juga memiliki dampak yang berhubungan dengan masalah psikologi, sosial, maupun ekonomi. Masalah psikologi erat kaitannya dengan stress yang dialami oleh pasien dan keluarganya. Masalah sosial akan terganggu akibat keputusan pasien dalam pengobatan dalam mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Masalah ekonomi pada pasien dengan DM tipe 2 berhubungan dengan biaya perawatan yang cukup panjang sehingga dapat mempengaruhi produktifitas kerja.

Hasil Penelitian yang dilakukan oleh Azila (2016) di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember pada pasien DM tipe 2 yang menjalani rawat jalan menunjukkan bahwa sebanyak 77 orang (52,7%) pasien DM tipe 2 memiliki kualitas hidup yang baik dan sebanyak 69 orang (47,3%) berada pada kualitas hidup yang kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Nasekhah (2016) di Persadia Salatiga Semarang pada pasien DM tipe 2 menunjukkan bahwa 55% pasien DM memiliki kualitas hidup buruk. Prevalensi kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Lampung sebanyak 53 orang (59,6%) pasien DM memiliki kualitas hidup sedang (Larasati, 2012). Hasil penelitian Mandagi (2010) dalam Larasati (2012) menyatakan bahwa hal yang mendorong pengukuran kualitas hidup karena kualitas hidup merupakan salah satu tujuan utama perawatan dalam mencegah maupun meminimalkan komplikasi. Kualitas hidup pasien rendah disertai masalah psikologi dapat memperburuk gangguan metabolik, baik secara langsung melalui reaksi stress hormonal ataupun secara tidak langsung melalui komplikasi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dzusturia (2016) yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Patrang mengatakan bahwa sebelum diberikan

DSME/S sebanyak 8 responden (53,3%) memiliki kualitas hidup yang rendah dan sebanyak 7 responden (46,7%) memiliki kualitas hidup yang sedang.

Penurunan kualitas hidup pasien DM tipe 2 dikarenakan pasien tidak dapat melakukan perawatan secara mandiri (Rantung, dkk, 2015). Pengelolaan mandiri pada pasien dengan penyakit kronis merupakan salah satu kunci penatalaksanaan penyakit secara komprehensif. Pengetahuan mengenai DM menjadi syarat atau upaya dalam membantu pasien mengelola penyakit DM selama hidupnya sehingga semakin baik pengetahuan yang dimiliki maka akan mengerti bagaimana harus berperilaku dalam penanganan penyakit (Waspadji, 2007). Individu yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dapat melakukan pengelolaan mandiri secara komprehensif (Adam, 2004 dalam Atak, 2010). *Self care* merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengontrol diabetes yang meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi (Kusmiawati, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mardianti (2013), yang dilakukan di Puskesmas Kalirungkut Surabaya didapatkan bahwa pasien DM tipe 2 memiliki *self care* yang sedang. Perawatan kaki dan pengukuran kadar gula darah perlu mendapatkan perhatian khusus. Hal ini dikarenakan pasien sangat kurang dalam melakukan perawatan kaki dan pengukuran gula darah. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suantika, dkk (2015), menyatakan bahwa responden mengalami perubahan fisik, mental, dan sosial setelah di diagnosis DM tipe 2 yang menyebabkan kadar glukosa darah yang tinggi. Hal ini juga diakibatkan karena pasien kurang mampu dalam mengontrol gula darah dan mematuhi diet yang dilakukan.

Menurut Antari, dkk (2011), adanya dukungan sosial akan membantu pasien DM tipe 2 dalam meningkatkan keyakinan dalam melakukan perawatan diri. Dukungan sosial yang baik akan memberikan kenyamanan sehingga pasien dapat meningkatkan rasa perhatian terhadap diri sendiri dan motivasi untuk melakukan pengelolaan penyakit. Kondisi tersebut dapat mencegah timbulnya stress pada pasien DM tipe 2. Stress tersebut akan mempengaruhi fungsi tubuh dan menyebabkan ketidakseimbangan kadar gula dalam darah dan dalam waktu yang lama akan beresiko terhadap komplikasi. Pada akhirnya, kondisi tersebut akan mempengaruhi kualitas hidup pasien DM tipe 2. Dukungan keluarga akan meningkatkan kemampuan adaptif dan kognitif termasuk meningkatkan kemampuan diri dalam pengelolaan DM tipe 2 (Rahmawati, 2015). Peningkatan kualitas hidup pasien, dibutuhkan dukungan dari keluarga. Menurut Soegondo (2006) dalam Rahmawati (2015) berpendapat bahwa keluarga mempunyai pengaruh terhadap sikap dan kebutuhan belajar bagi pasien DM tipe 2 dengan cara menolak atau memberikan dukungan baik secara fisik, psikologis, emosional, dan sosial. Dalam hal ini, pasien akan memberikan sikap positif apabila keluarga memberikan dukungan dan berpartisipasi dalam pendidikan kesehatan mengenai DM. Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga adalah segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang sakit atau mengalami masalah kesehatan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rahayu (2014) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat perubahan kualitas hidup pasien. Keterlibatan keluarga dalam pendampingan, pemberi masukan, dan pengingat bagi pasien agar patuh terhadap

pengelolaan diabetes merupakan salah satu dukungan positif yang diberikan oleh keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap proses perawatan pada pasien dengan DM tipe 2.

Strategi yang dapat dilakukan dalam mencegah komplikasi pada DM tipe 2 atau empat pilar penatalaksanaan DM menurut PERKENI (2011) meliputi edukasi kepada pasien, terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologis. Penanganan DM tipe 2 yang dapat memberikan peranan penting ialah edukasi. Pasien harus mampu melakukan penanganan mandiri untuk mengatur keseimbangan kadar glukosa darah yang mengalami penurunan atau peningkatan secara mendadak. Selain itu, pasien juga harus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam upaya preventif gaya hidup untuk menghindari komplikasi jangka panjang pada DM tipe 2 (Smeltzer & Bare, 2001). Peran perawat sebagai *educator* dalam membantu pasien meningkatkan pengetahuannya melalui pemberian pengetahuan perawatan diri yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga (Pertiwati & Rizany, 2016). Menurut Funnel et al (2010) pemberian edukasi ini tidak hanya memfasilitasi transfer pengetahuan, namun juga memfasilitasi pasien untuk melatih keterampilan dan kemampuan perawatan diri (*self care*) yang sangat dibutuhkan oleh pasien DM. Salah satu edukasi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2 yaitu dengan menerapkan program *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)*.

DSME/S merupakan program yang dirancang untuk memberikan kesehatan bagi pasien, pengetahuan, dukungan keluarga, status keuangan, riwayat penyakit, dan

faktor lainnya yang mempengaruhi aktivitas pasien dalam melakukan perawatan diri (Powers, 2015; ADA, 2015). *DSME/S* adalah program yang dirancang untuk mengatasi keyakinan pasien terhadap kesehatan, kebutuhan budaya, pengetahuan saat ini, keterbatasan fisik, kecemasan emosional, dukungan keluarga, status finansial, riwayat kesehatan, menambah pengetahuan kesehatan, dan faktor lainnya yang berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri (Powers *et al.*, 2015). *DSME/S* bertujuan dalam mendukung pengambilan keputusan, perilaku perawatan diri, pemecahan masalah, dan kolaborasi aktif dengan tim kesehatan lain untuk meningkatkan hasil klinis, status kesehatan, dan kualitas hidup (Haas *et al.*, 2012; ADA, 2015). *DSME/S* diberikan dalam menggunakan metode konseling dan intervensi yang dikemas dalam bentuk *discharge planning* kepada pasien dalam meningkatkan wawasan mengenai DM dan menambah keterampilan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. Keluarga berperan penting dalam perawatan kesehatan terutama bagi pasien DM. Keluarga atau orang terdekat bagi pasien DM adalah pihak yang pertama kali memberikan pertolongan apabila salah satu anggota keluarga atau terdekatnya mengalami gangguan kesehatan. Dukungan keluarga dalam proses pemeliharaan dan perawatan kesehatan melalui *DSME/S* ini diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam melakukan perawatan sehingga kualitas hidupnya meningkat (Rahayu, dkk, 2014).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti dapat merumuskan masalah “Bagaimana pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh DSME/S terhadap kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien DM tipe 2 meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama mengalami DM dan keluarga yang selama ini merawat di rumah sakit
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien DM tipe 2 sebelum dan sesudah dilakukan *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* pada kelompok perlakuan
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup pada *pre test* and *post test* pada pasien DM tipe 2 yang tidak diberikan *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* pada kelompok kontrol

- d. Mengidentifikasi perbedaan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 sebelum dan sesudah diberikan *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* pada kelompok perlakuan
- e. Mengidentifikasi perbedaan kualitas hidup pada *pre test* dan *post test* pasien DM tipe 2 yang tidak diberikan *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* pada kelompok kontrol
- f. Mengidentifikasi perbedaan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 yang diberikan *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* dan tidak diberikan *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Responden

Manfaat penelitian ini bagi responden adalah dapat menambah dan meningkatkan wawasan serta pengetahuan terhadap pengelolaan diri secara mandiri pada pasien DM. Keluarga diharapkan mampu memberikan dukungan atau motivasi kepada pasien DM untuk meningkatkan kualitas hidupnya sesuai dengan keputusan pengelolaan diri pasien dalam meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan yang dilakukan.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan bagi masyarakat tentang pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* dalam meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2

1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan intervensi yang tepat bagi pasien DM tipe 2 dalam meningkatkan kualitas hidupnya

1.4.4 Bagi Insitusi Pendidikan

Penelitian ini bermanfaat menambah informasi dan referensi untuk pengembangan penelitian tentang *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2

1.4.5 Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan sumber informasi, rujukan, dan bahan acuan dalam program *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* pada pasien DM tipe 2 untuk meningkatkan kualitas hidupnya dan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien DM tipe 2

1.4.6 Bagi Peneliti

Penelitian ini bermanfaat dalam menerapkan proses penelitian untuk menambah pengetahuan dan wawasan mengenai pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pasien

DM tipe 2 dan menemukan berbagai solusi untuk mengatasi permasalahan DM tipe 2

1.5 Keaslian Penelitian

Salah satu penelitian yang sama dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Dwi Nida Dzusturia tentang Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang selama 1, 5 bulan. Penelitian ini menggunakan desain *quasi experimental randomized control group pre test post test design*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua penderita DM dan keluarga yang berdomisili di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang. Pengambilan sampel menggunakan metode *simple random sampling* sebanyak 30 sampel.

Perbedaan penelitian ini dengan sebelumnya yaitu terletak pada populasi, sampel, dan lokasi penelitian. Variabel independen penelitian ini adalah *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)*. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 30 sampel. Pelaksanaan penelitian sebelumnya dilakukan sebanyak 6 sesi yang dilakukan selama 1 minggu sekali dalam waktu 1, 5 bulan dengan durasi 2, 5 jam setiap sesinya. Topik yang dibahas dalam DSME/S ini meliputi konsep DM dan teknik yang digunakan

untuk mengatasi gejala DM, latihan jasmani, diet, perawatan kaki dan monitoring, dan manajemen stress dan dukungan psikososial serta akses pelayanan (*Stanford School of Medicine*, 2016). Setelah 1 minggu pemberian DSME/S ini sebanyak 6 sesi, maka responden akan diberikan *post test*. Pelaksanaan penelitian DSME/S ini akan dilakukan sebanyak 6 sesi dengan 4 sesi selama pasien dirawat inap dengan durasi 60 menit dan 2 sesi dilakukan di rumah dengan durasi waktu 150 menit.

Table 1.1. Perbedaan Penelitian Sebelumnya dan Sekarang

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	pengaruh <i>Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)</i> terhadap kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	pengaruh <i>Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)</i> terhadap kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember
Tempat Penelitian	wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	Ruang perawatan RSD dr. Soebandi Jember
Tahun Penelitian	2016	2017
Peneliti	Dwi Nida Dzusturia	Anis Fitri Nurul Anggraeni
Teknik sampling	<i>Simple random sampling</i>	<i>Consecutive sampling</i>
Instrument penelitian	Kuisisioner <i>Diabetes Quality of Life (DQOL)</i>	Kuisisioner <i>Diabetes Quality of Life (DQOL)</i>
Uji statistic	Uji t dependen dan independen	Uji t dependen dan independen

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi

DM merupakan gangguan metabolisme kronis akibat kegagalan sekresi insulin, kerja insulin maupun keduanya yang ditandai dengan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak yang abnormal (Chang, 2009). Hal ini dapat menyebabkan terjadinya peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemi). Menurut Price & Wilson (2006) DM merupakan gangguan metabolisme yang secara klinis dan genetis termasuk heterogen dengan manifestasi hilangnya toleransi karbohidrat. DM adalah penyakit kronis yang membutuhkan perawatan medis secara terus menerus dengan mengurangi resiko glikemik serta pendidikan manajemen diri dan dukungan sangat penting untuk mencegah komplikasi akut dan mengurangi resiko komplikasi jangka panjang (ADA, 2016).

Diabetes adalah penyakit metabolik dengan karakteristik terjadinya hiperglikemia akibat kerusakan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Hiperglikemia kronik pada diabetes terjadinya akibat kerusakan yang cukup panjang, disfungsi, atau kegagalan organ, seperti mata, ginjal, syaraf, jantung, dan pembuluh darah (ADA, 2014). Jadi dapat disimpulkan bahwa DM merupakan suatu penyakit dimana tubuh tidak dapat menghasilkan insulin atau insulin yang dihasilkan tidak mencukupi atau tidak bekerja dengan baik. Sehingga, akan menyebabkan gula darah meningkat saat diperiksa (hiperglikemia).

2.1.2 Etiologi

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya DM, yaitu:

a. Faktor genetik

Genetik memiliki peranan penting pada mayoritas penderita DM. Resiko terjadinya DM pada saudara kandung mendekati 40% dan 33% pada anak cucunya. Sehingga DNA penderita DM akan diturunkan pada gen berikutnya (Price & Wilson, 2006)

b. Faktor imunologi

Adanya respon autoimun yang abnormal pada pasien DM menandakan bahwa antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dan jaringan tersebut dianggap jaringan asing (Smeltzer & Bare, 2001)

c. Faktor lingkungan

Faktor – faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta pankreas, seperti halnya virus toksin, diet, obesitas dan kehamilan (Smeltzer & Bare, 2001)

d. Usia

Pada usia diatas 60 tahun akan terjadi resistensi insulin yang cenderung meningkat (Smeltzer & Bare, 2001)

e. Obesitas

Faktor resiko utama terjadinya resistensi insulin akibat kegagalan toleransi glukosa yang menyebabkan penambahan berat badan sehingga terjadi hipertropi pankreas (Price & Wilson, 2006).

f. Kelompok etnik

Di Amerika Serikat terdapat golongan Hispanik dan penduduk asli tertentu yang memiliki kemungkinan yang lebih besar terjadinya DM tipe 2 dibandingkan dengan golongan Afro-Amerika (Smeltzer & Bare, 2001).

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Price & Wilson (2006) terdapat empat klasifikasi klinis gangguan toleransi glukosa yang telah disahkan oleh WHO dan telah dipakai diseluruh dunia.

Klasifikasi tersebut yaitu:

a. Diabetes Melitus Tipe 1

DM tipe 1 disebabkan adanya kerusakan sel beta pankreas yang dimediasi oleh imun sehingga terjadinya penurunan produksi insulin atau bahkan tidak sama sekali. Sehingga, penderita DM tipe 1 ini memerlukan terapi insulin sepanjang hayat atau berkelanjutan.

b. Diabetes Melitus Tipe 2

DM tipe 2 bekerja ketika tubuh masih mampu menghasilkan insulin tetapi tidak cukup dalam pemenuhannya atau disebabkan karena insulin dihasilkan mengalami resistensi insulin yang tidak bekerja secara maksimal. Diabetes ini akan terdiagnosa setelah bertahun – tahun karena terjadinya hiperglikemia. Pasien DM tipe 2 tidak membutuhkan pengobatan insulin untuk bertahan hidup.

c. Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes gestasional biasanya terjadi selama kehamilan dan dapat disembuhkan setelah melahirkan. Diabetes ini dapat merusak kesehatan janin atau kesehatan ibu sehingga beresiko tinggi terhadap morbiditas dan mortalitas perinatal dan frekuensi kematian janin tinggi. Perempuan hamil akan mengalami penapisan diabetes di usia kehamilan 24 minggu sampai 28 minggu.

d. Diabetes Melitus Tipe Lain

DM tipe lain ini disebabkan oleh kerusakan pada pankreas yaitu kelainan genetik sel beta, kelainan genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, penyakit endokrin lain, infeksi virus, dan penyakit autoimun.

2.1.4 Patofisiologi

Insulin adalah hormon yang disekresi oleh sel beta pankreas. Insulin adalah hormon anabolik atau tempat menyimpan kalori. Insulin dalam jumlah yang banyak dibutuhkan untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah. Defisiensi insulin mengakibatkan peningkatan pelepasan hormon kontraregulator (glukagon, katekolamin, kortisol, dan hormon pertumbuhan). Defisiensi insulin dan peningkatan hormon kontraregulator menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) dengan mempercepat laju glukoneogenesis (produksi glukosa) dan glikogenolisis (pemecah glikogen) serta melalui penurunan penggunaan glukosa perifer. Saat kadar glukosa darah meningkat, osmolalitas serum juga turut meningkat dan menimbulkan suatu gradient osmotik

yang menyebabkan perpindahan cairan dari kompartemen cairan intrasel ke kompartemen cairan intravaskuler sehingga terjadi dehidrasi sel (Chang, 2009).

DM tipe 2 sering terjadi pada usia 30 tahun keatas dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif, maka awitan DM tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi. Gejala yang sering dialami oleh pasien adalah mudah lelah, polidipsi, poliuri, polifagia. Apabila penyakit ini tidak terdeteksi dari awal akan mengakibatkan komplikasi dalam jangka panjang seperti kelainan mata, neuropati perifer, dan kelainan vascular perifer (Smeltzer & Bare, 2001). Menurut PERKENI (2015), komplikasi lain yang dapat terjadi pada pasien diabetes mellitus tipe 2 adalah ketoasidosis diabetik, hiperosmolar non ketotik, dan hipoglikemia.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala klasik pasien DM biasanya dikenal dengan *trio-P*, yaitu poliuria (banyak kencing), polidipsi (banyak minum) dan polifagia (banyak makan). Menurut Chang (2009), manifestasi komplikasi serebral meliputi kebutaan pada salah satu mata, kelemahan salah satu sisi tubuh, kesulitan bicara, kebingungan dan penglihatan ganda. Manifestasi penyakit vaskuler meliputi retinopati, nefropati, dan neuropati perifer diabetik. Manifestasi renal berat meliputi edema perifer, mual dan muntah, letih, gatal, dan kenaikan berat badan tanpa direncanakan.

2.1.6 Komplikasi

Menurut Price & Wilson (2006), komplikasi pada penyakit diabetes mellitus antara lain sebagai berikut:

a. Komplikasi Akut

1) Ketoasidosis Diabetik (KAD)

KAD terjadi akibat penurunan kadar insulin sehingga pasien mengalami hiperglikemia dan glukosuria berat, penurunan lipogenesis, peningkatan liposis dan peningkatan oksidasi asam lemak bebas disertai pembentukan benda keton. Kadar glukosa darah antara 300 hingga 800 mg/dl (Smeltzer & Bare, 2001). Keadaan ini bisa menyebabkan penurunan penggunaan oksigen otak sehingga pasien bisa mengalami koma dan meninggal.

2) Hiperglikemia Hiperosmolar, Koma Nondiabetik (HHNK)

HHNK merupakan terjadinya hiperosmolalitas dan hiperglikemia yang muncul tanpa disertai ketosis. Hiperglikemia berat dengan kadar glukosa serum lebih dari 600 mg/dl.

3) Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan komplikasi DM pada pasien yang menerima lebih banyak insulin daripada kebutuhannya untuk mempertahankan kadar glukosa darah normal. Gejala hipoglikemia disebabkan oleh pelepasan epinefrin (berkeringat, gemetar, sakit kepala, dan palpitasi) dan kekurangan glukosa dalam otak (tingkah laku yang aneh, sensorium yang tumpul, dan koma). Serangan hipoglikemia jika tidak ditangani dalam jangka waktu yang lama bisa

menyebabkan kerusakan otak secara permanen sampai meninggal. Hipoglikemia terjadi jika kadar glukosa darah turun dibawah 50 hingga 60 mg/dl (Smeltzer & Bare, 2001).

b. Komplikasi Kronik

1) Mikroangiopati

Mikroangiopati adalah lesi spesifik diabetes yang menyerang kapiler dan arteriola retina (*retinopati diabetik*), glomerulus ginjal (*nefropatik diabetik*), dan saraf – saraf perifer (*neuropatik diabetik*), otot – otot serta kulit. Timbulnya lesi ini ditandai dengan peningkatan penimbunan glikoprotein. Manifestasi dini retinopati ini adalah mikroaneurisma (pelebaran secular yang kecil) dari arteriola retina. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan, neovaskularisasi dan jaringan parut retina yang bisa mengakibatkan kebutaan.

2) Makroangiopati

Makroangiopati diabetik ini mengakibatkan terjadinya penyumbatan vaskular. Insufisiensi vascular perifer yang disertai dengan gangren pada ekstremitas, insufisiensi serebral, dan stroke akan terjadi jika penyumbatan ini mengenai arteri – arteri perifer. Apabila mengenai arteri koronaria dan aorta dapat menyebabkan terjadinya angina dan infark miokardium.

2.1.7 Diagnosis

Menurut PERKENI (2015), diagnosis DM tipe 2 dapat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan kadar glukosa darah dan tidak dapat ditegakkan dengan

adanya glukosuria. Diagnosis DM tipe 2 bisa ditegakkan jika pasien mengalami keluhan klasik atau khas yang dikenal *trio-p* yaitu poliuria, polidipsi dan polifagia dengan keluhan lain misalnya kesemutan, kelelahan, gatal dan mata kabur (Chang, 2009). Menurut PERKENI (2015) diagnosis DM tipe 2 dapat ditegakkan dengan tiga cara melalui:

- a. Jika terdapat keluhan klasik, maka pemeriksaan glukosa plasma sewaktu lebih dari 200 mg/dL cukup untuk menegakkan diagnosis DM tipe 2;
- b. Pemeriksaan glukosa plasma puasa lebih dari 126 mg/dL dengan adanya keluhan klasik;
- c. Tes toleransi glukosa oral (TTGO)

Hasil pemeriksaan yang tidak memenuhi kriteria normal atau DM, akan digolongkan menjadi dua kelompok yakni kelompok toleransi glukosa terganggu (TGT) atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT). Kelompok toleransi glukosa terganggu (TGT) adalah bila setelah pemeriksaan TTGO didapatkan glukosa plasma 2 jam setelah beban antara 140 – 199 mg/dL (7,8 – 11 mmol/L). Kelompok glukosa darah puasa terganggu (GDPT) ialah bila pemeriksaan glukosa plasma puasa didapat antara 100 – 125 mg/dL (5,6 – 6,9 mmol/L) dan pemeriksaan TTGO gula darah 2 jam kurang dari 140 mg/dL (PERKENI, 2015).

Penegakan diagnosis DM tipe 2 juga didukung dengan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang bertujuan untuk menentukan apakah pasien mengalami DM tipe 2, TGT, maupun GDPT, sehingga pasien dapat ditangani secara

cepat dan tepat. Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu atau kadar glukosa darah puasa (PERKENI, 2015)

2.1.8 Penatalaksanaan

a. Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Terapi nutrisi medis merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes. Kunci keberhasilannya adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan lain serta pasien dan keluarga). Setiap pasien diabetes sebaiknya mendapat TNM sesuai dengan kebutuhannya guna mencapai sasaran terapi dan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis, dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Diet yang harus dilakukan oleh penderita DM untuk mengatur jumlah kalori dan karbohidrat yang akan dikonsumsi setiap hari. Jumlah ini tergantung dari kebutuhan individu dalam mempertahankan, menurunkan atau meningkatkan berat badan (Price & Wilson, 2006; PERKENI, 2015).

b. Latihan Fisik

Latihan fisik dapat mempermudah transport glukosa ke dalam sel – sel dan meningkatkan kepekaan terhadap insulin. Penderita DM tipe 2 akan mendapatkan insulin dan akan kesulitan dalam pengambilan glukosa selama latihan fisik sehingga dapat menyebabkan hipoglikemia. Latihan fisik akan disesuaikan dengan penderita DM agar dapat mengontrol kadar glukosa darah mereka dan pada pasien DM tipe 2

dapat mempertahankan kadar glukosa darah normal hanya dengan menjalankan terapi diet dan latihan fisik. Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani dilakukan secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit), merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM tipe 2. Kegiatan sehari-hari seperti berjalan kaki ke pasar, menggunakan tangga, dan berkebun. Latihan jasmani berfungsi untuk menjaga kebugaran dan menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, *jogging*, dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani. Bagi mereka yang relatif sehat, intensitas latihan jasmani bisa ditingkatkan, sementara yang sudah mendapat komplikasi DM dapat dikurangi. Hindarkan kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalas-malasan (Price & Wilson, 2006; PERKENI, 2015).

c. Edukasi

Pasien DM tipe 2 membutuhkan keterampilan merawat diri dan memiliki perilaku preventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi kronis. Perawat memberikan edukasi kepada pasien dengan melihat latar belakang, ras, etnis, budaya, psikologi, dan kemampuan pasien menerima informasi dari perawat. Edukasi yang diberikan meliputi konsep dasar DM, terapi yang diberikan pada pasien DM, pencegahan komplikasi, dan perawatan diri. Pengetahuan tentang pemantauan glukosa darah mandiri, tanda dan gejala hipoglikemia serta cara mengatasinya harus

diberikan kepada pasien. Pemantauan kadar glukosa darah dapat dilakukan secara mandiri, setelah mendapat pelatihan khusus (Smeltzer & Bare, 2001; PERKENI, 2015).

d. Intervensi Farmakologis

Terapi farmakologis untuk penderita DM terdiri dari obat oral dan injeksi. Berdasarkan cara kerjanya, OHO (obat hipoglikemik oral) dibagi menjadi 5 golongan, yaitu pemicu sekresi insulin (sulfonilurea dan glinid), peningkatan sensitivitas terhadap insulin (metformin dan tiazolidindion), penghambat glukoneogenesis (metformin), penghambat absorpsi glukosa (penghambat glukosidase) dan DPPIV inhibitor α (PERKENI, 2015)

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut Dewi (2014) kualitas hidup merupakan persepsi seseorang terhadap hidupnya berdasarkan nilai dan kepercayaan personal. Sudut pandang dalam kualitas hidup sangat bervariasi tergantung pada situasi. Peningkatan kualitas hidup dilakukan melalui pencegahan dan manajemen penyakit kronis seperti perawatan preventif, dukungan gaya hidup sehat, edukasi dan pengkajian lingkungan. Menurut Theofilou (2012) kualitas hidup adalah cara mengukur aspek yang meliputi reaksi emosional seseorang terhadap kejadian kehidupan, rasa pemenuhan dan kepuasan hidup, kepuasan bekerja dan hubungan pribadi.

2.2.2 Ruang Lingkup Kualitas Hidup

Menurut Morales (2015) ruang lingkup kualitas hidup terdapat 8 domain meliputi:

- 1) Fungsi Fisik (*Physical Functioning*) meliputi fungsi dan kemampuan dalam aktivitas fisik sehari – hari secara mandiri seperti perawatan diri, berjalan membungkuk, mengangkat atau membawa benda berat. Pengukuran kemampuan fisik akan diketahui evaluasi dari kesehatan fisik dan informasi tentang penyakit yang didiagnosis, pengobatan dan gaya hidup sehat meliputi olahraga teratur, merokok, dan konsumsi alkohol (Vaarama, 2008).
- 2) Keterbatasan akibat masalah fisik (*role physical*) merupakan kesehatan fisik yang mengganggu kehidupan kerja dan aktivitas harian akibat masalah fisik
- 3) Perasaan nyeri (*bodily pain*) merupakan sensasi yang tidak nyaman pada tubuh dan dapat berdampak terhadap kesehatan tubuh
- 4) Persepsi keadaan umum (*general health*) ialah penilaian kesehatan individu terhadap kondisi kesehatannya
- 5) Energi (*vitality*) ialah kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari – hari
- 6) Fungsi sosial (*social functioning*) ialah masalah kesehatan yang dapat mengganggu kehidupan sosial. Menurut Vaarama (2008) pengukuran hubungan sosial ada tiga dimensi dasar yakni kuantitas, kualitas, dan kepuasan.
- 7) Keterbatasan akibat masalah emosi (*role emotional*) merupakan masalah emosional yang mengganggu pekerjaan dan aktivitas sehari – hari akibat gangguan konsep diri dan kondisi stress

- 8) Kesehatan mental (*mental health*) ialah kondisi kepuasan terhadap kesehatan mental dan tidak terhadap stress

2.2.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor - faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu:

a. Usia

DM tipe 2 paling banyak dialami oleh dewasa diatas 40 tahun. Resistensi insulin pada lansia (40-65 tahun), memiliki riwayat obesitas dan adanya faktor keturunan akan meningkat sehingga dapat mempengaruhi hidupnya (Smeltzer & Bare, 2001;Yusra, 2011). Hasil penelitian Mandagi (2010) dalam Yusra (2011) menjelaskan bahwa status kualitas hidup berhubungan dengan usia yakni semakin bertambah usia seseorang maka semakin menurun nilai kualitas hidupnya.

b. Jenis kelamin

Berdasarkan penelitian Gautam *et al* (2009) menunjukkan bahwa kualitas hidup wanita lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki.

c. Tingkat pendidikan

Berdasarkan penelitian Stipanovic (2002 dalam Yusra, 2011) tingkat pendidikan merupakan faktor penting dalam memahami dan melakukan manajemen diri. Menurut Riyadi & Sukarmin (2006), tingkat pendidikan yang rendah dengan angka kejadian DM dapat menunjukkan kurangnya pengetahuan tentang

pengelolaan penyakit DM sehingga terjadi peningkatan kadar gula darah tidak terkontrol.

d. Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi berkaitan dengan penghasilan yang di dapatkan oleh responden. Sosial ekonomi yang rendah merupakan faktor resiko rendahnya kualitas hidup pasien DM tipe 2 (Rubin, 2000 dalam Yusra, 2011).

e. Lama menderita DM

Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM adalah lama menderita DM. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Fisher (2005) dalam Yusra (2011) menyatakan bahwa responden yang baru menderita DM tipe 2 selama 4 bulan akan menunjukkan efikasi diri yang baik dan dapat melakukan perawatan diri yang baik sehingga mampu mempertahankan kualitas hidupnya. Namun, jika disertai dengan komplikasi maka pasien akan memiliki efikasi diri yang rendah dan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Yusra, 2011).

f. Status pernikahan

Menurut Moons, dkk (2004) dalam Nofitri (2009), mengatakan bahwa individu yang menikah, individu yang tidak menikah, dan individu bercerai atau janda memiliki kualitas hidup yang berbeda. Hal ini berkaitan dengan adanya dukungan keluarga atau orang terdekat dalam memotivasi melakukan terapi farmakologis maupun non farmakologis pasien.

g. Komplikasi

Menurut Isa B.A & Baiyewu (2006) dalam Yusra (2011), mengatakan bahwa pasien DM tipe 2 memiliki kualitas hidup cukup baik berdasarkan kuesioner WHO mengenai kualitas hidup. Kualitas hidup yang rendah dihubungkan dengan berbagai komplikasi dari DM tipe 2 seperti ganggren, hipertensi, katarak, dan obesitas, sehingga komplikasi merupakan salah satu penyebab rendahnya kualitas hidup pasien DM tipe 2.

2.2.4 Cara Pengukuran Kualitas Hidup

Instrumen dalam pengukuran kualitas hidup adalah sebagai berikut:

a. instrumen *The World Health Organization Quality of Life-Breif (WHOQOL-Breif)*

WHOQOL-Breif dan *WHOOL-100* merupakan instrument untuk mengukur kualitas hidup. Struktur *WHOQOL-100* memiliki enam domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, tingkat aktivitas, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas/ agama/ kepercayaan. *WHOQOL-Breif* merupakan instrumen untuk mengukur kualitas hidup versi singkat dari *WHOQOL-100*.(WHO, 1997). *WHOQOL-Breif* adalah instrument yang diuji validitas dan reabilitasnya untuk mengembangkan penilaian kualitas hidup berdasarkan konsep yang dipakai di seluruh Negara yaitu *WHOQOL-100*. Terdapat empat domain yang akan di ukur oleh *WHOQOL-Breif* ini yakni kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan (Phillips, 2006).

b. Instrumen *Diabetes Quality of Life (DQOL)*

Instrumen ini disusun oleh Munoz dan Thiagrajan (1998) yang telah diterjemahkan oleh Tyas (2008) dan dilakukan uji validasi serta reliabilitas oleh Yusra (2011) dalam penelitiannya yang berjudul Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Indikator pengukuran *Diabetes Quality of Life (DQOL)* yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Yusra, 2011).

2.3 Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)

2.3.1 Definisi DSME/S

DSME adalah proses yang memfasilitasi pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan dalam perawatan diri pasien DM. DSMS merupakan dukungan atau support sistem dalam proses implementasi, koping, serta kepercayaan terhadap manajemen diri. DSME/S adalah program yang dirancang untuk mengatasi masalah keyakinan kesehatan, kebutuhan budaya, pengetahuan terbaru, keterbatasan fisik, masalah emosional, dukungan keluarga, status finansial, riwayat penyakit, kesadaran, dan faktor lain yang berhubungan dengan kemampuan pasien dalam mengatasi manajemen dirinya (Powers *et al.*, 2015).

2.3.2 Tujuan DSME/S

Menurut Powers *et al* (2015) DSME/S memiliki tujuan untuk mengurangi atau menurunkan biaya perawatan di klinis, menurunkan resiko komplikasi serta memberikan support dalam mendukung kualitas hidup pasien.

2.3.3 Prinsip

Menurut Powers *et al* (2015) terdapat prinsip dan elemen penting dalam menunjang keberhasilan DSME/S, yaitu:

a. Perlibatan pasien

DSME/S menyediakan perawatan bagi seseorang yang mencerminkan kehidupan, prioritas, budaya, pengalaman, dan kapasitas.

- 1) Meminta dan menanggapi pertanyaan
- 2) Fokus terhadap keputusan meliputi alasan dan hasil keputusan
- 3) Bertanya tentang kekuatan dan tantangan
- 4) Pengambilan keputusan secara bersama dan berpusat terhadap prinsip – prinsip perawatan pasien di setiap kunjungan
- 5) Keterlibatan pasien dalam diskusi mengenai manajemen diri, masalah, dan perjuangan
- 6) Pasien terlibat dalam perubahan terapi dalam pengobatan
- 7) Memberikan dukungan dan pendidikan untuk pasien dan keluarga

b. berbagi informasi

membuat keputusan untuk pasien terkait manajemen perawatan diri, yaitu:

- 1) diskusikan mengenai pentingnya DSME/S
 - 2) menjelaskan mengenai siklus kehidupan secara kontinue dari pradiabetes, baru didiagnosa diabetes, perawatan kesehatan atau tindak lanjut, komplikasi awal diabetes, dan transisi perawatan terkait perubahan status kesehatan dan perubahan perkembangan kehidupan
 - 3) hindari ditaktik
 - 4) menyediakan informasi yang belum dipahami dan menghindari untuk memberikan tentang diabetes
 - 5) meninjau pengobatan diabetes yang bisa berubah sewaktu – waktu
 - 6) memberikan informasi kepada pasien menggunakan unsur – unsur keterlibatannya
 - 7) memberikan informasi khusus mengenai perawatan dan pengobatan pasien
 - 8) menilai aspek perilaku dan psikososial sebagai pengambilan keputusan sesuai dengan DSME/S pasien atau keluarga
- c. dukungan psikososial dan perilaku
- aspek dukungan psikososial dan perilaku bagi pasien DM meliputi :
- 1) mengetahui dan mengatasi masalah emosional dan psikososial. Contohnya distress akibat DM dan depresi
 - 2) menjelaskan bahwa distress dan emosi terkait DM bisa mengakibatkan peningkatan glukosa darah dan tekanan darah
 - 3) mendiskusikan mengenai pengelolaan diri pasien DM

- 4) mendukung pengambilan keputusan manajemen diri pasien sesuai dengan kemampuan dan kepercayaan diri pasien
- 5) memberikan dukungan terhadap tindakan pasien dalam mengidentifikasi masalah mengenai manajemen diri dan mengembangkan strategi dalam memecahkan masalah sesuai dengan tujuan tindakan dilakukan
- 6) dibutuhkan bahwa sekitar 2 – 8 bulan untuk mengubah kebiasaan atau belajar atau menerapkan perilaku
- 7) melibatkan anggota keluarga dan dukungan lainnya dalam proses pendidikan yang berkelanjutan

d. integrasi dengan terapi lain

memastikan integrasi dan arahan untuk terapi lain

- 1) menjamin akses terapi nutrisi medis yang berkelanjutan
- 2) merekomendasikan arahan tambahan untuk terapi perilaku, manajemen obat – obatan, terapi fisik , dan lain – lain
- 3) membatasi faktor – faktor penerapan kegiatan manajemen diri pasien DM
- 4) Advokat untuk memudahkan dalam akses ke program pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan hidup dasar dan kebutuhan finansial
- 5) Mengidentifikasi sumber daya dan layanan yang mendukung pelaksanaan terapi dalam perawatan kesehatan di lingkungan masyarakat

e. perawatan yang terkoordinasi

tujuan pengobatan perawatan kolaboratif dan koordinasi meliputi:

- 1) memahami perawatan primer dan target pengobatan spesialis
- 2) memberikan gambaran DSME/S untuk penyedia merujuk ke pelayanan kesehatan
- 3) mengikuti protokol penyesuaian obat atau membuat rekomendasi yang diperlukan untuk penyedia perawatan primer bagi pasien
- 4) merujuk kepada rencana pendidikan, kemajuan ke arah tujuan pengobatan, dan kebutuhan untuk mengkoordinasikan pendidikan dan dukungan dari seluruh tim klinis, serta memastikan sesuai dengan dokumentasi kesehatan
- 5) memberikan penyediaan perawatan yang sesuai dengan budaya klien
- 6) menggunakan pendukung keputusan yang berbasis bukti
- 7) mengidentifikasi peluang untuk perbaikan dengan kinerja data

2.3.4 Standar DSME/S

Menurut *National Standards* (2012), standar DSME/S terdiri dari 10 standar yaitu:

a. struktur internal (*internal structure*)

DSME/S mendokumentasikan struktur organisasi, misi dan tujuan. Penyedia bekerja dalam organisasi yang lebih besar, organisasi akan mengetahui dan mendukung kualitas DSME/S. DSME/S merupakan komponen integral dari perawatan diabetes. Dokumentasi merupakan hal penting dalam proses perawatan kecil dan besar. Hal ini disampaikan oleh *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* dalam *National Standards*

(2012). Dokumentasi dari proses penyedia layanan kesehatan adalah faktor yang penting dalam komunikasi dan memberikan dasar yang kuat mengenai pendidikan kesehatan bagi pasien DM yang berkualitas.

b. input eksternal (*external input*)

Memastikan bahwa penyedia DSME akan mencari masukan dari pemangku kepentingan eksternal dan ahli untuk meningkatkan kualitas program yang ter *up-to-date*, dan efektif. Tujuannya untuk memproses perencanaan program untuk menumbuhkan ide – ide untuk meningkatkan kualitas DSME atau DSMS yang telah ada.

c. Akses (*access*)

Penyedia DSME/S akan menentukan siapa yang melayani, bagaimana cara terbaik untuk memberikan pendidikan mengenai DM dan sumber daya yang dapat memberikan dukungan yang berkelanjutan bagi masyarakat. Salah satu hambatan untuk DSME/S adalah akses. Cara DSME/S dalam membantu mengatasi masalah yang ada yaitu:

- 1) Mengklarifikasi populasi yang akan dilayani. Memahami masyarakat, area layanan, atau demografi daerah sangat penting dalam keberhasilan program
- 2) Menentukan kebutuhan dan dukungan dalam pendidikan manajemen diri. Individu, keluarga, masyarakat yang berbeda akan memerlukan berbagai jenis pendidikan tentang DM dan dukungan yang berbeda juga. Hal ini membuktikan bahwa perlunya pemahaman mengenai karakteristik, demografi

penduduk, serta tingkatan pendidikan formal sebagai alternatif dalam menentukan pendidikan dan dukungan yang berkelanjutan.

- 3) Mengidentifikasi masalah akses dan solusinya. Hal ini untuk menentukan faktor – faktor yang mencegah individu dengan DM menerima pendidikan dan dukungan manajemen diri. Hambatan yang mungkin terjadi mengenai faktor – faktor sosial ekonomi atau budaya yang menyebabkan kurangnya dorongan terhadap penyedia layanan kesehatan lain dalam menentukan pendidikan mengenai DM.

d. koordinasi program (*program coordination*)

Penunjukan seorang individu sebagai koordinator untuk mengawasi program DSME. Koordinator bertanggung jawab untuk perencanaan, implementasi, dan evaluasi serta memastikan koordinasi semua aspek pendidikan pengelolaan manajemen diri dan dukungan melalui proses sistematis yang terorganisir.

e. staf instruksional (*instructional staff*)

Mengidentifikasi satu atau dua instruktur yang akan memberikan DSME/S yang bisa berpartisipasi dalam penyampaian pendidikan manajemen diri, mengakui keahlian unik semua penyedia potensi pendidikan manajemen diri. Salah satu instruktur yang bertanggungjawab dalam merancang dan merencanakan DSME/S adalah perawat, ahli diet, apoteker dengan pelatihan dan pengalaman yang berhubungan dengan DSME/S ataupun tenaga profesional terlatih yang memiliki sertifikasi dalam perawatan dan pendidikan mengenai DM dengan pengawasan dan dukungan

f. Kurikulum (*curriculum*)

Sebuah pedoman tertulis, termasuk topik, metode, dan alat untuk memfasilitasi kebutuhan pasien diabetes. Topik yang ada dalam kurikulum yang diajarkan dalam program komprehensif ini meliputi:

- 1) Menggambarkan proses penyakit DM dan pilihan pengobatannya
- 2) Manajemen nutrisi dalam gaya hidup pasien DM
- 3) Aktivitas fisik bagi pasien DM
- 4) Penggunaan obat yang aman dan efektif dalam terapi
- 5) Pemantauan glukosa darah
- 6) Mencegah, mendeteksi, dan mengobati komplikasi akut dan komplikasi kronis
- 7) Mengembangkan strategi dalam mengatasi masalah psikososial, promosi kesehatan dan perubahan perilaku

g. Individualisasi (*individualization*)

Instruktur akan menilai pasien untuk menentukan pendidikan dan dukungan rencana individual terfokus padaperubahan perilaku. Dalam hal ini harus ada pengumpulan informasi mengenai riwayat kesehatan individu, usia, pengaruh budaya, keyakinan dan sikap terhadap kesehatan, pengetahuan mengenai DM, keterampilan manajemen diri dan perilaku, respon emosional terhadap DM, kesiapan untuk belajar, tingkat buta huruf, keterbatasan fisik, dukungan keluarga dan status finansial.

h. dukungan berkelanjutan (*ongoing support*)

Sebuah rencana tindak lanjut dalam dukungan yang berkelanjutan akan dikembangkan oleh pasien dan instruktur. Jenis dukungan yang dapat diberikan bisa melalui perilaku, pendidikan, psikososial, atau klinis. Komunikasi antara tim perawatan kesehatan mengenai tujuan, hasil, dan kebutuhan yang sedang berlangsung merupakan hal yang penting dalam manajemen diri pasien yang diintegrasikan dalam perawatan keseluruhan yang berkelanjutan.

i. perkembangan pasien (*patient progress*)

Pengukuran berkelanjutan pasien dalam efikasi diri, keberhasilan dan pencapaian tujuan yang dirancang untuk menilai dukungan yang diperlukan. Terdapat 7 faktor yang dapat menilai perkembangan pasien yaitu aktivitas fisik, nutrisi, obat, pemantauan glukosa darah, pemecahan masalah perawatan diri pasien DM, mengurangi resiko komplikasi akut dan kronis, dan aspek psikososial pasien DM.

j. peningkatan kualitas (*quality improvement*)

Pengukuran efektivitas pendidikan mengenai DM dan dukungan dalam mengidentifikasi adanya kesenjangan dalam layanan kualitas layanan dalam program DSME/S melalui proses dan hasil data. Pendidikan ini dapat memajukan pengetahuan, strategi pengobatan dan pendidikan, dan intervensi psikososial. Proses tersebut digunakan sebagai monitor dan evaluasi terhadap hasil kegiatan yang akan mengarah ke perbaikan.

2.3.5 Manfaat DSME/S

DSME/S dapat mengurangi biaya administrasi rumah sakit dimana biaya perawatan bagi penderita DM akan berhubungan dengan rendahnya resiko komplikasi. Program DSME/S ini dapat menurunkan biaya perawatan pasien DM dan mengurangi komplikasi yang ada. Selain penting, program ini dapat memberikan efek positif pada psikologis, dan aspek tingkah laku pasien DM sehingga dapat memperbaiki kualitas hidup pasien (Powers et al, 2015).

2.3.6 Komponen DSME/S

Menurut PERKENI (2015) edukasi dapat memberikan upaya pencegahan dan pengelolaan DM secara holistik. Menurut ADA (2015), topik – topik yang masuk dalam bagian kurikulum yang diajarkan secara komprehensif yang menunjukkan keberhasilan program yaitu sebagai berikut:

- a. konsep diabetes mellitus
- b. manajemen nutrisi dan pengaturan diet yang tepat
- c. latihan jasmani atau aktivitas fisik sesuai dengan kondisi pasien
- d. penggunaan obat - obatan yang tepat
- e. monitoring KGD
- f. pencegahan, pendeteksian, dan pengelolaan komplikasi akut dan kronis
- g. manajemen stress
- h. akses pelayanan kesehatan

2.3.7 Penatalaksanaan

DSME/S dirumah sakit dilakukan sebanyak 4 sesi dengan durasi waktu 60 menit untuk setiap sesinya yang dilakukan satu sesi setiap hari. Topik yang dibahas yaitu sebagai berikut (*Central Dupage Hospital, 2011*) :

- a. sesi 1 membahas mengenai pengetahuan dasar tentang DM (definisi, etiologi, klasifikasi, manifestasi klinis, patofisiologi, diagnosis, pencegahan, pengobatan, dan komplikasi) dan monitoring yang perlu dilakukan
- b. sesi 2 membahas pengaturan nutrisi/ diet dan aktivitas/ latihan fisik yang dapat dilakukan
- c. sesi 3 membahas perawatan kaki
- d. sesi 4 membahas manajemen stress dan dukungan psikososial, dan akses pasien terhadap fasilitas pelayanan kesehatan

Selain itu, DSME/S akan diberikan 2 sampai 3 sesi dirumah pasien setelah keluar rumah sakit. Hal ini bertujuan untuk mengetahui *ongoing support* dari keluarga yang menjadi fokus DSME/S. Untuk 2 sesi terakhir dilakukan selama 3 hari keluar dari rumah sakit selama 150 menit untuk sesi 5 dan untuk sesi 6 dilakukan 3 hari setelah sesi 5 dengan durasi 150 menit. Topik yang akan diberikan adalah (*Standford School of Medicine, 2016*) yaitu:

- e. sesi 5 membahas mengenai monitoring, evaluasi sesi 1-4 dan konseling
- f. sesi 6 membahas mengenai monitoring, evaluasi sesi 1-5 dan konseling

2.4 Keterkaitan *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* dengan Kualitas Hidup

DM merupakan penyakit kronis yang membutuhkan perawatan medis berkelanjutan dan pendidikan pengelolaan diri yang berlangsung serta adanya dukungan untuk mencegah terjadinya komplikasi akut dan menurunkan resiko komplikasi jangka panjang (ADA, 2016). Efek samping pengobatan medis dan komplikasi akan mempengaruhi kualitas hidup pasien DM tipe 2. Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisinya yang berhubungan dengan tujuan hidup dan harapan.

Menurut Rahmawati (2015), terdapat beberapa dampak negatif yang dapat menyebabkan turunnya kualitas hidup pasien DM tipe 2. Penelitian yang dilakukan oleh Azila (2016) dijelaskan bahwa penyakit DM tipe 2 dapat memberikan dampak terhadap kualitas hidup pasien baik secara fisik, psikologis, kesehatan sosial maupun kesejahteraan pasien. Indikator fisik dan psikologis memiliki kemungkinan dalam mempengaruhi kualitas hidup pasien. Menurut Morales (2015), terdapat 8 domain yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu fungsi fisik, keterbatasan akibat masalah fisik, perasaan nyeri, keadaan umum, energi, fungsi sosial, masalah emosi, dan kesehatan mental. Menurut Price & Wilson (2006) komplikasi yang dialami oleh pasien DM tipe 2 yaitu komplikasi yang berupa masalah fisik pada pasien dengan DM tipe 2. Selain itu, pasien DM tipe 2 juga memiliki dampak yang berhubungan dengan masalah psikologi, sosial, maupun ekonomi. Masalah psikologi erat kaitannya dengan stress yang dialami oleh pasien dan keluarganya. Masalah sosial akan

terganggu akibat keputusan pasien dalam pengobatan dalam mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Masalah ekonomi pada pasien dengan DM tipe 2 berhubungan dengan biaya perawatan yang cukup panjang sehingga dapat mempengaruhi produktifitas kerja.

Kunci dalam penatalaksanaan penyakit yang komprehensif pada pasien dengan penyakit kronis adalah pengelolaan mandiri (Adam dalam Atak, 2010). Pengelolaan DM secara mandiri dan efektif dilakukan oleh pasien yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik untuk melakukan perilaku pengelolaan DM. Tingkat pengetahuan yang rendah mengenai perawatan diri dapat memperburuk kondisi kesehatan yang berakibat pada ketidakmampuan pasien dalam melakukan perawatan diri (Nugroho, 2010). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rantung, dkk (2015) mengatakan bahwa kegiatan *self care* sangat penting dipahami oleh pasien untuk dipahami dan dilaksanakan secara efektif dan konsisten agar meminimalisasi terjadinya komplikasi. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Menurut PERKENI (2015) terdapat 4 pilar penatalaksanaan DM tipe 2 salah satunya yakni edukasi. Edukasi merupakan hal yang penting bagi pasien dalam merubah perilaku dan pengelolaan DM secara mandiri. Tujuan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam merawat diri sehingga pasien dapat menghindari komplikasi DM (Smeltzer & Bare, 2001). Peran perawat sebagai *educator* bagi pasien dalam membantu pasien untuk meningkatkan pengetahuannya melalui pemberian pengetahuan perawatan diri yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga (Pertiwiwati & Rizany, 2016).

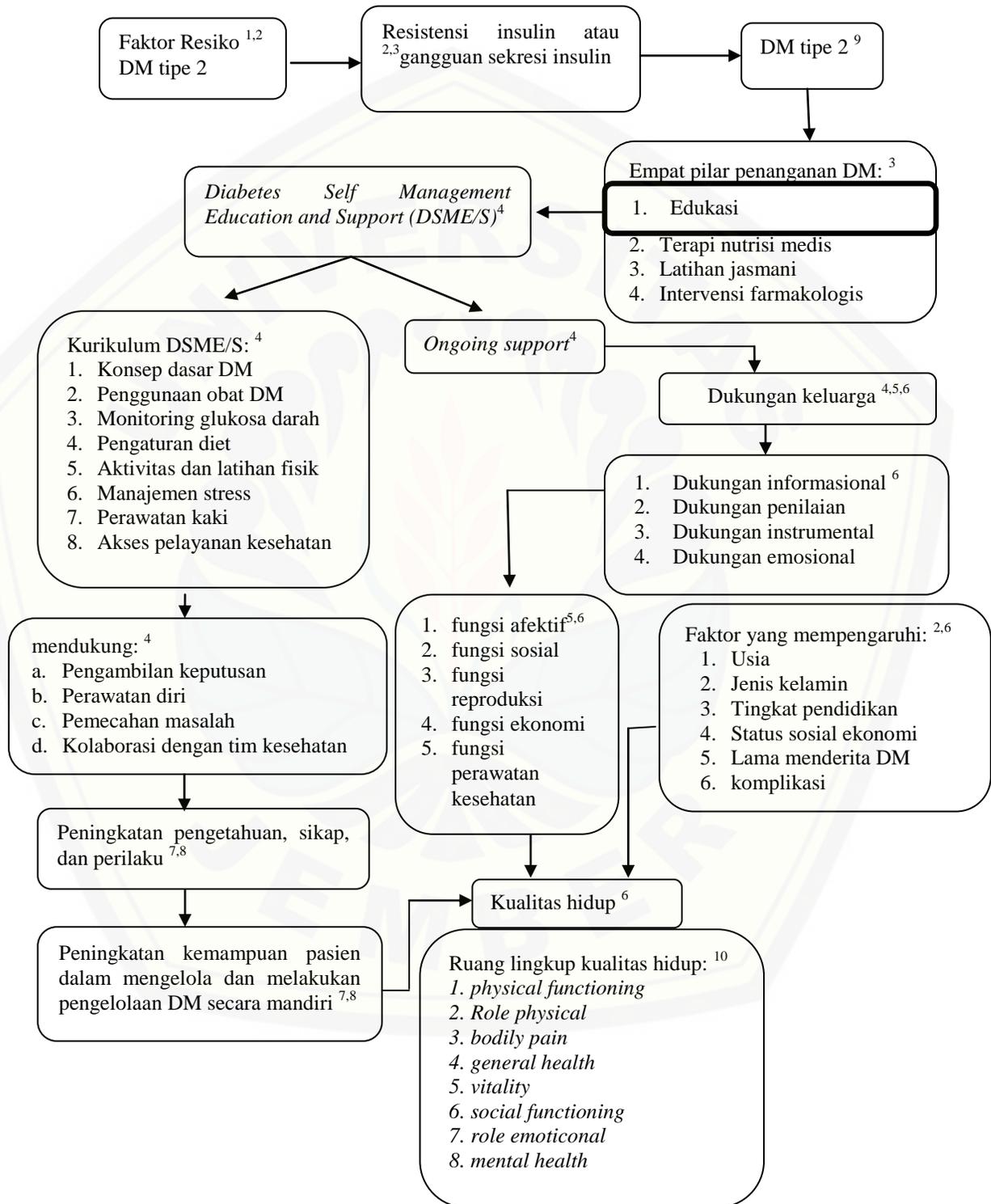
Salah satu edukasi yang dapat dilakukan perawat dalam meningkatkan pengelolaan diabetes secara mandiri melalui pendidikan kesehatan dan dukungan yaitu dengan memberikan DSME/S. *Diabetes Self Management Education* (DSME) merupakan program yang memiliki tujuan mendukung pasien dalam melakukan manajemen diabetes secara mandiri dan menurunkan komplikasi. *Diabetes Self Management Support* (DSMS) adalah program yang mengacu pada pemberian dukungan yang diperlukan dalam pengelolaan diri pasien DM secara berkelanjutan (Gerber, 2014; ADA, 2014). DSME/S diberikan dalam bentuk *discharge planning* kepada pasien dalam meningkatkan pengetahuan mengenai DM dan menambah keterampilan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. *Discharge planning* merupakan proses antisipasi dan perencanaan yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga setelah kembali ke rumah dalam melakukan perawatan kesehatan secara komprehensif dan dilakukan pada setiap perencanaan perawatan pasien (Kozier et al., 1995 dalam Lestari, 2010). *Discharge planning* yang baik memungkinkan pasien secara mandiri melakukan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit.

Pengelolaan diabetes secara mandiri ini dapat dilakukan oleh pasien dan keluarganya di rumah (Potter dan Perry, 2006). Kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dapat memberikan perubahan dalam hidupnya untuk menjadi lebih baik. Hal ini menunjukkan pemberian edukasi DSME/S diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (Rahayu, dkk, 2014). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rahayu, dkk (2014) menyatakan bahwa dukungan

keluarga dapat memperkuat perubahan kualitas hidup pasien. Salah satu dukungan positif yang diberikan keluarga kepada pasien DM tipe 2 yaitu adanya melibatkan keluarga dalam proses pendampingan, pemberi masukan, dan pengingat agar pasien patuh terhadap pengelolaan mandiri diabetes dalam meningkatkan kualitas hidupnya. Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap proses perawatan pada pasien dengan DM tipe 2.

Menurut Friedman (2010) Dukungan keluarga merupakan proses yang terjadi selama masa hidup dengan sifat dan tipe dukungan yang bervariasi (dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional) pada setiap keluarga. Dukungan tersebut akan mempengaruhi keluarga dalam melakukan 5 fungsi keluarga (fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan). Dukungan ini juga didapat dari efikasi diri pasien yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Yusra, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2013) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan diet pasien DM. Menurut Yusra (2011) adanya dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien yang menunjukkan pola positif yang memiliki arti semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi kualitas hidupnya. Sehingga dapat dirumuskan bahwa pemberian edukasi melalui program DSME/S dapat meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 kerangka teori (adaptasi dari ¹Price & Wilson, 2006; ²Smeltzer & Bare, 2001; ³PERKENI, 2011; ⁴ADA, 2014; ⁵Friedman, et al, 2010; ⁶Yusra, 2011; ⁷Haas, L. et al. 2012; ⁸Powers, et al. 2015; ⁹WHO, 2015; ¹⁰Morales, 2015)

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada gambar 3.1.



Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dalam penelitian yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Setiadi, 2007). Hipotesis yang digunakan dalam penelitian adalah hipotesis alternative (H_a), yaitu ada pengaruh *Diabetes Self management Education and Support* (DSME/S) terhadap kualitas hiduppasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember. Tingkat kesalahan (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05. H_a ditolak jika hasil yang diperoleh $p\ value > \alpha$ dan H_a gagal ditolak jika $p\ value \leq \alpha$.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

RSD dr. Soebandi Jember merupakan rumah sakit milik pemerintah kabupaten Jember dan Badan Layanan Umum Daerah yang terletak di jalan dr. Soebandi 124 Jember. RSD dr. Soebandi Jember merupakan rumah sakit terakreditasi kelas B Pendidikan berdasarkan SK Menkes No. 1097/MENKES/SK/IX/2002. RSD dr. Soebandi Jember memiliki luas lahan 43.722,00 m², luas bangunan 15.552,08 m², 355 kapasitas tempat tidur, dan 16 jenis pelayanan. Salah satu jenis pelayanan yang ada di RSD dr. Soebandi Jember adalah pelayanan rawat inap.

Lokasi penelitian ini bertempat di ruang Adenium dan ruang Anturium pada 2 Mei- 2 Juni 2017. Penelitian ini dilakukan di rumah sakit dan berlanjut kerumah masing-masing responden penelitian. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 30 pasien yang di rawat inap dan memenuhi kriteria inklusi, yaitu masih di wilayah Kabupaten Jember yang terjangkau oleh peneliti. Kriteria tersebut digunakan untuk melakukan home visite ke rumah masing - masing responden penelitian.

5.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, pendidikan, penghasilan, lama menderita DM, dan keluarga yang merawat. Karakteristik reponden dibagi menjadi 2 berdasarkan jenis data yaitu data kategorik

(jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan keluarga yang merawat) dan data numerik (usia dan lama menderita DM).

Tabel distribusi responden berdasarkan usia dan lama menderita DM pada pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember tertera pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Usia dan Lama Menderita DM pada Pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember (2 Mei- 27 Mei 2017; n:30)

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks
Usia (tahun)					
Kelompok perlakuan	58,73	60,00	60,00	5,982	47-65
Kelompok kontrol	56,00	56,00	56,00	7,061	37-65
Total	57,37	58	60,00	6,522	37-65
Lama DM (tahun)					
Kelompok perlakuan	2,93	3,00	3,00	1,710	1-7
Kelompok kontrol	4,67	4,00	3,00	2,582	1-10
Total	3,8	3,5	3,00	2,146	1-10

Sumber: Data Primer, 2 Mei-27 Mei 2017

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa usia responden rata-rata berusia 57,37 dengan standar deviasi 6,522. Usia paling muda yaitu 37 tahun dan usia paling tua yaitu 65 tahun. Usia rata-rata kelompok perlakuan adalah 58,73 tahun dan pada kelompok kontrol adalah 56,00 tahun. Rata-rata lama DM adalah 3,8 tahun dengan standar deviasi 2,146. Lama menderita DM paling pendek adalah 1 tahun dan paling lama 10 tahun. Pada kelompok perlakuan rata-rata lama DM adalah 2,93 tahun dan pada kelompok kontrol 4,67 tahun. Distribusi responden meliputi jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan, dan keluarga yang merawat dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi Responden jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan, dan keluarga yang merawat DM pada pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember (2 Mei-27 Mei 2017; n:30)

Variabel	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Jumlah	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Jenis Kelamin						
Laki-laki	8	53,3	5	33,3	13	43,3
Perempuan	7	46,7	10	66,7	17	56,7
Total	15	100	15	100	30	100
Pendidikan						
SD	10	66,7	6	40,0	16	53,4
SLTP	2	13,3	1	6,7	3	10
SLTA	2	13,3	8	53,3	10	33,3
PT	1	6,7	0	0	1	3,3
Total	15	100	15	100	30	100
Pekerjaan						
Tidak Bekerja	5	33,3	6	40,0	11	36,65
PNS	1	6,7	0	0	1	3,35
Wiraswasta	6	40,0	8	53,3	14	46,65
Petani	2	13,3	0	0	2	6,65
Pensiunan	1	6,7	1	6,7	2	6,7
Lain-lain	0	0	0	0	0	0
Total	15	100	15	100	30	100
Status Pernikahan						
Menikah	9	60,0	11	73,3	20	66,7
Tidak Menikah	0	0	0	0	0	0
Duda/Janda	6	40,0	4	26,7	10	33,3
Total	15	100	15	100	30	100
Penghasilan						
<Rp 1.763.392	12	80,0	11	73,3	23	76,7
>Rp 1.763.392	3	20,0	4	26,7	7	23,3
Total	15	100	15	100	30	100
Keluarga yang Merawat						
Suami/Istri	6	40,0	7	46,7	13	43,3
Anak	7	46,7	7	46,7	14	46,7
Ayah/Ibu	0	0	0	0	0	0
Lain-lain	2	13,3	1	6,7	3	10
Total	15	100	15	100	30	100

Sumber: Data Primer, 2 Mei-27 Mei 2017

Tabel 5.2 dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perempuan yaitu 17 orang (56,7%). Responden perempuan pada kelompok

perlakuan adalah 7 orang (46,7%) dan pada kelompok kontrol adalah 10 orang (66,7%). Tingkat pendidikan paling banyak adalah SD yaitu 16 orang (53,4%). Responden yang memiliki tingkat pendidikan SD pada kelompok perlakuan adalah 10 orang (66,7%) dan pada kelompok kontrol adalah 6 orang (40,0%). Responden lebih banyak yang bekerja (wiraswasta) yaitu 14 orang (46,65%). Pada kelompok perlakuan sebanyak 6 orang (40,0%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 8 orang (53,3%). Responden sebagian besar menikah sebanyak 20 orang (66,7%). Pada kelompok perlakuan sebanyak 9 orang (60,0%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 11 orang (73,3%). Penghasilan kurang dari UMR sebanyak 23 orang (76,7%). Pada kelompok perlakuan sebanyak 12 orang (80,0%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 11 orang (73,3%). Responden yang dirawat oleh anak sebanyak 14 orang (46,7%). Pada kelompok perlakuan sebanyak 7 orang (46,7%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 7 orang (46,7%).

5.1.2 Kualitas Hidup pada Pasien DM tipe 2

a. Kualitas Hidup pada Pasien DM tipe 2 pada Kelompok Perlakuan

Kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 *pre test* dan *post test* diberikan DSME/S pada kelompok perlakuan dapat dilihat pada tabel 5.3

Tabel 5.3 Data Kualitas Hidup pada Kelompok Perlakuan Sebelum dan Sesudah Diberikan DSME/S pada Pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember (2 Mei-27 Mei 2017, n=15)

Kode responden	Sebelum		Sesudah		Difference (Δ)
	nilai	kategori	nilai	kategori	
P01	75	Sedang	91	Tinggi	16
P02	83	Sedang	92	Tinggi	9
P03	91	Tinggi	96	Tinggi	5
P04	79	Sedang	87	Sedang	8
P05	58	Rendah	76	Sedang	18
P06	77	Sedang	87	Sedang	10
P07	59	Rendah	77	Sedang	18
P08	77	Sedang	93	Tinggi	16
P09	88	Sedang	97	Tinggi	9
P10	76	Sedang	84	Sedang	8
P11	74	Sedang	84	Sedang	10
P12	80	Sedang	91	Tinggi	11
P13	75	Sedang	85	Sedang	10
P14	57	Rendah	73	Sedang	16
P15	58	Rendah	75	Sedang	17
Total	1107		1288		181
Mean	73,8		85,86		12,06

Sumber : data primer peneliti (2 Mei - 27 Mei 2017)

Berdasarkan tabel 5.3 terjadi peningkatan rata-rata kualitas hidup pasien sebesar 12,06 dengan rata-rata sebelum diberikan DSME/S sebesar 73,8 menjadi 85,86 setelah diberikan DSME/S.

Rerata kualitas hidup pasien DM tipe 2 sebelum dan sesudah diberikan DSME/S pada kelompok perlakuan dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Kualitas Hidup Sebelum dan Sesudah Diberikan DSME/S pada Kelompok Perlakuan pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember (2 Mei - 27 Mei 2017, n=15)

No	Kategori	Sebelum	Presentase (%)	Sesudah	Presentase (%)
1.	Rendah	4	26,7%	0	0
2.	Sedang	10	66,7%	9	60,0%
3.	Tinggi	1	6,7%	6	40,0%
	Total	15	100%	15	100%

Sumber: data primer peneliti (2 Mei - 27 Mei 2017)

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa kualitas hidup sebelum diberikan DSME/S responden yang berada pada kategori rendah sebanyak 4 orang (26,7%) dan tidak ada responden yang berada pada kategori rendah setelah diberikan DSME/S. Sebelum diberikan DSME/S terdapat 1 orang (6,7%) yang memiliki kategori tinggi dan setelah diberikan DSME/S terdapat 6 orang (40,0%) yang berada dalam kategori tinggi.

b. Kualitas Hidup pada Pasien DM tipe 2 pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui terdapat peningkatan rata-rata nilai kualitas hidup pasien DM tipe 2 pada kelompok kontrol sebesar 2,4 yaitu dari 74,6 pada saat *pretest* menjadi 77 pada saat *posttest*. Kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut.

Tabel 5.5 Data Kualitas Hidup *Pretest* dan *Posttest* Kelompok Kontrol pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember (2 Mei-27 Mei 2017, n=15)

Kode responden	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>		<i>Difference</i> (Δ)
	nilai	kategori	nilai	Kategori	
K01	59	Rendah	65	Sedang	6
K02	75	Sedang	79	Sedang	4
K03	85	Sedang	88	Sedang	3
K04	59	Rendah	57	Rendah	-2
K05	89	Sedang	91	Tinggi	2
K06	54	Rendah	58	Rendah	4
K07	76	Sedang	80	Sedang	4
K08	76	Sedang	77	Sedang	1
K09	78	Sedang	81	Sedang	3
K10	83	Sedang	80	Sedang	-3
K11	71	Sedang	73	Sedang	2
K12	85	Sedang	87	Sedang	2
K13	76	Sedang	79	Sedang	3
K14	73	Sedang	78	Sedang	5
K15	80	Sedang	82	Sedang	2
Total	1119		1155		36
Mean	74.6		77		2.4

Sumber : data primer peneliti (2 Mei-27 Mei 2017)

Rerata kualitas hidup pasien DM tipe 2 *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6 Kualitas Hidup *Pretest* dan *Posttest* Kelompok Kontrol pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember (2 Mei - 27 Mei 2017, n=15)

No	Kategori	<i>Pretest</i>	Presentase (%)	<i>Posttest</i>	Presentase (%)
1.	Rendah	3	20,0%	2	13,3%
2.	Sedang	12	80,0%	12	80,0%
3.	Tinggi	0	0	1	6,7%
Total		15	100%	15	100%

Sumber: data primer peneliti (2 Mei - 27 Mei 2017)

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien DM tipe 2 pada kelompok kontrol *pretest* dalam kategori rendah sebanyak 3 orang (20,0%) dan turun menjadi 2 orang (13,3%) pada saat *posttest*. Pada *pretest* tidak ada yang berada pada kategori tinggi dan saat *posttest* naik menjadi 1 orang (6,7%).

5.1.3 Uji Normalitas

Hasil uji normalitas dengan uji *Shapiro-Wilk* menunjukkan bahwa data kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol memiliki nilai $p > \alpha$ yang menunjukkan bahwa data terdistribusi normal. Data yang terdistribusi normal tersebut menjadi syarat untuk dilakukan uji *t dependent* dan uji *t independent*.

Tabel 5.7 Hasil Uji Normalitas Kualitas Hidup saat *Pretest* dan *Posttest*

No	Kelompok	Variabel	Test	Mean	SD	P value	Analisa
1	Perlakuan	Kualitas Hidup	<i>Pretest</i>	73,80	10,943	0,059	Normal
			<i>Posttest</i>	85,87	7,736	0,342	Normal
2	Kontrol	Kualitas Hidup	<i>Pretest</i>	74,60	10,29	0,141	Normal
			<i>Posttest</i>	77	10,021	0,066	Normal
3	Perlakuan dan Kontrol	Kualitas Hidup	<i>Difference pretest posttest perlakuan</i>	12,07	4,284	0,057	Normal
			<i>Difference pretest posttest kontrol</i>	2,40	2,384	0,104	Normal

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa hasil uji normalitas menggunakan uji *Shapiro-Wilk* menunjukkan nilai $p > \alpha$ ($\alpha = 0,05$) yang disimpulkan bahwa data tersebut terdistribusi normal.

5.1.4 Uji Homogenitas

Uji homogenitas menggunakan uji *Levene's test*. Data kualitas hidup pasien DM tipe 2 pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dinyatakan homogen apabila memiliki nilai $p > \alpha$. ($\alpha = 0,05$).

Tabel 5.8 Hasil Uji Homogenitas Kualitas Hidup antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Kategori	F	p value	Analisa
Beda Kualitas Hidup	58,310	0,001	Tidak Homogen

Berdasarkan tabel 5.8 menunjukkan bahwa hasil uji homogenitas menggunakan uji *Levene's test* nilai $p < \alpha$. ($\alpha = 0,05$) sehingga dapat dinyatakan data tidak homogen.

5.1.5 Perbedaan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 *Pre test* dan *Post test* pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Uji *t dependent* digunakan untuk mengetahui perbedaan *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Perbedaan kualitas hidup pasien DM tipe 2 pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Hasil Analisis Uji *t dependent* Kualitas Hidup Pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember (2 Mei-27 Mei 2017; n:30)

No	Kategori	Test	Mean	Mean Difference	t	p value
1	perlakuan	<i>pretest</i>	73,8	- 12,06	-10,909	0,001
		<i>posttest</i>	85,86			
2	kontrol	<i>pretest</i>	74.6	- 2,4	-3,898	0,002
		<i>posttest</i>	77			

Sumber: Data Primer, 2 Mei-27 Mei 2017

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui bahwa hasil uji *t dependent* menunjukkan bahwa nilai $p < \alpha$ ($\alpha = 0,05$) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan kualitas hidup pasien DM tipe 2 antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Hasil nilai *t* menunjukkan pola negatif, hal tersebut menunjukkan terjadinya peningkatan rata-rata nilai kualitas hidup pasien DM tipe 2.

5.1.6 Perbedaan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Perbedaan kualitas hidup pasien DM tipe 2 antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Hasil uji *t independent* Kualitas Hidup Pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember (2 Mei-27 Mei 2017; n=30)

No	Kualitas Hidup	Mean Difference	t	p value
1	Kelompok perlakuan	12,07	7,636	0,001
2	Kelompok kontrol	2,4		

Sumber: Data Primer, 2 Mei-27 Mei 2017

Berdasarkan tabel 5.10 hasil uji t independent menunjukkan bahwa nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hal ini berarti terdapat perbedaan yang signifikan kualitas hidup pasien DM tipe 2 antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Peningkatan kualitas hidup pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. *Mean Difference* kualitas hidup pada kelompok perlakuan sebesar 12,07 dan pada kelompok kontrol sebesar 2,4. Kesimpulan yang dapat diambil adalah ada pengaruh DSME/S terhadap kualitas hidup pada pasien DM tipe 2.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.1 dapat diketahui bahwa rata-rata usia responden dalam penelitian ini yaitu 57,37 tahun. Usia responden berada dalam kelompok usia yang sama, yaitu 37-65 tahun. Menurut PERKENI (2015), seiring meningkatnya usia maka semakin tinggi pula beresiko mengalami intoleransi glukosa yang meningkat. Menurut Sujaya (2009), kelompok umur yang banyak mengalami diabetes melitus adalah kelompok umur 45-52 tahun (47,5%). Peningkatan usia diatas 40 tahun menyebabkan terjadinya peningkatan intoleransi glukosa. Proses penuaan ini menyebabkan berkurangnya kemampuan sel β pankreas dalam memproduksi insulin. Selain itu, individu yang lebih tua akan mengalami penurunan aktivitas

mitokondria di sel - sel otot sebesar 35% dan menyebabkan peningkatan kadar lemak di otot sebesar 30% dan dapat memicu terjadinya resistensi insulin.

Menurut Smeltzer & Bare (2005), sekitar 90-95% mengalami DM tipe 2 dari seluruh penyandang DM dan banyak dialami oleh usia 40 tahun ke atas. Penyebab hal tersebut adalah resistensi insulin yang cenderung meningkat pada lansia (40-65 tahun). Menurut RISKESDAS (2013), semakin bertambah usia seseorang maka semakin tinggi resiko untuk mengalami DM akibat kenaikan kadar glukosa darah. Semakin meningkat usia maka akan menyebabkan prevalensi DM tipe 2 semakin tinggi. Pada penelitian ini sebagian besar responden berada pada usiadiatas 45 tahun. Hal tersebut dikarenakan terjadinya perubahan anatomis, fisiologis, dan kimiawi yang dapat meningkatkan resistensi insulin meningkat sehingga terjadilah DM tipe 2.

Kelompok usia beresiko mengalami DM tipe 2 adalah setelah usia ≥ 45 tahun, dimana pada usia tersebut setiap orang hampir memiliki resiko penurunan proses metabolisme (PERKENI, 2015). Seiring bertambahnya usia maka terjadi perubahan baik fisik, psikologis, dan intelektual. Menurut Yusra (2011) terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Menurut Funnel (2008) menyatakan bahwa penambahan umur akan berdampak negatif terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2. Selain itu, bertambahnya usia juga akan berpengaruh terhadap kemampuan perawatan diri. Semakin bertambahnya usia maka semakin menurun kemampuan dalam melakukan perawatan diri. Seiring bertambah usia maka seseorang akan mengalami perubahan baik fisik, psikologis, dan

intelektual. Penurunan fungsi tubuh tersebut akan berdampak terhadap manajemen DM tipe 2 (Yusra, 2011). Menurut Potter & Perry (2005), usia mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan mandiri DM. Bertambahnya usia dapat menurunkan kemampuan perawatan mandiri pasien DM. Menurut Rantung, dkk (2015) pasien DM yang tidak dapat melakukan perawatan secara mandiri dapat mengakibatkan kualitas hidupnya menurun. Penelitian yang dilakukan oleh Al Hayek *et al* (2014) tentang HRQOL, menyatakan bahwa umur merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi penurunan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2. Pada penelitian ini mayoritas usia responden berada diatas 45 tahun. Pada usia tersebut dimungkinkan mengalamiperawatan manajemen diri menurun yang bisaberpengaruh terhadap kualitas hidup.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.2 menunjukkan responden perempuan lebih besar yaitu 17 orang (56,7%) dibandingkan laki-laki (43,3%). Menurut IDF (2013), penyakit DM lebih banyak dialami oleh perempuan sebanyak 215,2 juta dibandingkan dengan laki - laki sebanyak 199,5 juta. Penelitian yang dilakukan Yusra (2011) menunjukkan jumlah responden perempuan lebih besar yaitu 73 orang (60,8%). Penelitian senada yang dilakukan oleh Larasati (2012) menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami DM berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 54 orang (60,7%).

Menurut Trisnawati & Setyorogo (2013), prevalensi kejadian DM tipe 2 pada wanita lebih tinggi daripada laki-laki. Wanita memiliki peluang besar beresiko DM karena secara fisik wanita mudah mengalami peningkatan indeks masa tubuh. Sindrom siklus bulanan (*premenstrual syndrome*), *pasca menopause*, yang membuat lemak mudah terakumulasi akibat proses hormonal sehingga beresiko mengalami DM tipe 2 (Irawan, 2010). Menurut Sujaya (2009), individu yang mengalami obesitas memiliki resiko DM 2,7 kali lebih besar dibandingkan individu yang tidak mengalami obesitas. Menurut Teixeira-Lemos *et al* (2011), Indeks masa tubuh ini disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik dan konsumsi karbohidrat, protein, serta lemak yang menjadi faktor resiko obesitas yang dapat meningkatkan asam lemak atau *Free Fatty Acid (FFA)* di dalam sel. FFA yang meningkat dapat menurunkan translokasi transporter glukosa ke membran plasma yang menyebabkan resistensi insulin pada jaringan adipose dan otot. Menurut Kemenkes (2010), kadar kolesterol yang tinggi dapat menyebabkan peningkatan asam lemak bebas sehingga terjadi lipotoksicity. Hal tersebut dapat merusak sel beta pankreas yang akhirnya menyebabkan DM tipe 2. Orang dengan kadar kolesterol tinggi beresiko 1,45 kali mengalami DM tipe 2 dibandingkan yang memiliki kadar kolesterol normal (Andi dkk, 2008). Pada penelitian ini, responden perempuan lebih banyak daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan perempuan memiliki peningkatan indeks masa tubuh, penurunan hormon estrogen dan rendahnya aktifitas fisik sehingga beresiko tinggi terkena DM tipe 2.

Menurut Javanbakht, *et al* (2012) dan Spasic, *et al* (2014) menyebutkan bahwa perempuan mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah. Hal ini disebabkan karena perempuan mengalami penurunan hormon estrogen pada saat menopause. Hormon estrogen dan progesteron ini dapat mempengaruhi sel-sel untuk merespon insulin. Perubahan hormonal tersebut dapat menyebabkan perempuan lebih beresiko menderita DM tipe 2.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Al Hayek *et al* (2014), menyatakan bahwa jenis kelamin perempuan memiliki ego yang tinggi dan mudah mengalami stress yang dapat mengganggu kondisi mentalnya, sehingga manajemen perawatan mengenai diabetes kurang dapat menyebabkan kualitas hidupnya rendah. Menurut Gautam *et al* (2009), terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Menurut Yusra (2011) dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Perempuan dan laki-laki memiliki peluang yang sama terkena DM tipe 2 dan memiliki kemampuan yang sama dalam merespon dan menyelesaikan permasalahan terkait penyakitnya. Responden laki-laki dan perempuan dapat mengelola penyakit dan memiliki tindakan yang tepat dalam mengatasi masalah DM tipe 2, sehingga kualitas hidupnya tetap terpelihara dengan baik (Yusra, 2011). Pada penelitian ini jumlah responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Responden perempuan rentan mengalami stress DM, sehingga dimungkinkan dapat menurunkan kualitas hidupnya.

c. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.2 responden paling banyak memiliki tingkat pendidikan SD yaitu 16 orang (53,4%). Penelitian yang dilakukan oleh Yusra (2011) menunjukkan sebanyak 48,4% memiliki pendidikan rendah (SD dan SMP). Penelitian sejalan yang dilakukan oleh Al Hayek *et al* (2014) menunjukkan bahwa paling banyak responden memiliki tingkat pendidikan SD yaitu 128 orang (45,2%). Tingkat pendidikan juga menentukan kemampuan seseorang dalam memahami ilmu pengetahuan yang diperoleh, yakni semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah seseorang menerima informasi yang diperoleh (Notoadmojo, 2007). Tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap kejadian DM tipe 2. Orang yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi biasanya memiliki banyak pengetahuan dan informasi yang diperoleh mengenai kesehatan. Hal tersebut dapat menjadi kesadaran bagi individu dalam menjaga kesehatan (Irawan, 2010). Menurut Riyadi & Sukarmin (2006), tingkat pendidikan yang rendah (SD) dengan angka kejadian DM dapat menunjukkan kurangnya pengetahuan tentang pengelolaan penyakit DM sehingga terjadi peningkatan kadar gula darah tidak terkontrol. Pada penelitian ini mayoritas tingkat pendidikan pasien SD dimungkinkan memiliki tingkat pengetahuan yang kurang mengenai kesehatan sehingga dapat menyebabkan terjadinya DM tipe 2.

Penelitian yang dilakukan oleh Mier *et al* (2008) dalam Yusra (2011) menunjukkan bahwa pendidikan berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Penelitian senada dilakukan oleh Retnowati dkk (2015)

menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup. Pendidikan merupakan faktor penting dalam memahami penyakit, perawatan diri, pengelolaan DM tipe 2 dan pengontrolan gula darah. Pendidikan ini berkaitan dengan pengetahuan. Menurut Andrianus (2014) tingkat pengetahuan sangat penting dalam manajemen pasien DM terutama pencegahan komplikasi. Pengetahuan seseorang dalam mencegah komplikasi baik jangka pendek maupun jangka panjang dapat meningkatkan kualitas hidupnya dengan pengaruh tingkat pendidikan. Hal tersebut dapat membuat individu paham informasi yang diperoleh dan mengambil tindakan yang tepat untuk dirinya. Pada penelitian ini responden memiliki tingkat pendidikan SD yang telah mengetahui dan menguasai kemampuan dasar yang diajarkan seperti membaca, menulis, berhitung, dan berkomunikasi yang baik sehingga dapat mencari solusi perawatan dan pengobatan penyakit yang dialaminya yang kemungkinan berdampak terhadap kualitas hidupnya.

d. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.2 didapatkan bahwa responden lebih banyak yang bekerja (wiraswasta) yaitu 14 orang (46,65%). Pada kelompok perlakuan sebanyak 6 orang (40,0%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 8 orang (53,3%). Pekerjaan dapat berperan dalam timbulnya penyakit melalui tidak adanya aktivitas fisik saat bekerja sehingga dapat mempengaruhi tingkat aktivitas fisiknya (Notoadmojo, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati & Setyorogo (2013) menyatakan bahwa ada hubungan signifikan antara aktivitas fisik dengan DM

tipe 2. Menurut Kemenkes (2010), aktivitas fisik dapat mengontrol gula darah. Glukosa akan diubah menjadi energi saat melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik mengakibatkan insulin semakin meningkat sehingga kadar gula dalam darah akan menurun. Pada orang yang jarang berolahraga, zat makanan yang masuk ke dalam tubuh tidak dibakar, namun ditimbun dalam tubuh sebagai lemak dan gula. Jika insulin tidak mencukupi untuk mengubah glukosa menjadi energi maka akan menyebabkan terjadinya DM tipe 2.

Menurut Ekawati & Mahfud (2013), aktivitas fisik pada penderita DM memiliki peranan penting dalam mengendalikan kadar glukosa di dalam darah. Aktivitas fisik akan meningkatkan pemakaian glukosa oleh otot yang aktif sehingga dapat menurunkan glukosa darah (Rachmawati, 2010). Saat melakukan aktivitas fisik akan terjadi kontraksi pada otot skeletal yang menstimulasi pengangkutan glukosa ke dalam sel - sel tubuh dan metabolisme bekerja melalui insulin independen. Menurut Ruben, dkk (2016) aktivitas fisik ini juga memiliki efek untuk meningkatkan kemampuan insulin untuk mengaktifkan transformasi glukosa ke dalam otot. Efek lainnya yaitu menurunkan berat badan karena saat aktivitas fisik terjadi pembakaran lemak dan karbohidrat, meningkatkan fungsi kardiovaskuler, dan respirasi, menurunkan LDL dan meningkatkan HDL sehingga mencegah terjadinya penyakit jantung koroner, merangsang hormon epinefrin dan nonepinefrin untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi pemakaian obat oral atau insulin, dan mencegah terjadinya DM pada pasien yang memiliki riwayat keluarga DM. Pada penelitian ini

sebagian besar responden bekerja wiraswasta. Wiraswasta memiliki kecenderungan aktifitas fisik yang ringan sehingga dapat beresiko terhadap terjadinya DM.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Issa & Baiyewu (2006) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan kualitas hidup. Hal tersebut terjadi karena orang yang memiliki pekerjaan akan cenderung melakukan aktivitas fisik yang sering dibandingkan yang tidak bekerja yang dapat mengontrol kadar gula darah dan memiliki sedikit kemungkinan terkena komplikasi. Responden yang cenderung melakukan aktivitas fisik sehari - hari dapat menunjang perawatan mandiri DM. Aktivitas fisik bagi pasien DM dapat memperlancar peredaran darah, kontrol gula darah, memperkuat otot - otot, dan menurunkan tekanan darah.

Menurut Rondhianto (2012), aktivitas fisik secara teratur yang dilakukan sehari-hari dapat menurunkan resiko terjadinya DM tipe 2. Tingkatan aktifitas fisik yang dapat dilakukan sehari-hari ada tiga tingkat yaitu ringan, sedang, dan berat. Pada tingkat ringan contohnya aktivitas sambil duduk/ berdiri, menyetrika, memasak, menyetir, pekerjaan laboratorium, mengetik, merajut, memainkan alat musik, berjalan, keterampilan listrik, pekerjaan kayu, bekerja di restoran, membersihkan rumah, bermain golf, berlayar, berjalan (*therapy exercise walking*). Pada tingkat sedang contohnya berjalan dengan kecepatan 0,5 – 4 m/jam, menyangi rumput, mencangkul, membawa beban, bersepeda, bermain ski, tenis, menari, dan senam. Pada tingkat berat contohnya berjalan menanjak dengan beban, menebang pohon, mendaki gunung, bermain basket, bermain sepak bola. Berbagai aktivitas fisik yang

dapat dilakukan tersebut dapat membantu memperlancar aliran darah dan mengendalikan kadar glukosa dalam darah. Pada penelitian ini sebagian besar responden memiliki pekerjaan dengan aktifitas fisik yang ringan dapat meningkatkan sensitifitas insulin dan menurunkan kadar gula darah yang dapat mencegah terjadinya komplikasi DM yang bisa mempengaruhi kualitas hidup pasien.

e. Penghasilan

Berdasarkan tabel 5.2 penghasilan dalam penelitian ini mayoritas responden yang berpenghasilan kurang dari UMR sebanyak 23 orang (76,7%). Pada kelompok perlakuan sebanyak 12 orang (80,0%) dan pada kelompok kontrol sebanyak 11 orang (73,3%). Penelitian yang dilakukan Yusra (2011) responden yang berpenghasilan rendah sebanyak 62 orang (51,7%).

Penelitian yang dilakukan Mongsidi (2014) dalam Wiastuti (2016), menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pendapatan dengan kejadian DM tipe 2. Seseorang yang memiliki penghasilan diatas UMR akan beresiko 1,4 kali lebih besar mengalami DM tipe 2 dibandingkan dengan yang memiliki penghasilan dibawah UMR. Penelitian yang dilakukan Grant *et al* (2009 dalam Wiastuti, 2016) didapatkan bahwa pendapatan rumah tangga dibawah \$20.000 per tahun (belum di potong pajak) memiliki resiko terkena DM tipe 2. Kelompok dengan pendapatan tinggi akan lebih rentan untuk terkena DM tipe 2. Hal tersebut terjadi karena pola makan yang salah yang berdampak terhadap kesehatan. Perubahan sosial ekonomi

dan selera makan akan menyebabkan masyarakat akan menjauhi konsep makanan seimbang yang berdampak negatif terhadap kesehatan dan gizi (Suiraoaka, 2012 dalam Wiastuti, 2016).

Menurut Nuryati (2009), menyatakan bahwa status ekonomi yang tinggi ditandai dengan peningkatan pendapatan yang menjadi peluang terjadinya peningkatan konsumsi pangan secara berlebihan dan tidak terkontrol, baik jumlah maupun jenisnya. Menurut Javanbakht *et al* (2012) menyatakan bahwa status ekonomi yang tinggi memiliki kecenderungan gaya hidup yang tidak sehat sehingga menyebabkan masalah kesehatan. Masalah kesehatan yang terjadi dapat mempengaruhi perawatan mandiri pasien DM tipe 2. Pada penelitian ini responden yang memiliki penghasilan rendah memiliki konsumsi pangan yang tidak seimbang. Hal tersebut bisa menyebabkan masalah kesehatan sehingga terjadi DM tipe 2.

Menurut Nuryati (2009), menyatakan bahwa status ekonomi rendah memiliki kemungkinan terhadap stress sebagai respon kesulitan terhadap rendahnya status sosial yang dialaminya. Status ekonomi yang rendah mempengaruhi kualitas hidup pasien. Hal ini disebabkan karena adanya hambatan untuk memperoleh makanan yang sehat dan bergizi serta pelayanan dalam mengatasi masalah kesehatan yang terganggu (Supraba, 2015). Penghasilan yang rendah pada keluarga akan mempengaruhi keluarga dalam melakukan pemeriksaan kesehatan terhadap anggota keluarganya. Hal ini dapat membuat kurangnya perawatan kesehatan pada pasien dalam menangani penyakitnya (Sovia dkk, 2013). Menurut Issa & Baiyewu

(2006) hasil penelitian menunjukkan bahwa status sosial ekonomi memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Menurut Al Hayek *et al* (2014) menyatakan bahwa penderita DM tipe 2 yang memiliki status ekonomi rendah mempunyai kualitas hidup yang rendah. Pada penelitian ini penghasilan yang tergolong rendah yang didapat oleh pasien dapat mempengaruhi kondisi DM yang dialami sehingga terjadi penurunan manajemen perawatan diri yang disebabkan keterbatasan finansial yang bisa mempengaruhi kualitas hidupnya.

f. Status Pernikahan

Berdasarkan tabel 5.2 status pernikahan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa responden sebagian besar menikah sebanyak 20 orang (66,7%) dan yang berstatus janda atau duda sebanyak 10 orang (33,3%). Pada penelitian yang dilakukan Al Hayek *et al* (2014) didapatkan bahwa sebagian besar responden telah menikah sebanyak 233 orang (82,3%) dan belum menikah sebanyak 50 orang (17,7%). Penelitian yang dilakukan oleh Irawan (2010) orang yang menikah memiliki resiko DM 1,72 kali dibandingkan dengan orang yang belum menikah. Hal tersebut dapat berpengaruh terhadap kebiasaan, pola makan dan aktivitas yang dijalankan setelah menikah (Irawan, 2010). Pada penelitian ini sebagian besar responden menikah. Orang menikah akan memiliki kebiasaan maupun pola makan yang berbeda setelah menjalani pernikahan. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap perubahan gaya hidup yang memungkinkan terjadinya DM tipe 2.

Menurut Ningtyas (2013) menunjukkan adanya hubungan antara status pernikahan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Pada pasien yang janda atau duda memiliki kualitas hidup yang lebih rendah atau merasa tidak puas. Hal ini terjadi karena hilangnya pendamping dalam mendukung terapi dan perawatan yang ada dalam penanggulangan penyakit. Status pernikahan pasien yang bercerai atau tidak mempunyai pasangan hidup cenderung memiliki kesehatan fisik, sosial rendah dan rentan terhadap depresi yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Paraskevi, 2011 dalam Mailani, 2015). Menurut Martono (2006) dalam Dewi dkk (2015) menjelaskan bahwa keluarga memiliki tuntutan lebih kuat karena adanya hubungan kekerabatannya dibanding tenaga medis. Hal tersebut dapat membuat dukungan sosial dan partisipasi aktif dari keluarga sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Pada penelitian ini pernikahan dapat memberikan dorongan atau motivasi kepada pasangannya. Adanya pasangan hidup memiliki kecenderungan terhadap perasaan puas menjalani kehidupan setelah menikah. Hal tersebut dapat mendorong pasien menjalankan terapi maupun perawatan yang bisa mempengaruhi kualitas hidupnya.

g. Lama Menderita DM

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata lama menderita DM yang dialami responden adalah 3,8 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Yuanita (2013) rata-rata pasien mengalami DM yaitu 6 tahun. Menurut Isa & Baiyewu (2006), mengatakan bahwa secara umum pasien mengalami DM antara 6

sampai 8 tahun. Menurut WHO (2003), lama mengalami DM memiliki hubungan yang negatif dengan kepatuhan. Semakin lama seseorang mengalami penyakit maka semakin kecil kemungkinan patuh terhadap pengobatan. Penelitian menurut Putri & Isfandiari (2013) kepatuhan merupakan salah satu upaya untuk mengontrol pengendalian glukosa darah ataupun komplikasi yang akan ditimbulkan. Pengobatan akan berjalan dengan baik bila pasien patuh terhadap diet, kebiasaan hidup dan ketepatan berobat serta pola hidup. Hal tersebut dapat dijelaskan bahwa kepatuhan mempunyai dampak yang dapat menstabilkan glukosa darah dan meningkatkan kualitas hidup.

Penelitian yang dilakukan oleh Al Hayek *et al* (2014) menjelaskan bahwa semakin lama menderita DM maka akan memiliki resiko tinggi terhadap fungsi fisik, keterbatasan fisik, masalah emosi, keadaan umum, dan perubahan kesehatan. Resiko tinggi tersebut akan menyebabkan rendahnya kualitas hidup pada pasien DM tipe 2. Hasil penelitian yang dilakukan Yusra (2011) menyatakan bahwa lama pasien mengalami DM dengan kualitas hidup menunjukkan hubungan yang tidak bermakna. Hal ini dapat diartikan bahwa lama pasien mengalami DM tidak tergambar dengan jelas akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Pada penelitian ini, rata-rata lama mengalami DM adalah 3,8 tahun. Lama mengalami DM pada seseorang dimungkinkan memiliki tingkat pemahaman yang cukup tentang perawatan diri dan mencegah terjadinya kekambuhan. Hal tersebut kemungkinan berdampak terhadap kualitas hidupnya.

h. Keluarga yang merawat

Keluarga yang selama ini merawat mayoritas adalah anaknya sebanyak 14 orang (46,7%) dan sebanyak 13 orang (4,35%) dirawat oleh pasangannya (suami atau istri). Menurut Yusra (2011) terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup. Dukungan keluarga akan meningkatkan kemampuan adaptif dan kognitif termasuk meningkatkan kemampuan diri dalam pengelolaan DM tipe 2 (Rahmawati, 2015). Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga adalah segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang sakit atau mengalami masalah kesehatan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rahayu (2014) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat perubahan kualitas hidup pasien. Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap proses perawatan pada pasien dengan DM tipe 2. Keterlibatan keluarga dalam pendampingan, pemberi masukan dan pengingat bagi pasien agar patuh terhadap pengelolaan diabetes merupakan salah satu dukungan positif yang diberikan oleh keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Menurut Yusra (2011) dukungan yang diperoleh pasien DM tipe 2 dari keluarga berupa dukungan informasional, dukungan penilaian/ penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Bentuk dukungan tersebut akan mempengaruhi 5 fungsi keluarga yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan. Keluarga menjalankan fungsi perawatan kesehatan dengan melihat 5 tugas kesehatan yaitu mengenal

masalah kesehatan, mengambil keputusan dalam melaksanakan tindakan yang tepat, merawat keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Pada penelitian ini dukungan keluarga dapat memberikan rasa nyaman dan tenang kepada pasien dalam melakukan terapi dan pengobatan yang bisa mempengaruhi kualitas hidup pasien DM tipe 2.

5.2.2 Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 Sebelum dan Sesudah Diberikan DSME/S pada Kelompok Perlakuan

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa sebelum diberikan DSME/S mayoritas responden memiliki kualitas hidup sedang sebanyak 10 orang (66,7%) dan responden memiliki kualitas hidup pada kategori tinggi sebanyak 6 orang (40,0%) setelah diberikan DSME/S dan tidak ada responden yang memiliki kualitas hidup rendah. Pada tabel 5.4 menunjukkan nilai rata - rata kualitas hidup pasien mengalami peningkatan sebesar 12,06. Hal tersebut didukung dengan hasil uji t dependen yang ada pada tabel 5.9 yaitu nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) pada kelompok perlakuan. Hal tersebut menunjukkan terjadinya perubahan yang signifikan kualitas hidup pasien DM tipe 2 antara sebelum dan sesudah diberikan DSME/S. Menurut Penelitian yang dilakukan oleh Yuanita (2013) menunjukkan adanya pengaruh DSME terhadap penurunan resiko terjadinya ulkus diabetik. Menurut Rahayu (2014) juga memperlihatkan adanya peningkatan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 setelah

diberikan DSME. Peningkatan ini disebabkan adanya pemberian DSME/S yang terstruktur dan bertahap. *DSME/S* merupakan program yang dirancang untuk memberikan kesehatan bagi pasien, pengetahuan, dukungan keluarga, status keuangan, riwayat penyakit, dan faktor lainnya yang mempengaruhi aktivitas pasien dalam melakukan perawatan diri (Powers, 2015; ADA, 2013).

Penerapan edukasi dengan DSME dapat meningkatkan perilaku kemampuan manajemen diri pada pasien DM tipe 2 yang akan memberikan dampak terhadap kualitas hidupnya (Rahayu, 2014). DSME/S diberikan dalam bentuk *discharge planning* kepada pasien dalam meningkatkan pengetahuan mengenai DM dan menambah keterampilan pasien dalam melakukan perawatan secara mandiri. *Discharge planning* adalah proses antisipasi dan perencanaan yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga setelah kembali ke rumah dalam melakukan perawatan kesehatan secara komprehensif dan dilakukan pada setiap perencanaan perawatan pasien (Kozier et al., 1995 dalam Lestari, 2010). *Discharge planning* yang baik memungkinkan pasien secara mandiri melakukan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit.

Kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 akan dipengaruhi oleh perawatan mandiri pasien (Rantung dkk, 2015). Menurut Kusmiawati (2011), *self care* merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengontrol diabetes meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi. Menurut ADA (2014), pencegahan komplikasi pada pasien dengan DM tipe 2 memerlukan perawatan mandiri yang berkelanjutan dan

pendidikan pengelolaan penyakit. Komplikasi yang terjadi akibat ketidakmampuan pasien dalam melakukan perawatan diri berdampak pada penurunan kualitas hidup.

Kunci penting dalam penilaian kualitas hidup adalah kepuasan melakukan perawatan diri. DSME/S dapat meningkatkan pengetahuan kepada responden mengenai pengelolaan mandiri DM. Menurut Mardianti (2013) perawatan kaki dan pengukuran gula darah memerlukan perhatian khusus yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM tipe 2. Menurut Suantika dkk (2015), menunjukkan bahwa responden mengalami perubahan fisik, mental, dan sosial setelah di diagnosis DM tipe 2 yang menyebabkan kadar glukosa darah yang tinggi. Hal ini juga diakibatkan karena pasien kurang mampu dalam mengontrol gula darah dan mematuhi diet yang dilakukan. Pengetahuan mengenai DM menjadi syarat atau upaya dalam membantu pasien mengelola penyakit DM selama hidupnya sehingga semakin baik pengetahuan yang dimiliki maka akan mengerti bagaimana harus berperilaku dalam penanganan penyakit (Waspadji, 2007). Individu yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dapat melakukan pengelolaan mandiri secara komprehensif (Adam, 2004 dalam Atak, 2010).

Menurut Nuryani dkk (2011), menjelaskan bahwa pengetahuan adalah hal penting bagi seseorang dalam melakukan tindakan. Pada pasien diabetes melitus dalam meningkatkan pengetahuan diperoleh dari informasi yang didapat. Informasi tersebut didapatkan pasien bisa melalui media atau edukasi yang bermanfaat untuk menambah pengetahuan pasien mengenai diabetes melitus. Hal tersebut dapat

menjadi perubahan sikap dan gaya hidup mereka dalam melakukan perawatan diri, sehingga akan meningkatkan kualitas hidup.

Peningkatan kualitas hidup juga dipengaruhi oleh faktor dari dukungan keluarga, karena DSME/S yang diberikan melibatkan keluarga didalamnya. Bentuk dukungan berkelanjutan DSME/S membutuhkan masyarakat dalam mendukung perilaku pengelolaan mandiri diabetes karena manajemen diri dapat dilakukan dalam kehidupan sehari-hari klien (ADA, 2014). Masyarakat yang dimaksud adalah keluarga atau orang terdekat klien sebagai *support system*. Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga adalah segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang sakit atau mengalami masalah kesehatan. Menurut Rahayu (2014) menunjukkan bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat perubahan kualitas hidup pasien. Keterlibatan keluarga dalam pendampingan, pemberi masukan, dan pengingat bagi pasien agar patuh terhadap pengelolaan diabetes merupakan salah satu dukungan positif yang diberikan oleh keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap proses perawatan pada pasien dengan DM tipe 2. Dukungan keluarga tersebut dapat dilihat dari empat dimensi yaitu emosional penghargaan atau penilaian, instrumental dan informasi. Dukungan tersebut erat kaitannya dengan kepatuhan pasien dalam melakukan pengobatan yang akan mempengaruhi kualitas hidupnya.

Pada penelitian ini, pengukuran kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 dilakukan dengan menilai perasaan puas dan persepsi pasien mengenai penyakitnya. Sebelum diberikan DSME/S responden memiliki pengetahuan yang kurang mengenai diabetes yang dimungkinkan berdampak terhadap kurang puasnya terhadap perawatan, pengobatan dan diet yang dilakukan. Setelah diberikan DSME/S responden lebih memahami pengelolaan mandiri DM tipe 2 yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Hal tersebut dipengaruhi adanya dukungan keluarga. Dukungan keluarga dalam DSME/S ini keluarga dilibatkan dalam setiap sesi DSME/S. Keluarga yang dilibatkan yang tinggal satu rumah dengan responden. Hal tersebut untuk mendukung pengelolaan mandiri pada pasien DM tipe 2. Pada penelitian ini, responden DM tipe 2 merasa bahwa keluarganya mampu mewujudkan dukungan keluarga yang baik sehingga pasien merasa nyaman dan tenang untuk melakukan pengelolaan penyakit dengan tepat yang berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidupnya.

5.2.3 Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 *Pre test* dan *Post test* pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui terdapat peningkatan rata-rata nilai kualitas hidup pasien DM tipe 2 pada kelompok kontrol sebesar 2,4 yaitu dari 74,6 pada saat *pretest* menjadi 77 pada saat *posttest*. Berdasarkan uji t dependen didapatkan nilai $p = 0,002$ ($p < 0, 05$) pada kelompok kontrol. Penelitian pada kelompok kontrol terjadi

peningkatan kualitas hidup yang signifikan namun tidak sebesar pada kelompok perlakuan. Responden pada kelompok kontrol tidak diberikan edukasi DSME/S, responden melakukan aktivitas sesuai prosedur RS dan kebiasaan sehari-hari. Hal terpenting dalam manajemen mandiri pasien DM tipe 2 adalah pengontrolan gula darah. Menurut Mardianti (2013) menyatakan bahwa perawatan kaki dan pengukuran gula darah memerlukan perhatian khusus. Pengetahuan mengenai pemantauan gula darah tanda dan gejala hipoglikemia dan cara mengatasinya harus diberikan kepada pasien (PERKENI, 2015). Tujuan dilakukan hal tersebut untuk menghindari komplikasi pada pasien DM tipe 2. Pencegahan yang dapat dilakukan melalui manajemen perawatan diri yang benar dan tepat agar mempengaruhi kualitas hidupnya.

Responden dalam penelitian ini mengalami peningkatan kualitas hidup bisa dikarenakan mendapat informasi mengenai diet dan cara pemeriksaan dari petugas kesehatan walaupun tidak detail, hanya berupa informasi pantangan dan anjuran untuk dimakan. Kebebasan informasi ini juga dapat diperoleh dari penderita DM tipe 2 lainnya yang berada dalam ruang perawatan yang sama untuk bertukar informasi satu dengan yang lainnya. Akses informasi ini dapat mempengaruhi peningkatan pengetahuan pasien dalam kelompok kontrol. *Posttest* dilakukan 11 hari setelah pasien keluar dari rumah sakit.

Perbedaan kualitas hidup antara pasien yang dirawat inap dan tidak di rawat inap adalah dipengaruhi oleh faktor medis dan faktor psikologis. Faktor tersebut

meliputi pemahaman terhadap diabetes, penyesuaian terhadap diabetes, komplikasi, kadar gula darah, edukasi diabetes, depresi, emosi negatif, efikasi diri, dukungan sosial, adanya stress, peristiwa kehidupan dan stressor harian, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan. Pada pasien yang di rawat dirumah sakit, kualitas hidupnya akan dipengaruhi oleh faktor medis diantaranya stress akibat beban perawatan diri dan ancaman komplikasi dapat menurunkan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (Coffey *et al*, 2002). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Spencer *et al* (2006), menjelaskan bahwa stress terkait penyakit yang ditimbulkan dari beban perawatan diri yang dilakukan secara terus menerus seperti monitoring kadar gula darah, pengobatan, asupan makanan dan olahraga yang teratur dapat menyebabkan rendahnya perawatan diri pasien yang berdampak terhadap kualitas hidupnya. Pada pasien yang tidak di rawat dirumah sakit, kualitas hidupnya akan dipengaruhi oleh faktor psikologis. Menurut Vitaliano *et al* (1996), menyatakan bahwa faktor psikologis seperti stressor harian, rasa marah, sikap bermusuhan, dan dukungan sosial erat kaitannya dengan kadar gula darah pasien. Stressor harian dan tekanan kehidupan dapat mengurangi kesejahteraan psikologis yang dapat menimbulkan stress dan memperburuk kesehatan fisik dan psikologis. Menurut Nakahara *et al* (2006) menyatakan bahwa stress harian baik stress yang bersumber dari kejadian sehari-hari maupun stress terkait dengan diabetes mempengaruhi kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Berdasarkan penjelasan tersebut, peneliti berpendapat bahwa orang yang menjalani rawat inap di rumah sakit akan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibanding dengan orang yang tidak di rawat di rumah sakit. Hal tersebut terbukti dengan adanya beban perawatan dan kondisi psikis yang menyebabkan pasien lebih stress, sehingga dapat berpengaruh terhadap kualitas hidupnya. Pada penelitian ini terdapat dua orang yang mengalami penurunan kualitas hidup dikarenakan status kesehatan yang kurang baik. Kondisi yang dialami oleh responden dikarenakan adanya faktor yang menyebabkan terjadinya stress dan tingginya kadar gula darah. Kondisi kesehatan berupa fungsi fisik yang terganggu, perasaan cemas dan mudah tersinggung yang menimbulkan keterbatasan dalam aktivitas sosial. Hal tersebut dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup.

5.2.4 Pengaruh DSME/S terhadap Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 antara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Hasil dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kualitas hidup pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Namun berdasarkan hasil uji t dependen (tabel 5.8) peningkatan pada kelompok perlakuan lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil ini diperkuat dengan hasil uji t independen (tabel 5.9) yang menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup pada kelompok perlakuan

dan kelompok kontrol. Hasil ini menjelaskan bahwa adanya pengaruh DSME/S terhadap kualitas hidup pada pasien DM tipe 2.

Empat pilar penatalaksanaan DM tipe 2 yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, dan intervensi farmakologis (PERKENI, 2015). Penanganan DM tipe 2 yang dapat memberikan peranan penting ialah edukasi. Edukasi merupakan hal yang penting bagi pasien dalam merubah perilaku dan pengelolaan DM secara mandiri. Tujuan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam merawat diri sehingga pasien dapat menghindari komplikasi DM (Smeltzer & Bare, 2001). Peran perawat sebagai *educator* bagi pasien dalam membantu pasien untuk meningkatkan pengetahuannya melalui pemberian pengetahuan perawatan diri yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga (Pertiwiwati & Rizany, 2016).

DSME/S merupakan salah satu bentuk edukasi yang efektif diberikan kepada pasien DM. DSME/S diberikan dalam bentuk *discharge planning* kepada pasien dalam meningkatkan pengetahuan mengenai DM dan menambah keterampilan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. *Discharge planning* yang baik memungkinkan pasien secara mandiri melakukan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit. Pengelolaan diabetes secara mandiri ini dapat dilakukan oleh pasien dan keluarganya di rumah (Potter dan Perry, 2006). Kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dapat memberikan perubahan dalam hidupnya untuk menjadi lebih baik. Hal ini menunjukkan pemberian edukasi

DSME/S diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2 (Rahayu, dkk, 2014).

Responden dalam penelitian ini mengalami peningkatan kualitas hidup setelah diberikan DSME/S. DSME/S adalah edukasi yang terstruktur dan bertahap. DSME/S adalah rangkaian kegiatan yang memfasilitasi pengetahuan keterampilan, dan kemampuan yang diperlukan untuk perawatan diri diabetes, melaksanakan dan mempertahankan perilaku untuk mengelola kondisi secara berkelanjutan (ADA 2014). Kelebihan yang diberikan DSME/S adalah melibatkan keluarga didalamnya. Bentuk *ongoing support* atau dukungan berkelanjutan DSME/S ini membutuhkan masyarakat dalam mendukung perilaku pengelolaan mandiri klien diabetes dalam kehidupan sehari-hari (ADA 2014). Menurut *National Standards* (2012), DSME/S memiliki 10 standar, yaitu *internal structure, external input, access, program coordination, instructional staff, individualization, patient progress, quality improvement, curriculum, dan ongoing support*. Pemberian sesi DSME/S ini sebanyak 6 sesi dalam bentuk *discharge planning*. Menurut *Central Dupage Hospital*(2011), pelaksanaan DSME dilakukan sebanyak 4 sesi dengan durasi 60 menit setiap sesinya. Materi yang diberikan setiap sesinya meliputi konsep dasar penyakit DM dan monitoring yang perlu dilakukan, pengaturan nutrisi/ diet dan aktivitas/ latihan fisik, perawatan kaki, dan manajemen stress dan dukungan psikososial serta akses pelayanan kesehatan. Untuk mengetahui *support* atau dukungan berkelanjutan makan dilakukan 2 sesi dirumah. Menurut *Stanford School of Medicine* (2016), pemberian DSME/S diberikan dengan durasi waktu 150 menit

setiap sesinya. Topik yang dibahas meliputi monitoring, evaluasi, dan konseling. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nugroho (2010) menunjukkan bahwa pengelolaan DM secara mandiri dan efektif dilakukan oleh pasien yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan manajemen perawatan diri pada pasien DM tipe 2.

Pengetahuan mengenai DM menjadi syarat atau upaya dalam membantu pasien mengelola penyakit DM selama hidupnya sehingga semakin baik pengetahuan yang dimiliki maka akan mengerti bagaimana harus berperilaku dalam penanganan penyakit (Waspadji, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Rantung dkk (2015) menunjukkan adanya hubungan antara *self care* dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Menurut Kusmiawati (2011), *self care* merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengontrol diabetes yang meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi.

Menurut Antari dkk (2011), adanya dukungan sosial dapat membantu pasien DM tipe 2 untuk meningkatkan keyakinan melakukan perawatan diri. Dukungan sosial ini bisa didapatkan dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Dukungan keluarga akan meningkatkan kemampuan adaptif dan kognitif seseorang dalam meningkatkan kemampuan diri terhadap pengelolaan DM tipe 2 (Rahmawati 2015). Peningkatan kualitas hidup pasien dibutuhkan dukungan dari keluarga. Pada penelitian ini keluarga ikut terlihat dalam pengelolaan DM. Dukungan keluarga dalam penelitian ini dapat meningkatkan keyakinan dan kepercayaan dalam manajemen perawatan diri. Menurut Yusra (2011) adanya dukungan keluarga dengan

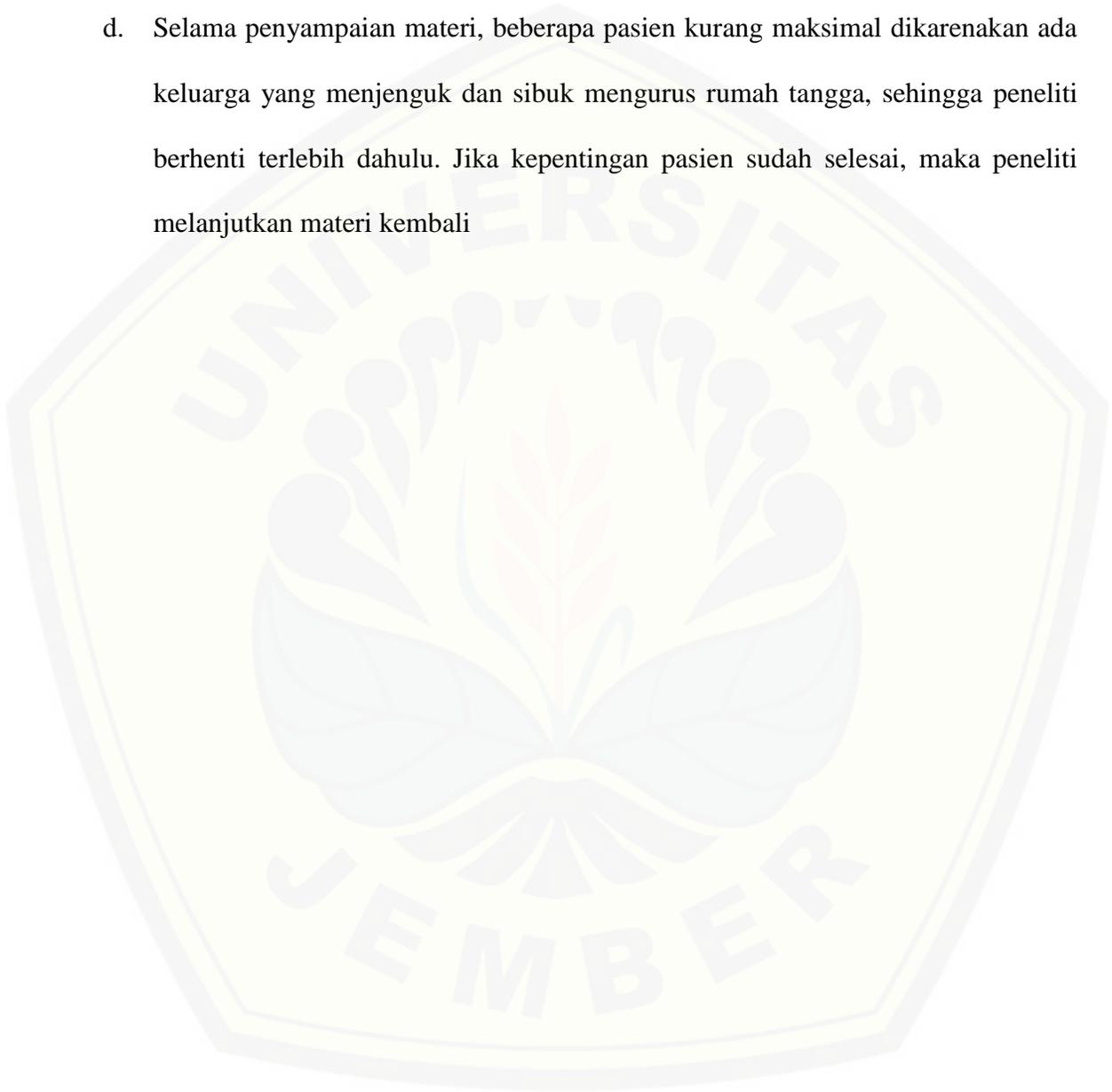
kualitas hidup pasien yang menunjukkan pola positif yang memiliki arti semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi kualitas hidupnya. Dukungan yang diberikan oleh keluarga terdapat 4 dimensi yaitu dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Dukungan tersebut akan mempengaruhi keluarga dalam melakukan 5 fungsi keluarga (fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan). Pada penelitian ini dukungan keluarga memiliki peranan penting dalam meningkatkan kemampuan kognitif dan adaptif serta peningkatan kemampuan dalam melakukan perawatan diri. Dukungan tersebut dapat dimungkinkan dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien DM tipe 2.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan sehingga hasil dalam penelitian ini memiliki kekurangan yang memerlukan penelitian lebih baik. Kekurangan dalam penelitian ini sebagai berikut:

- a. Pada penelitian ini hanya menggunakan sampel 15 orang pada masing-masing kelompok.
- b. Instrument yang digunakan untuk pelaksanaan DSME/S kurang efektif, karena menggunakan booklet. Penelitian lanjutan bisa menggunakan instrument lembar balik dan booklet agar lebih efektif.

- c. Waktu pemberian DSME/S ditentukan oleh pasien, sehingga saat pemberian DSME/S ada faktor penghambat yaitu adanya kepentingan pribadi pasien.
- d. Selama penyampaian materi, beberapa pasien kurang maksimal dikarenakan ada keluarga yang menjenguk dan sibuk mengurus rumah tangga, sehingga peneliti berhenti terlebih dahulu. Jika kepentingan pasien sudah selesai, maka peneliti melanjutkan materi kembali



BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Rata-rata usia responden adalah 57,37 tahun dan rata-rata lama mengalami DM adalah 3,8 tahun. Responden lebih banyak berjenis kelamin perempuan daripada laki-laki. Responden paling banyak berpendidikan SD sederajat, responden banyak yang bekerja (wiraswasta), penghasilan kurang dari UMR, dan keluarga yang merawat adalah anak;
- b. Rata-rata skor kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 pada kelompok perlakuan sebelum diberikan DSME/S adalah 73 dan naik menjadi 85,86 setelah diberikan DSME/S;
- c. Nilai *pretest* kualitas hidup pada kelompok kontrol sebesar 74,6 dan naik menjadi 77 setelah dilakukan *post test*;
- d. Terdapat perbedaan yang signifikan nilai kualitas hidup pasien DM Tipe 2 pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah diberikan DSME/S;
- e. Terdapat perbedaan yang signifikan nilai kualitas hidup pasien DM Tipe 2 antara *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol; dan
- f. Terdapat perbedaan yang signifikan nilai kualitas hidup pasien DM Tipe 2 antara kelompok yang diberikan DSME/S dan kelompok yang tidak diberikan DSME/S.

Peningkatan kualitas hidup pada pasien DM Tipe 2 pada kelompok perlakuan lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kesimpulan yang dapat diambil adalah ada pengaruh *Diabetes Self-Management Education and Support* (DSME/S) terhadap peningkatan kualitas hidup pada pasien DM Tipe 2.

1.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait dengan hasil penelitian ini antara lain sebagai berikut:

a. Bagi Penelitian

Penelitian lanjutan diperlukan jumlah sampel yang lebih banyak

b. Bagi Masyarakat

1) Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang manajemen perawatan diri pada pasien DM tipe 2

2) Masyarakat dengan keluarga DM diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dan dukungan keluarga dalam manajemen perawatan diri kepada anggota keluarganya secara berkelanjutan

3) Masyarakat dengan DM diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dalam melakukan manajemen perawatan diri secara mandiri

c. Bagi Profesi Keperawatan

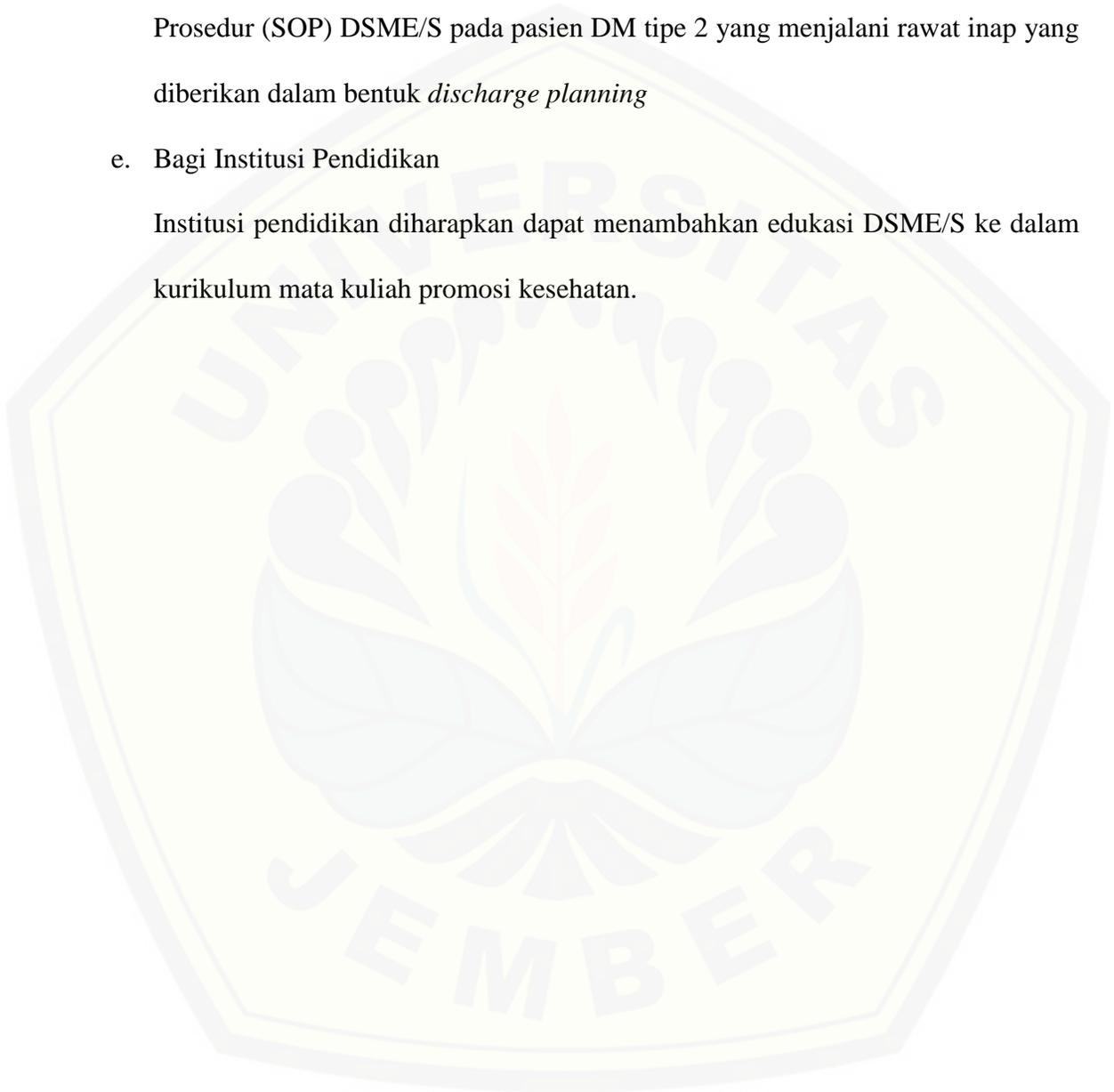
Profesi Keperawatan diharapkan dapat menambah intervensi mandiri perawat klinik dengan memberikan edukasi DSME/S kepada pasien DM tipe 2

d. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Institusi pelayanan kesehatan diharapkan dapat membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) DSME/S pada pasien DM tipe 2 yang menjalani rawat inap yang diberikan dalam bentuk *discharge planning*

e. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan dapat menambahkan edukasi DSME/S ke dalam kurikulum mata kuliah promosi kesehatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Al Hayek, A., *et al.* 2014. Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Saudi Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Survey. *Diabetes & Metabolism Journal*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4083029/pdf/dmj-38-220.pdf> [diakses pada 15 April 2017]
- American Diabetes Association.* 2014. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: *Diabetes Care Volume 37, Supplement January 2014*. http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/37/Supplement_1/S81.full.pdf [diakses pada 16 November 2016]
- Andi, S., dkk. 2008. Faktor Risiko Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar. *Jurnal Ilmiah Nasional*
- Andrianus S. 2014. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penderita Diabetes Melitus dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Pada Tahun 2014. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Medan
- Antari, G. et dkk. (2011). Besar Pengaruh Dukungan Sosial terhadap Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Interna RSUP Sanglah. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=80888&val=956> [diakses pada 5 April 2017]
- Atak, N., Gurkanm T., & Kose, K. 2010. The Effect of Education on Knowledge, Self Management Behaviour and Self Efficacy of Patients with Type 2 Diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol 26. <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=198857737071665;res=IELAPA> [diakses pada 1 April 2017]

- Azila, A. Alfie. 2016. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember. *Skripsi*. <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/73374/092310101019--Annies%20Alfie%20Azila-1-54.pdf?sequence=1> [diakses pada 6 Desember 2016]
- Azwar, S. 2010. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Chang, Esther.et al., 2009. *Patofisiologi: Aplikasi Pada Praktik Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Coffey,et al. 2002.Valuing Health-Related Quality of Life in Diabetes.*Diabetes Care*. <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/25/12/2238.full.pdf> [diakses pada 4 Juli 2017]
- Dewi, S. Rhosma., 2014.*Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Deepublish
- Dewi, dkk. 2015. Hubungan Lamanya Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal ginjal di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta http://opac.unisayogya.ac.id/234/1/NasPub%20_Hubungan%20lamanya%20HD%20dg%20Kualitas%20Hidup.pdf [diakses pada 10 Juli 2017]
- Dzusturia, Dwi Nida. 2016. Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- Dinkes Jatim. 2013. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf [diakses pada 27 November 2016]
- Ekawati, J., & Mahfd, A. 2013. Senam Efektif Menurunkan Kadar Gula Darah Pasien DM Tipe 2. *Media Ilmu Kesehatan Vol. 2, No.1*.

<http://ejournal.stikesayaniy.ac.id/index.php/MIK/article/view/13/16>
[diakses pada 20 April 2017]

Ermawati, Z. 2011. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Tentang Pengelolaan Penyakitnya pada Penderita Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul. *Naskah Publikasi*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Aisyiyah. <http://opac.unisayogya.ac.id/1292/1/naskah%20publikasi.pdf>
[diakses 20 Februari 2017]

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E.G. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC

Funnel, et al. 2010. National Standards for Diabetes Self Management Education. *Journal of Diabetes Care*. http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/32/Supplement_1/S87.full.pdf
f [diakses pada 5 April 2017]

Gerber et al. 2014. Expand United States Health Plan Coverage for Diabetes Self-Management Education and Support a Position Statement of the Society of Behavioral Medicine. https://www.sbm.org/UserFiles/file/diabetes-brief_statement_short.pdf [diakses pada 24 November 2016]

Gultom, Y.T. 2012. Tingkat Pengetahuan Pasien Diabetes Melitus Tentang Manajemen Diabetes Melitus di Rumah Sakit Pusat Angkatan Gatot Soebroto Jakarta Pusat. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20314270-S43834-tingkat%20pengetahuan.pdf> [diakses pada 10 November 2016]

Haas.L., et al. 2012. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/35/11/2393.full.pdf>
[diakses pada 24 November 2016]

Hastono, Sutanto Priyo. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: FKM UI

International Diabetes Federation. 2013. *IDF Diabetes Atlas : Sixth Edition*. <http://www.diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=76> [diakses pada 17 November 2016]

International Diabetes Federation. 2015. *IDF Diabetes Atlas : Sixth Edition*. http://www.oedg.org/pdf/1606_IDF_Atlas_2015_UK.pdf [diakses pada 17 November 2016]

International Diabetes Federation. 2016. *Diabetes Voice: Global Perspective on Diabetes*. <https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/DV-01-2016-EN.pdf> [diakses pada 17 November 2016]

Irawan, Dedi. 2010. Prevalensi dan Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2 di Daerah Urban Indonesia (Analisa Data Sekunder Riskesdas 2007). *Thesis Universitas Indonesia*

Issa, BA & Baiyewu, O., 2006. Quality of Life of Patient with Diabetes Mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hong Kong J Psychiatry*; 16:27-33. https://www.researchgate.net/profile/Baba_Issa/publication/237380920_Quality_of_Life_of_Patients_with_Diabetes_Mellitus_in_a_Nigerian_Teaching_Hospital/links/02e7e52e1f92b00811000000/Quality-of-Life-of-Patients-with-Diabetes-Mellitus-in-a-Nigerian-Teaching-Hospital.pdf [diakses pada 10 Juni 2017]

Javanbakht, *et al.* 2012. Health Related Quality of Life in Patients ith Type 2 Diabetes. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22952989> [diakses pada 2 Juni 2017]

Kemenkes. 2010. Petunjuk Teknis Pengukuran Faktor Resiko Diabetes Mellitus

Kemenkes RI. 2014. Info Datin: Pusat Data dan Informasi. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf> [diakses pada 17 November 2016]

- Kusniawati.2011. Analisis Faktor yang Berkontribusi terhadap Self Care Diabetes pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Tangerang. FIK.UI. <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20281676-T%20Kusniawati.pdf>[diakses pada 30 Februari 2017]
- Kusumawati, M. Dian, 2011. Peran Steresor Harian, Optimisme, dan Regulasi Diri terhadap Kualitas Hidup Individu dengan Diabetes Melitus Tipe 2. *PSIKOISLAMKA, Jurnal Psikologi Islam Vol. 8 No.1*
- Larasati, TA., 2012. Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS Abdoel Moeloek Propinsi Lampung. <http://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/juke/article/viewFile/4/4> [diakses pada 21 November 2016]
- Layuhibu, W., 2015.Pengaruh Discharge Planning terhadap Pengetahuan Pengelolaan Nutrisi Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. <http://opac.unisayogya.ac.id/257/1/Naskah%20Publikasi.pdf> [diakses pada 3 April 2017]
- Lestari, E.D., 2010. Hubungan Tingkat Pemahaman tentang Discharge Planning dengan Kepatuhan Pasien dalam Penatalaksanaan Diabetes Melitus Pasca Hospitalisasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. <http://opac.unisayogya.ac.id/1729/1/NASPUB.pdf> [diakses pada 5 April 2017]
- Maulana, H.D.J. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Mailani, Fitri. 2015. Kualitas Hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis: Systematic Review. *Ners jurnal keperawatan vol 11 no 1*
- Mardianti, Yessy. 2013. Tingkat Self Care Pasien Rawat Jalan Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Kalirungkut Surabaya. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya Vol. 2 No.2*.<http://repository.ubaya.ac.id/7405/> [diakses pada 2 April 2017]

- Misnadiarly, 2006. *Diabetes Mellitus: Gangren, Ulcer, Infeksi. Mengenal Gejala, Menanggulangi, dan Mencegah Komplikasi*. Jakarta: Pustaka Populer Obor
- Morales, et al., 2015. Health-Related Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in a Rural Area. *Diabetes & Metabolisme*. <http://www.omicsonline.org/open-access/healthrelated-quality-of-life-in-patients-with-type-2-diabetes-mellitus-in-a-rural-area-2155-6156-1000572.pdf> [diakses pada 28 November 2016]
- Nakahara *et al.* 2006. Prospective Study on Influence of Psychosocial Factors on Glycemic Control in Japanese Patients With Type 2 Diabetes. *Psychosomatic*. [http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182\(06\)71156-2](http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(06)71156-2) [diakses pada 4 Juli 2017]
- Nasekhah, 2016. Hubungan Kelelahan dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Persadia Salatiga. *Skripsi*. <http://eprints.undip.ac.id/49844/1/proposal.pdf> [diakses pada 21 November 2016]
- National Standards*. 2012. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/35/11/2393.full.pdf> [diakses pada 24 November 2016]
- Ningtyas, D,W dkk. 2013. Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. *Skripsi*. Universitas Jember
- Nofitri. 2009. Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa di Lima Wilayah di Jakarta. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/125595-155.9%20NOF%20g%20-%20Gambaran%20kualitas%20-%20HA.pdf> [diakses pada 1 April 2017]
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Nuryani, dkk. 2011. Gambaran dan Perilaku Pengelolaan Penyakit Diabetes Mellitus pada Penderita Diabetes Mellitus di Puskesmas Parit H. Husni II Pontianak. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura
- Nuryati, Siti. 2009. Gaya Hidup dan Status Gizi serta Hubungannya dengan Hipertensi dan Diabetes Melitus pada Pria dan Wanita Dewasa di DKI Jakarta. *Thesis*. Institut Pertanian Bogor
- Okatiranti.2015. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Perawat dalam Pelaksanaan Discharge Planning pada Pasien Diabetes Melitus Type 2. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. Vol. 3.No.1
<http://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/viewFile/149/114>
[diakses pada 2 April 2017]
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia.2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia*.Jakarta : PB. PERKENI
- Pertiwiwati, E. & Rizany, I .2016. Peran Educator Perawat dengan Pelaksanaan Discharge Planning pada Pasien di Ruang Tulip 1C RSUD Ulin Banjarmasin.<http://ppjp.unlam.ac.id/journal/index.php/JDK/article/viewFile/2509/2209> [diakses pada 3 April 2017]
- Phillips, David., 2006. Quality Of Life: Concept, Policy, and Practice. London: Routledge
- Potter, P. A. dan A. G. Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4.Volume 2. Terjemahan oleh : R. Komalasari, dkk. Jakarta: EGC
- Powers et al., 2015.Diabetes Self-Management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Diabetics.https://www.diabeteseducator.org/docs/default-source/practice/practice-resources/position-statements/dsme_joint_position_statement_2015.pdf?sfvrsn=0 [diakses pada 24 November 2016]

- Price & Wilson. 2006. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses - Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Putri, N.H.K & Isfandiari, M.A. 2013. Hubungan Empat Pilar Pengendalian DM Tipe 2 dengan Rerata Kadar Gula Darah. *Jurnal Berkala Epidemiologi Vol 1 No 2* 234-243
- Rachmawati, O. 2010. Hubungan Latihan Jasmani terhadap Kadar Glukosa Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Surakarta <https://eprints.uns.ac.id/2231/1/142471208201012151.pdf> [diakses pada 20 April 2017]
- Rahayu, E., dkk. 2014. Pengaruh Program Diabetes Self Management Education Berbasis Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Puskesmas II Baturraden. *Jurnal Keperawatan Soedirman. Vol. 9.No. 3*. <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/viewFile/611/336> [diakses pada 28 Oktober 2016]
- Rahayu, N.S. 2016. Hubungan Perilaku Perawatan Diri dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Khusus Penyakit Dalam RSUP.DR.M. Djamil Padang. <http://scholar.unand.ac.id/12054/> [diakses pada 5 April 2017]
- Rahmawati, F., Setiawati, E., Solehati, T., 2015. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. <http://repository.unpad.ac.id/20001/1/Artikel-Ilmiah1.pdf> [diakses pada 24 Januari 2017]
- Rantung, J., dkk. 2015. Hubungan Self - Care dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus (DM) di Persatuan Diabetes Indonesia (PERSADIA) Cabang Cimahi. *Jurnal Skolastik Keperawatan Vol. 1 No. 1*. <http://jurnal.unai.edu/index.php/jsk/article/view/17> [diakses pada 5 April 2017]

- Riskesdas., 2013. Riset Kesehatan Dasar: RISKESDAS 2013. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013> [diakses pada 27 November 2016]
- Riyadi, S., & Sukarmin.2006.*Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Ruben, dkk., 2016. Pengaruh Senam Kaki Diabetes Terhadap Perubahan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Enemawira.*eJournal Keperawatan Volume 4 Nomor 1*. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/11897> [diakses pada 15 Mei 2017]
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Smeltzer & Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Sovia dkk, 2013.Kejadian Pradiabetes pada Usia Dewasa Menengah Berdasarkan Karakteristik dan Perilaku Perawatan Kesehatan Keluarga. *Jurnal keperawatan Indonesia vol 16 no 3*.<http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/viewFile/325/483>[diakses pada 10 Juli 2017]
- Spasic, A., et al. 2014. Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients.*Scientific J Faculty Med in Nis*.<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/afmnai.2014.31.issue-3/afmnai-2014-0024/afmnai-2014-0024.pdf> [diakses pada 2 Juni 2017]
-
- Spencer et al. 2006. Diabetes Specific Emotional Distress Among African Americans and Hispanics with Type 2 Diabetes. *Journal of Helath Care for the Poor and Underserved*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809877>[diakses pada 4 Juli 2017]
-

Stanford School of Medicine. 2016. Better Choices, Better Health[®]- Diabetes or Healthier Living With Diabetes (Internet Diabetes Self-Management Program). <http://patienteducation.stanford.edu/internet/diabetesol.html> [diakses pada 4 Desember 2016]

Suantika, I.R., dkk., 2015. Hubungan Self Care Diabetes Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 Di Poliklinik Interna Rumah Sakit Umum Daerah Badung. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/view/10830> [diakses pada 1 April 2017]

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sujaya, I Nyoman. 2009. Pola Konsumsi Makanan Tradisional Bali sebagai Faktor Resiko Diabetes Mellitus Tipe 2 di Tabanan. *Jurnal Skala Husada Vol. 6 No. 1*, 75-81

Supraba, N. Parahita. 2015. Hubungan Aktivitas Sosial, Interaksi Sosial, dan Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Utara Kota Denpasar. *Tesis*. Universitas Udayana Denpasar <https://sinta.unud.ac.id/uploads/wisuda/1392161042-1-halaman%20awal.pdf> [diakses pada 10 Juli 2017]

Susanti & Sulistyarini., 2013. Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Rawat Inap RS. Baptid Kediri. <http://puslit2.petra.ac.id/ejournal/index.php/stikes/article/downloadSuppFile/18840/96> [diakses pada 21 November 2016]

Teixeria-Lemos, *et al.* 2011. Regular Physical Exercise Training Assist in Preventing Type 2 Diabetes Development: Focus on its Antioxidant and Anti-Inflammatory Properties. *Biomed Central Cardiovasculer Diabetology 10*: 1-15

- Theofilou, Paraskevi., 2012. Quality of Life : Definition and Measurement. <https://pdfs.semanticscholar.org/e6d3/548eb9a7243f4cac2772cd3577b106596975.pdf> [diakses pada 26 November 2016]
- Trisnawati, S.K & Setyorogo,S., 2013. Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe II di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(1)
- Vaarama, et al., 2008. Care-Related Quality of Life in Old Age : Concepts, Models, and Empirical Findings. *Springer*. [http://dlx.bookzz.org/genesis/1024000/6daa3fff0fdf09d6a315c3059bfb3d4d/as/%5BProfessor_of_Social_Gerontolog_Marja_Vaarama_Pro\(BookZZ.org\).pdf](http://dlx.bookzz.org/genesis/1024000/6daa3fff0fdf09d6a315c3059bfb3d4d/as/%5BProfessor_of_Social_Gerontolog_Marja_Vaarama_Pro(BookZZ.org).pdf) [diakses pada 23 November 2016]
- Vitalianoet al. 1996. Insulin and Glucose Relationship with Hassless, Anger, and Hostility in Non Diabetic Older Adults. *Psychosomatic Medicine*. https://www.researchgate.net/publication/224026292_Insulin_and_glucose_Relationships_with_hassles_anger_and_hostility_in_nondiabetic_older_adults [diakses pada 4 Juli 2017]
- Wahyuni, Tri. 2013. Hubungan Antara Harga Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang. <http://eprints.umm.ac.id/28534/> [diakses pada 23 November 2016]
- WHO, 1997 .WHOQOL : Measuring Quality of Life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [diakses pada 28 November 2016]
- Wiastruti, S. Marina. 2016. Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap Stress Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- World Health Organization. 2015. Diabetes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> [diakses pada 4 November 2016]

Yuanita, A. 2013. Pengaruh Diabetes Self Management Education (DSME) terhadap Resiko Terjadinya Ulkus Diabetik pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Yusra.2011. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20280162-T%20Aini%20Yusra.pdf> [diakses pada 4 Desember 2016]





LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar *Informed*

Kode Responden:

SURAT PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM : 132310101023
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Desa Maron Kidul RT/RW 20/06 Kecamatan Maron
Kabupaten Probolinggo

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “*Pengaruh Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember*”. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan sebagai responden. Penelitian ini dapat memberikan manfaat dalam meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga anda. Jika anda menjadi responden, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan mengikuti prosedur yang saya berikan sebanyak 6 sesi, dengan 4 sesi saat pasien di rumah sakit dengan durasi 60 menit dan 2 sesi saat pasien di rumah dengan durasi 150 menit. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember, 2017

Peneliti

Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM 132310101023

Lampiran B. Lembar *Consent*

Kode Responden:

SURAT PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama :

alamat :

no. telepon :

menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari:

nama : Anis Fitri Nurul Anggraeni

NIM : 132310101023

pekerjaan : Mahasiswa

judul : Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support* (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember.

Setelah saya membaca penjelasan penelitian dan diberikan informasi dengan jelas, maka saya telah memahami bahwa prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun kepada saya.

Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela bersedia untuk ikut menjadi responden penelitian serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sebenar-benarnya dalam penelitian ini, persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Jember, 2017

(.....)

Tanda tangan dan nama terang

Lampiran C. Data Karakteristik Responden

Kode Responden:

PETUNJUK: BERIKAN TANDA (√) UNTUK JAWABAN YANG ANDA PILIH!

KARAKTERISTIK RESPONDEN

- Nama responden : _____
- Usia : _____ tahun
- Jenis kelamin : laki-laki/perempuan
- Alamat : _____
- Status pernikahan : a. Menikah
b. Tidak menikah
c. Janda/Duda
- Pendidikan Terakhir : a. SD
b. SLTP
c. SLTA
d. Perguruan tinggi
- Pekerjaan : a. Tidak Bekerja
b. PNS
c. Wiraswasta
d. Petani
e. Pensiunan
f. Lain-lain,
- Lama mengalami DM : _____ tahun
- Penghasilan : Rp _____
- Keluarga yang merawat: a. Suami/Istri
b. anak
c. Ayah/Ibu
d. lain-lain.....

Lampiran D. KUESIONER DIABETES QUALITY OF LIFE (DQOL)

PETUNJUK: BERIKAN TANDA (√) UNTUK JAWABAN YANG ANDA PILIH!

No	Pertanyaan tentang kepuasan : Seberapa puas Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam satu minggu terakhir merasakan hal – hal seperti yang tercantum dalam kuesioner ini.	Sangat Puas	Puas	Tidak Puas	Sangat Tidak Puas
1.	Lamanya waktu yang digunakan untuk kontrol/ berobat?				
2.	Perawatan dan pengobatan yang ada?				
3.	Diet yang anda lakukan?				
4.	Penerimaan keluarga terhadap diabetes anda?				
5.	Pengetahuan yang anda miliki tentang diabetes?				
6.	Tidur anda?				
7.	Hubungan sosial dan persahabatan anda?				
8.	Kehidupan seksual?				
9.	Aktivitas anda (pekerjaan dan tugas rumah tangga anda)?				
10.	Penampilan tubuh anda?				
11.	Waktu yang anda gunakan untuk olahraga?				
12.	Waktu santai/ senggang anda?				

13.	Hidup anda?				
	Pertanyaan tentang dampak yang dirasakan: seberapa sering Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam satu minggu terakhir merasakan hal – hal seperti yang tercantum dalam kuesioner ini.	Tidak pernah	Jarang atau 1-2 kali seminggu	Sering atau 3-4 kali seminggu	Setiap saat atau 4-5 kali seminggu
14.	Merasa sakit (nyeri) sehubungan dengan diabetes?				
15.	Dipermalukan di depan umum karena diabetes?				
16.	Mengalami gemetar/ keringat dingin?				
17.	Tidak bisa tidur di malam hari?				
18.	Hubungan sosial anda terganggu karena diabetes?				
19.	Merasa diri dalam kondisi baik?				
20.	Merasa dibatasi oleh diet anda?				
21.	Merasa dicegah melakukan olahraga karena diabetes?				
22.	Meninggalkan aktivitas (pekerjaan atau tugas rumah tangga) karena diabetes?				
23.	Merasa terganggu aktivitas santai anda karena diabetes?				
24.	Bercerita tentang diabetes anda kepada orang lain?				
25.	Merasa pergi ke kamar mandi lebih sering dibanding orang lain				

	karena diabetes?				
26.	Merasa takut apakah akan kehilangan pekerjaan?				
27.	Merasa takut apakah dapat melakukan liburan/ perjalanan?				
28.	Merasa takut apakah akan meninggal dunia?				
29.	Merasa takut terlihat berbeda karena diabetes?				
30.	Merasa takut mengalami komplikasi karena diabetes?				

Sumber: Yusra. 2011

Lampiran E. Standar Operasional Prosedur (SOP) *Diabetes Self Management Education and Support*

 PSIK UNIVERSITAS JEMBER		DIABETES SELF MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSME/S)		
PROSEDUR TETAP		NO DOKUMEN	NO REVISI	HALAMAN
		TANGGAL TERBIT	DITETAPKAN OLEH	
1	PENGERTIAN	Suatu proses berkelanjutan yang dilakukan dalam bentuk pendidikan kesehatan mengenai pengelolaan DM secara mandiri untuk memfasilitasi pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan klien DM dalam melakukan perawatan diri serta mempertahankan perilaku yang dibutuhkan untuk mengelola kondisi secara berkelanjutan		
2	TUJUAN	Mendukung pengambilan keputusan, perawatan diri, pemecahan masalah, dan kolaborasi aktif dengan tim kesehatan untuk meningkatkan hasil klinis, status kesehatan, kualitas hidup klien DM		
3	INDIKASI	Klien Diabetes Melitus (DM)		
4	KONTRAINDIKASI	a. Klien yang mengalami penurunan kesadaran		
5	PERSIAPAN PASIEN	a. Berikan salam, perkenalan diri, dan identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien b. Jelaskan tentang prosedur pembelajaran yang akan dilakukan, berikan kesempatan klien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan klien c. Beritahu klien saat pembelajaran akan dimulai		
6	PERSIAPAN PERAWAT	a. Baca catatan medis klien b. Lakukan pengkajian pada klien, termasuk riwayat DM yang dialami klien dan pengetahuan yang dimiliki klien c. Identifikasi masalah kesehatan klien d. Buat perencanaan tindakan e. Kaji kebutuhan perawat, minta bantuan perawat lain jika perlu f. Siapkan alat		
7	PERSIAPAN ALAT	a. Booklet		

		b. Catatan dan alat tulis
8	CARA BEKERJA	<ul style="list-style-type: none"> a. Beri salam terapeutik kepada klien dan keluarga b. Perkenalkan diri sebaik mungkin c. Tanyakan kondisi dan perasaan klien saat ini d. Jelaskan tujuan pembelajaran selama 4 sesi e. Jelaskan mekanisme pembelajaran f. Diskusikan mengenai waktu dan tempat pembelajaran g. Atur posisi yang nyaman h. Berikan <i>Diabetes Self Management Education and Support</i> (DSME/S) menurut materi tiap sesi: <ul style="list-style-type: none"> 1) sesi 1 membahas pengetahuan dasar tentang konsep diabetes mellitus (definisi, etiologi, klasifikasi, manifestasi klinis, patofisiologi, diagnosis, pencegahan, pengobatan, komplikasi) dan , mengenai monitoring yang perlu dilakukan yang diberikan di hari ke dua di rumah sakit; 2) sesi 2 membahas pengaturan nutrisi/diet dan aktivitas/latihan fisik yang dapat dilakukan yang diberikan di hari ke tiga di rumah sakit; 3) sesi 3: mengenai perawatan kaki meliputi pemeriksaan kaki diabetes dan perawatannya yang diberikan di hari ke empat di rumah sakit; 4) sesi 4 : mengenai manajemen stress dan dukungan sosial dan akses pasien terhadap fasilitas kesehatan yang diberikan di hari ke lima di rumah sakit; 5) sesi 5 : mengenai monitoring, evaluasi sesi 1-4 dan konseling diberikan 1 hari setelah pasien keluar dari rumah sakit yaitu dirumah klien; 6) sesi 6: mengenai monitoring, evaluasi sesi 1-5 dan konseling diberikan 3 hari setelah sesi ke 5 yaitu dirumah klien i. Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk bertanya di setiap sesi. j. Lakukan <i>follow up</i> terhadap kondisi klien, diskusi dan <i>review</i> program di tiap sesi. k. Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti <i>Diabetes Self Management Education and Support</i> (DSME/S) l. Memberi pujian atau reward m. Anjurkan agar klien dan keluarga senantiasa melakukan perawatan mandiri yang telah dipelajari bersama.
9	EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil yang dicapai 2. Beri <i>reinforcement</i> positif pada klien 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Mengakhiri pertemuan dengan baik

LAMPIRAN F. SAP**F.1 Satuan Acara Pendidikan Sesi 1****Satuan Acara Pendidikan (SAP)**

Materi	: Konsep Dasar Diabetes Melitus dan Monitoring yang Diperlukan
Sasaran	: Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dan Keluarga
Waktu	: 60 menit
Tempat	: Ruang rawat

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat mengetahui konsep dasar DM dan monitoring yang diperlukan

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat menjelaskan pengertian, penyebab, klasifikasi, tanda dan gejala, perjalanan penyakit, diagnosis, pencegahan, pengobatan, komplikasi akut dan kronis DM dan monitoring kadar gula darah

C. SUBPOKOK BAHASAN

1. Pengertian DM
2. Penyebab DM
3. Perjalanan penyakit DM
4. Tanda dan gejala DM
5. Diagnosis DM
6. Pencegahan DM
7. Pengobatan DM

8. Komplikasi akut dan kronis DM

9. Monitoring yang Diperlukan

D. MEDIA

Booklet Pengelolaan DM

E. MODEL PEMBELAJARAN

1. Jenis model pembelajaran: Pertemuan (tatap muka)

2. Landasan teori: Ceramah dan Diskusi

3. Langkah pokok

a. Menciptakan suasana pertemuan yang baik dan kondusif

b. Mengajukan masalah

c. Mengidentifikasi pilihan tindakan

d. Memberikan komentar

e. Menetapkan tindak lanjut

F. PROSES KEGIATAN

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	
Pendahuluan	1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan membuka pertemuan 2. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan 3. Menanyakan materi yang akan disampaikan pada pasien, apakah pasien pernah mengetahui materi tersebut sebelumnya	Memperhatikan dan menjawab salam Memperhatikan Memperhatikan dan menjawab Memberikan	5 menit

	4. Menerima jawaban dan memberi komentar terhadap jawaban pasien	sumbangan saran	
Penyampain materi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan materi tentang konsep dasar DM yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Pengertian DM b. Penyebab DM c. Klasifikasi DM d. Tanda dan Gejala DM e. Perjalanan penyakit DM f. Diagnosis DM g. Pencegahan DM h. Pengobatan DM i. Komplikasi akut dan kronis DM j. Menjelaskan materi tentang monitoring yang perlu dilakukan pasien DM 	Memperhatikan	40 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup pertemuan dengan mengundang pertanyaan atau komentar dari pasien atau keluarga 2. Menampung jawaban dan memberi komentar tentang pendapat pasien 3. Menyimpulkan materi yang telah dibahas bersama 4. Menutup pertemuan dan memberi salam 	<p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan dan mencatat</p> <p>Memperhatikan dan mencatat</p> <p>Memperhatikan dan membalas salam</p>	15 menit

G. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur
 - a. Pasien dan keluarga berada di tempat pertemuan sesuai kontrak
 - b. Penyelenggaraan DSME/S dilakukan di ruang rawat responden.
 - c. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dilakukan sebelum pelaksanaan
2. Evaluasi Proses
 - a. Pasien dan keluarga antusias terhadap kegiatan yang dilakukan.
 - b. Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar.
3. Evaluasi Hasil
 - a. Pasien dan keluarga memahami konsep dasar DM tipe 2 dan teknik mengatasi gejala DM serta monitoring yang perlu dilakukan bagi pasien
 - b. Kegiatan DSME/S sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

Pemateri

Anis Fitri Nurul Anggraeni

NIM 132310101023

F.1 Satuan Acara Pendidikan Sesi 2

Satuan Acara Pendidikan (SAP)

Materi	: pengaturan nutrisi/ diet dan aktivitas/ latihan fisik yang dapat dilakukan
Sasaran	: Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dan Keluarga
Waktu	: 60 menit
Tempat	: Ruang rawat

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat mengetahui pengaturan nutrisi/ diet dan menerapkan aktivitas/ latihan fisik yang tepat pada pasien Diabetes Mellitus (DM).

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat menjelaskan pengertian diet DM, syarat diet DM, mampu menerapkan jadwal diet DM dan mampu menghitung kebutuhan diet DM serta menjelaskan bagaimana latihan fisik bagi pasien DM, tujuan dan manfaat latihan jasmani bagi pasien DM, tata cara pelaksanaan latihan jasmani bagi pasien DM dan syarat sebelum latihan jasmani bagi pasien DM.

C. SUBPOKOK BAHASAN

1. Pengertian diet DM
2. Syarat diet DM
3. Jadwal diet DM
4. Kebutuhan diet DM
5. Latihan fisik bagi pasien DM

6. Tujuan dan manfaat latihan jasmani bagi pasien DM
7. Tatacara pelaksanaan latihan jasmani bagi pasien DM
8. Syarat sebelum latihan jasmani

D. MEDIA

Booklet Pengelolaan DM

E. MODEL PEMBELAJARAN

1. Jenis model pembelajaran: Pertemuan (tatap muka)
2. Landasan teori: Ceramah dan Diskusi
3. Langkah pokok
 - a. Menciptakan suasana pertemuan yang baik dan kondusif
 - b. Mengajukan masalah
 - c. Mengidentifikasi pilihan tindakan
 - d. Memberikan komentar
 - e. Menetapkan tindak lanjut

F. PROSES KEGIATAN

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	
Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan membuat pertemuan 2. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan 3. Menanyakan materi yang akan disampaikan pada pasien apakah pasien pernah 	<p>Memperhatikan dan menjawab salam</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan dan menjawab</p>	5 menit

	tahu sebelumnya 4. Menerima jawaban dan memberi komentar terhadap jawaban pasien	Memberikan sumbangan saran	
Penyampain materi	1. Menjelaskan pengaturan nutrisi/ diet dan aktivitas/ latihan fisik bagi pasien DM: a. pengertian diet DM b. syarat diet DM c. jadwal diet DM d. kebutuhan diet dm e. latihan fisik bagi pasien DM f. tujuan dan manfaat latihan jasmani bagi pasien DM g. tata cara pelaksanaan latihan jasmani bagi pasien DM h. syarat sebelum latihan jasmani	Memperhatikan	40 menit
Penutup	1. Menutup pertemuan dengan mengundang pertanyaan atau komentar dari pasien atau keluarga 2. Menampung jawaban dan memberi komentar tentang pendapat pasien 3. Menyimpulkan materi yang telah dibahas bersama	Memperhatikan Memperhatikan dan mencatat Memperhatikan dan mencatat	15 menit

	4. Menutup pertemuan dan memberi salam	Memperhatikan dan membalas salam	
--	--	----------------------------------	--

G. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- a. Pasien dan keluarga berada di tempat pertemuan sesuai kontrak
- b. Penyelenggaraan DSME/S dilakukan di ruang rawat responden
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dilakukan sebelum pelaksanaan

2. Evaluasi Proses

- a. Pasien dan keluarga antusias terhadap kegiatan yang dilakukan.
- b. Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar

3. Evaluasi Hasil

- a. Pasien dan keluarga memahami pengatuan nutrisi/ diet dan aktivitas/ latihan fisik bagi pasien.
- b. Kegiatan DSME/S sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Pemateri

Anis Fitri Nurul Anggraeni

NIM 132310101023

E. 2 Satuan Acara Pendidikan Sesi 3**Satuan Acara Pendidikan (SAP)**

Materi	: Perawatan Kaki
Sasaran	: Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dan Keluarga
Waktu	: 60 menit
Tempat	: Ruang rawat

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat mengetahui dan menerapkan perawatan kaki.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat menjelaskan pemeriksaan kaki pasien DM dan perawatan kaki pasien DM minimal 90 % benar, dan tanda-tanda vital.

C. SUBPOKOK BAHASAN

Perawatan kaki

D. MEDIA

Booklet Pengelolaan DM

E. MODEL PEMBELAJARAN

1. Jenis model pembelajaran: Pertemuan (tatap muka)
2. Landasan teori: Ceramah dan Diskusi
3. Langkah pokok
 - a. Menciptakan suasana pertemuan yang baik dan kondusif
 - b. Mengajukan masalah

- c. Mengidentifikasi pilihan tindakan
- d. Memberikan komentar
- e. Menetapkan tindak lanjut

F. PROSES KEGIATAN

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan Peserta	
Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan membuat pertemuan 2. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan 3. Menanyakan materi yang akan disampaikan pada pasien apakah pasien pernah tahu sebelumnya 4. Menerima jawaban dan memberi komentar terhadap jawaban pasien 	<p>Memperhatikan dan menjawab salam</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan dan menjawab</p> <p>Memberi sumbang saran</p>	5 menit
Penyampaian materi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggali pemahaman pasien mengenai materi yang telah disampaikan pada sesi 2 2. Mendemonstrasikan cara perawatan kaki DM 	<p>Memperhatikan dan memberi tanggapan</p> <p>Memperhatikan</p>	40 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi dengan memberikan pertanyaan tentang materi yang baru dijelaskan 2. Melakukan evaluasi dengan meminta pasien melakukan 	<p>Menjawab pertanyaan</p> <p>Melakukan demonstrasi</p>	15 menit

	redemonstrasi	Memberikan	
	3. Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya	pertanyaan	
	4. Memberikan pujian kepada peserta	Memperhatikan	
	5. Menyimpulkan materi yang telah dibahas bersama	Memperhatikan	
	6. Menutup pertemuan dengan baik dan memberi salam	Memperhatikan dan memberi salam	

G. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- a. Pasien dan keluarga berada di tempat pertemuan sesuai kontrak
- b. Penyelenggaraan DSME/S dilakukan di ruang rawat responden
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dilakukan sebelum pelaksanaan

2. Evaluasi Proses

- a. Pasien dan keluarga antusias terhadap kegiatan yang dilakukan.
- b. Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar

3. Evaluasi Hasil

- a. Pasien dan keluarga memahami perawatan kaki
- b. Kegiatan DSME/S sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Pemateri

Anis Fitri Nurul Anggraeni

NIM 132310101023

F.4 Satuan Acara Pendidikan Sesi 4**Satuan Acara Pendidikan (SAP)**

Materi	: Manajemen stress dan dukungan sosial, serta akses pelayanan kesehatan bagi pasien DM
Sasaran	: Klien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dan Keluarga
Waktu	: 60 menit
Tempat	: Ruang rawat

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat mengetahui manajemen stress dan dukungan sosial, serta akses pelayanan kesehatan klien DM.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat menjelaskan manajemen stress dan dukungan sosial, serta akses pelayanan kesehatan minimal 90 % benar.

C. SUBPOKOK BAHASAN

1. Manajemen stress
2. Dukungan sosial
3. Akses pelayanan kesehatan

D. MEDIA

Booklet Pengelolaan DM

E. MODEL PEMBELAJARAN

1. Jenis model pembelajaran: Pertemuan (tatap muka)
2. Landasan teori: Ceramah dan Diskusi
3. Langkah pokok
 - a. Menciptakan suasana pertemuan yang baik dan kondusif
 - b. Mengajukan masalah
 - c. Mengidentifikasi pilihan tindakan
 - d. Memberikan komentar
 - e. Menetapkan tindak lanjut

F. PROSES KEGIATAN

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan Peserta	
Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan membuat pertemuan 2. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan 3. Melakukan <i>follow up</i> dan <i>review</i> kembali pada materi sesi 3 4. Menanyakan materi yang akan disampaikan pada pasien apakah pasien pernah tahu sebelumnya 5. Menerima jawaban dan memberi komentar terhadap jawaban pasien 	<p>Memperhatikan dan menjawab salam</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan dan menjawab</p> <p>Memperhatikan dan menjawab</p> <p>Memberi sumbang saran</p>	5 menit
Penyampaian materi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan dan mendemonstrasikan 	Memperhatikan	40 menit

	<p>materi tentang manajemen stress dan dukungan sosial</p> <p>2. Menjelaskan akses pelayanan kesehatan bagi klien DM</p> <p>a. Cara pengaksesan layanan kesehatan</p> <p>b. Alur rujukan</p>	Memperhatikan	
Penutup	<p>1. Menutup pertemuan dengan mengundang pertanyaan atau komentar dari pasien atau keluarga</p> <p>2. Menampung jawaban dan memberi komentar tentang pendapat pasien</p> <p>3. Menyimpulkan materi yang telah dibahas bersama</p> <p>4. Menutup pertemuan dan memberi salam</p>	<p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan dan mencatat</p> <p>Memperhatikan dan mencatat</p> <p>Memperhatikan dan membalas salam</p>	15 menit

G. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- a. Pasien dan keluarga berada di tempat pertemuan sesuai kontrak
- b. Penyelenggaraan DSME/S dilakukan di ruang rawat responden
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dilakukan sebelum pelaksanaan

2. Evaluasi Proses

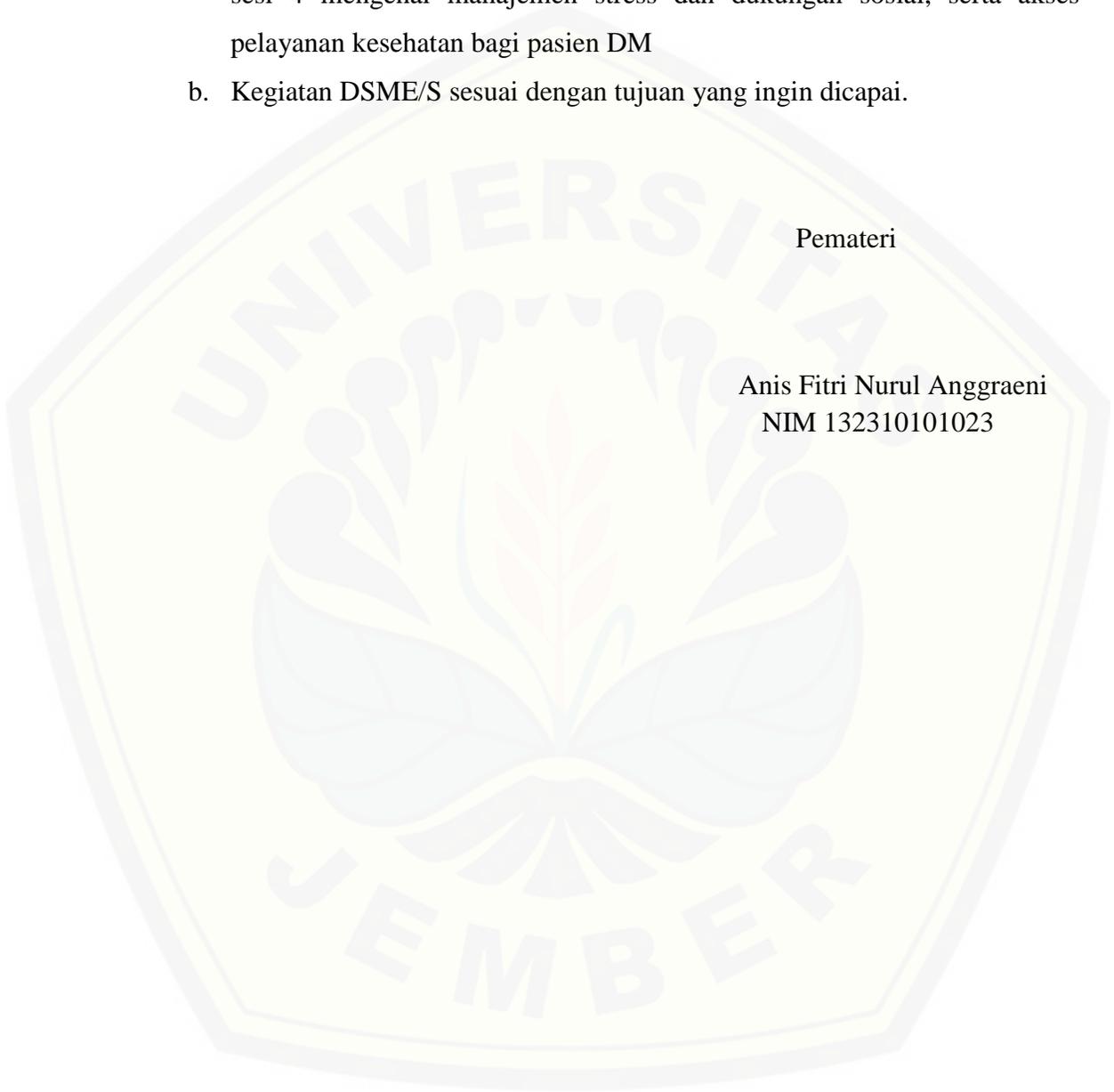
- a. Pasien dan keluarga antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- b. Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar.

3. Evaluasi Hasil

- a. Pasien dan keluarga memahami materi yang telah disampaikan pada sesi 4 mengenai manajemen stress dan dukungan sosial, serta akses pelayanan kesehatan bagi pasien DM
- b. Kegiatan DSME/S sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

Pemateri

Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM 132310101023



E. 5 Satuan Acara Pendidikan Sesi 5**Satuan Acara Pendidikan (SAP)**

Materi	: Monitoring, Evaluasi Sesi 1-4 dan Konseling
Sasaran	: Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dan Keluarga
Waktu	: 150 menit
Tempat	: Rumah Responden

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan DSME/S selama pasien dirawat dirumah sakit pasien dan keluarga diharapkan dapat memahami pengelolaan mandiri DM.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat melakukan monitoring kadar gula darah dan tanda-tanda vital, menjelaskan serangkaian kegiatan DSME/S sesi 1 – sesi 4 minimal 90 % benar, dan melakukan konseling terkait pengelolaan mandiri DM.

C. SUBPOKOK BAHASAN

1. Monitoring
2. Evaluasi program sesi 1 – sesi 4
3. Konseling

D. MEDIA

Booklet Pengelolaan DM

E. MODEL PEMBELAJARAN

1. Jenis model pembelajaran: Pertemuan (tatap muka)
2. Landasan teori: Ceramah dan Diskusi
3. Langkah pokok
 - a. Menciptakan suasana pertemuan yang baik dan kondusif
 - b. Mengajukan masalah
 - c. Mengidentifikasi pilihan tindakan
 - d. Memberikan komentar
 - e. Menetapkan tindak lanjut

f. PROSES KEGIATAN

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan Peserta	
Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan membuat pertemuan 2. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan 	<ol style="list-style-type: none"> Memperhatikan dan menjawab salam Memperhatikan 	5 menit
Penyampaian materi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring kadar gula darah dan tanda-tanda vital 2. Mereview kembali materi dari sesi 1 – sesi 4 3. Mengevaluasi pengetahuan dan kemampuan pasien serta keluarga 4. Menjelaskan kembali materi yang belum dipahami 5. Melakukan konseling pada pasien dan keluarga terkait pengelolaan mandiri DM 	<ol style="list-style-type: none"> Pasien kooperatif Memperhatikan dan menjawab Memberikan sumbang saran Memperhatikan Mengajukan pertanyaan dan memperhatikan jawaban 	110 menit

Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup pertemuan dengan mengundang pertanyaan atau komentar dari pasien atau keluarga 2. Menampung jawaban dan memberi komentar tentang pendapat pasien 3. Menyimpulkan materi yang telah dibahas bersama 4. Menutup pertemuan dan memberi salam 	<p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan dan mencatat</p> <p>Memperhatikan dan mencatat</p> <p>Memperhatikan dan membalas salam</p>	35 menit
---------	---	--	----------

G. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur
 - a. Pasien dan keluarga berada di tempat pertemuan sesuai kontrak
 - b. Penyelenggaraan DSME/S dilakukan di rumah responden
 - c. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dilakukan sebelum pelaksanaan
2. Evaluasi Proses
 - a. Pasien dan keluarga antusias terhadap kegiatan yang dilakukan.
 - b. Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
3. Evaluasi Hasil
 - a. Pasien dan keluarga memahami seluruh rangkaian DSME/S.
 - b. Kegiatan DSME/S sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Pemateri

Anis Fitri Nurul Anggraeni

NIM 132310101023

F. 5 Satuan Acara Pendidikan Sesi 6**Satuan Acara Pendidikan (SAP)**

Materi	: Monitoring, Evaluasi Sesi 1-5 dan Konseling
Sasaran	: Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dan Keluarga
Waktu	: 150 menit
Tempat	: Rumah Responden

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan DSME/S selama pasien dirawat dirumah sakit pasien dan keluarga diharapkan dapat memahami pengelolaan mandiri DM.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien dan keluarga diharapkan dapat melakukan monitoring kadar gula darah dan tanda-tanda vital, menjelaskan serangkaian kegiatan DSME/S sesi 1 – sesi 5 minimal 90 % benar, dan melakukan konseling terkait pengelolaan mandiri DM.

C. SUBPOKOK BAHASAN

1. Monitoring
2. Evaluasi program sesi 1 – sesi 5
3. Konseling

D. MEDIA

Booklet Pengelolaan DM

E. MODEL PEMBELAJARAN

1. Jenis model pembelajaran: Pertemuan (tatap muka)
2. Landasan teori: Ceramah dan Diskusi
3. Langkah pokok
 - a. Menciptakan suasana pertemuan yang baik dan kondusif
 - b. Mengajukan masalah
 - c. Mengidentifikasi pilihan tindakan
 - d. Memberikan komentar
 - e. Menetapkan tindak lanjut

F. PROSES KEGIATAN

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan Peserta	
Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan membuat pertemuan 2. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan 	<p>Memperhatikan dan menjawab salam</p> <p>Memperhatikan</p>	5 menit
Penyampaian materi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring kadar gula darah dan tanda-tanda vital 2. Mereview kembali materi dari sesi 1 – sesi 5 3. Mengevaluasi pengetahuan dan kemampuan pasien serta keluarga 4. Menjelaskan kembali materi yang belum dipahami 5. Melakukan konseling pada pasien dan keluarga terkait pengelolaan mandiri DM 	<p>Pasien kooperatif</p> <p>Memperhatikan dan menjawab</p> <p>Memberikan sumbang saran</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Mengajukan pertanyaan dan memperhatikan jawaban</p>	110menit

Penutup	1. Menutup pertemuan dengan mengundang pertanyaan atau komentar dari pasien atau keluarga	Memperhatikan	35 menit
	2. Menampung jawaban dan memberi komentar tentang pendapat pasien	Memperhatikan dan mencatat	
	3. Menyimpulkan materi yang telah dibahas bersama	Memperhatikan dan mencatat	
	4. Menutup pertemuan dan memberi salam	Memperhatikan dan membalas salam	

G. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- a. Pasien dan keluarga berada di tempat pertemuan sesuai kontrak
- b. Penyelenggaraan DSME/S dilakukan di rumah responden
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dilakukan sebelum pelaksanaan

2. Evaluasi Proses

- a. Pasien dan keluarga antusias terhadap kegiatan yang dilakukan.
- b. Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar

3. Evaluasi Hasil

- a. Pasien dan keluarga memahami seluruh rangkaian DSME/S.
- b. Kegiatan DSME/S sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Pemateri

Anis Fitri Nurul Anggraeni

NIM 132310101023

Lampiran G. Surat Ijin Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 4175/UN25.1.14/SP/2016

Jember, 24 Oktober 2016

Lampiran : -

Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Anis Fitri Nurul Anggraeni

N I M : 132310101023

keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

judul penelitian : Pengaruh Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Ruang Adenium RSD dr. Soebandi Jember

lokasi : 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2. RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 2. Direktur RSD. dr. Soebandi Jember
 di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/1711/314/2016

Tentang

STUDI PENDAHULUAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 24 Oktober 2016 Nomor : 4175/UN25.1.14/SP/2016 perihal Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Anis Fitri Nurul Anggraeni 132310101023
 Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Pengaruh Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Ruang Adenium RSD. dr. Soebandi Jember".
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan RSD. dr. Soebandi Kabupaten Jember
 Tanggal : 31-10-2016 s/d 30-11-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 31-10-2016

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid Kajian Strategis & Politik


 Drs. SLAMET WIBIKO, M.Si.
 NIP. 19631212 198606 1004

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
 2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 31 Oktober 2016

Nomor : 440 / 42757 / 414 / 2016
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
 Yth.Sdr. Kepala Bidang P2KL Dinas
 Kesehatan Kab. Jember
 di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1711/314/2016, Tanggal 31 Oktober 2016, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Anis Fitri Nurul Anggraeni
 NIM : 132310101023
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Keperluan : Mengadakan Studi Pendahuluan Untuk Penyusunan Skripsi Berjudul "Pengaruh Diabetes Self Management Education And Support (DSME/S) Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Ruang Adenium RSD dr. Sobandi Jember"
 Waktu Pelaksanaan : 31 Oktober 2016 s/d 30 Nopember 2016

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 0821/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 23 Februari 2017
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Direktur Rumah Sakit dr. Soebandi
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Anis Fitri Nurul Anggraeni
N I M : 132310101023
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul penelitian : Pengaruh Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember
lokasi : RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon bantuan Saudara untuk memberi ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan studi pendahuluan sesuai dengan judul di atas.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,
Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER



Jember, 07 Maret 2017

Nomor : 423.4/106.st/610/2017
 Sifat : Penting
 Perihal : Permohonan Ijin Studi pendahuluan

Kepada
 Yth. Ka. Prodi PSIK UNEJ
 Jln. Kalimantan No.37
 Di

JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :
 0821/UN25.1.14/SP/2017 tanggal 23 Februari 2017 perihal tersebut pada
 pokok surat dengan ini kami sampaikan, bahwa pada prinsipnya kami
 menyetujui permohonan saudara untuk **Ijin Studi Pendahuluan** di RSD dr.
 Soebandi Jember, kepada :

Nama : **Anis Fitri Nurul Anggraeni**
 N I M : 132310101023
 Fakultas : Prodi PSIK UNEJ
 Judul Penelitian : Pengaruh *Diabetes Self Management Education And Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pada pasien
 Diabetes Melitus tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember.

Tanggal Penelitian : 07-03-2017 s/d 07-4-2017

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan
 Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



a.n. Direktur
 Wadir SDM & Pendidikan

drg. Arief Setyoargo, SH, M.Kes
 NIP. 19651214 199203 1 007

Tembusan Yth:

1. Wadir. Pelayanan
2. Ka. Inst.Rekam Medik
3. Ka. SM. Peny.Dalam
4. Ka. Kep.
5. Ka. Ru.
6. Arsip

Lampiran H. Surat Pernyataan telah Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Jl. Kalimantan 37 – Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember
Telp/Fax (0331) 323450, laman: www.unej.ac.id

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawa ini:

Nama : Ns. Rondhianto., M.Kep
NIP : 198303242006041002
Jabatan : Dosen Pembimbing Utama / Lektor

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama : Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM : 132310101023
Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 1 Gang Citra No. 54

Telah melakukan studi pendahuluan di RSD dr. Soebandi Jember dengan judul “Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support* (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup pada Pasien DM Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember ” pada tanggal 7 Maret 2017 sampai dengan 9 Maret 2017.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Jember, 15 Maret 2017
Dosen Pembimbing Utama

Ns. Rondhianto., M.Kep
NIP 198303242006041002

Lampiran I. Lembar Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1502/UN25.1.14/LT/2017 Jember, 11 April 2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Anis Fitri Nurul Anggraeni
N I M : 132310101023
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Pengaruh Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember
lokasi : Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818
e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : 0597/UN25.3.1/LT/2017
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

17 April 2017

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat Kabupaten Jember
di -
JEMBER

Memperhatikan surat Pengantar dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 1502/UN25.1.14/LT/2017 tanggal 11 April 2017, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM	: Anis Fitri Nurul Anggraeni / 132310101023
Fakultas / Jurusan	: PSIK / Ilmu Keperawatan
Alamat	: Jl. Kalimantan I Gg. Citra No. 4 Jember / No. Hp. 085235635447
Judul Penelitian	: Pengaruh <i>Diabetes Self Management Education and Support</i> (DSME/S) Terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember
Lokasi Penelitian	: Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember
Lama Penelitian	: Satu Bulan (17 April – 17 Mei 2017)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.



Tembusan Kepada Yth. :

1. Ketua PSIK Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip





PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Direktur RSD. dr. Soebandi Jember
 di -
 TEMPAT

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/2675/314/2017

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 17 April 2017 Nomor : 0542/UN25.3.1/LT/2017 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Anis Fitri Nurul Anggraeni 132310101023
 Instansi : PSIK / Ilmu Keperawatan / Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan I Gg. Citra 4 Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian dengan judul :
 "Pengaruh Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) Terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD. dr. Soebandi Jember".
 Lokasi : RSD. dr. Soebandi Jember
 Waktu Kegiatan : April s/d Mei 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 18-04-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politik


 ACHMAD DAVID, S.Sos
 Petata /k. I
 NIP. 196909121996021001

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Unej;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER



Jember, 02 Mei 2017

Nomor : 423.4/2663/610/2017
 Sifat : Penting
 Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Ka. Prodi Ilmu Keperawatan
 Universitas Jember
 Jln. Kalimantan No. 37
 Di
JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :
 0542/UN25.3.1/LT/2017 tanggal 17 April 2017 perihal tersebut pada pokok
 surat dengan ini kami sampaikan, bahwa pada prinsipnya kami menyetujui
 permohonan saudara untuk **Ijin Penelitian** di RSD dr. Soebandi Jember,
 kepada :

Nama : **Anis Fitri Nurul Anggraeni**
 N I M : 132310101023
 Fakultas : PSIK Unej
 Judul Penelitian : Pengaruh *Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S)* terhadap kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember.

Tanggal Penelitian : 02-05-2017 s/d 02-6-2017

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan
 Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



Pt. Direktur

drg. Budi Sumarsetyo, Sp.BM
 SIP 19570930 198303 1 005

Tembusan Yth:

1. Wadir. Pelayanan
2. Ka. Inst.Rekam Medik
3. Ka. SM. Peny.Dalam
4. Ka. Inst.....
5. Ka. Kep.
6. Ka. Ru.
7. Arsip

Lampiran J. Lembar Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI
Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER



dr. SOEBANDI
JEMBER

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor :423.4/ 3 3 20/610/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **drg.Budi Sumarsetyo,Sp.BM**
Jabatan : **Plt.Direktur RSD dr. Soebandi Jember**
Alamat : **Jln. Dr. Soebandi No. 124 Jember**

Menerangkan bahwa :

Nama : **Anis Fitri Nurul Anggraeni**
NIM : **132310101023**
Fakultas : **PSIK Unej**
Judul Penelitian : **Pengaruh Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) terhadap kualitas hidup pada pasien - DM tipe 2 di RSD dr.Soebandi Jember**

Menyatakan bahwa, mahasiswa tersebut telah melaksanakan penelitian di RSD dr. Soebandi Jember .

Demikian untuk diketahui, dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



Jember, 30 Mei 2017

Direktur

drg. Budi Sumarsetyo, Sp.BM

NIP. 19570930 198303 1 005

Lampiran K. Lembar Uji SOP



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

PERNYATAAN UJI KOMPETENSI PENGGUNAAN SOP

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. RONDHIANTO, M. KEP
NIP : 1983 0324 2006 04 1 002

sebagai penguji KOMPETENSI penggunaan SOP

Telah melakukan uji penggunaan SOP DSME / S yang dilakukan oleh:

Nama : ANIS FITRI NURUL ANGGRAENI
NIM : 132310101023

Yang mengadakan penelitian dengan judul

PENGARUH DIABETES SELF MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSME / S) TERHADAP
KUALITAS HIDUP PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RSUD dr. SOEGANDI
JEMBER

Setelah dilakukan uji kemampuan penggunaan SOP DSME / S maka dinyatakan memenuhi syarat untuk menggunakan SOP tersebut dalam proses penelitian. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, 26 APRIL 2017

Penguji SOP

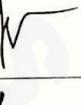
(Ns. RONDHIANTO, M. KEP)
NIP. 1983 03 24 2006 04 1 002

Lampiran L. Lembar Bimbingan DPU dan DPA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

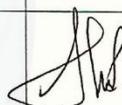
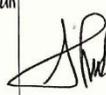
Nama Mahasiswa : Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM : 132310101023
Nama DPU : Ns. Rondhianto, M.Kep

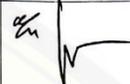
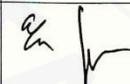
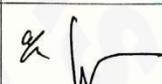
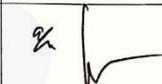
No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	15 September 2016	- Pendaftaran judul tugas akhir - upload file draf	Ace good	
2.	26 Oktober 2016	penetapan judul dan bimbingan	Ace good	
3.	27 Desember 2016	- Persiapan Studi Pendahuluan - Bab 1	- membuat daftar pertanyaan untuk studi pendahuluan - kuesioner pengetahuan Panen dan Bab 1 perbaikan	
4.	28 Desember 2016	- kuesioner pengetahuan panen dan - Bab 1.	- selesaikan BAB 1-4 - Bab 2 sumu	
5.	14 Maret 2017	Bab 1 - bab 4	perbaiki kriteria eksklusi dan inklusi tambahkan hasil studi pendahuluan tambahkan literatur dari penelitian sebelumnya	
6.	20 Maret 2017	- Bab 1 - 4	Bab 4 ok !!! Ace sempre ✓	
7.	2 Juni 2017	Hasil penelitian dan hasil uji statistik	- perhatikan uji t independen - lanjut bab 5 dan 6	

8.	5 Juni 2017	bab 5 - 6	- Pelapan lagi uji statistik - perhatikan penulisan bab 5 (FTO)	
9.	7 Juni 2017	bab 4-6	- Bedakan bab 4 sempro dan fidang - buat abstrak dan ngejarsan	
10	12 Juni 2017	Halaman depan, bab 1-6, lampiran	- Perhatikan IMRADs pada abstrak - sesuaikan pembahasan dan kesimpulan dengan tujuan	
11	13 Juni 2017	Halaman depan bab 4-6	Acc Sibung.	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Anis Fitri Nurul Anggraeni
NIM : 132310101023
Nama DPA : Ns. Peni Perdani J., M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
1.	15-September 2016	- pendaftaran judul tugas akhir - upload file draft		
2.	26 oktober 2016	penetapan judul dan bimbingan	Acc judul	
3.	30 Desember 2016	- Persiapan studi Pendahuluan	- selesaikan bab 1-4 - kuesioner	
4.	7 Februari 2017	bab 1 dan bab 2	Perbaiki bab 1	
5.	22 Februari 2017	bab 1 - bab 4	revisi bab 1 + tambahkan hasil stupen	
6.	15 Maret 2017	bab 1 - bab 4	Perbaiki bab 4 Pergelar sesi OSME/S	
7.	16 Maret 2017	bab 1 - bab 4	Perbaiki bab 4	

8.	17 Maret 2017	bab 1 - bab 4	acc sempro	
9.	5 Juni 2017	Hasil penelitian dan hasil uji stabilitas via email	lanjut bab 5 dan 6	
10.	13 Juni 2017	bab 4 - bab 6 via email	perhatikan pemulisan bab 5	
11.	14 Juni 2017	Halaman depan, abstrak, ringkasan, bab 1-6, lampiran via email	perhatikan penyusunan kalimat	
12.	16 Juni 2017	abstrak, ringkasan, bab 1-6 lampiran via email	Acc Sidang	

Lampiran M. Hasil Penelitian

Karakteristik Responden Kelompok Perlakuan**Jenis kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Valid Laki-laki	8	53,3	53,3	53,3	,3	13,1	26,7	80,0
Perempuan	7	46,7	46,7	100,0	-,3	13,1	20,0	73,3
Total	15	100,0	100,0		,0	,0	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Pendidikan terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Valid SD	10	66,7	66,7	66,7	-,7	11,6	40,0	86,7
SLTP	2	13,3	13,3	80,0	,3	8,7	,0	33,3
SLTA	2	13,3	13,3	93,3	-,1	8,7	,0	33,3
PT	1	6,7	6,7	100,0	,5	6,4	,0	20,0
Total	15	100,0	100,0		-,1	3,2	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Valid Tidak bekerja	5	33,3	33,3	33,3	,0	11,9	13,3	60,0
PNS	1	6,7	6,7	40,0	-,3	6,4	,0	20,0
Wiraswasta	6	40,0	40,0	80,0	,1	13,1	13,3	66,7
Petani	2	13,3	13,3	93,3	,1	9,0	,0	33,3
Pensiunan	1	6,7	6,7	100,0	,2	6,7	,0	20,0
Total	15	100,0	100,0		,0	,0	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

status pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a	
					Bias	Std. Error
menikah	9	60.0	60.0	60.0	.8	12.5
Valid janda/duda	6	40.0	40.0	100.0	-.8	12.5
Total	15	100.0	100.0		-.1	3.2

keluarga yang merawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a	
					Bias	Std. Error
suami/istri	6	40.0	40.0	40.0	.6	12.7
Valid anak	7	46.7	46.7	86.7	-.8	12.9
lain-lain	2	13.3	13.3	100.0	.1	8.6
Total	15	100.0	100.0		.0	.0

penghasilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
< Rp 1.763.392	12	80.0	80.0	80.0	-.5	10.5	60.0	100.0
Valid >Rp 1.763.392	3	20.0	20.0	100.0	.5	10.5	.0	40.0
Total	15	100.0	100.0		-3.0	17.1	.0	100.0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Usia Dan Lama Menderita
Statistics**

			Statistic	Bootstrap ^b			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
N	Valid	Usia	15	0	0	15	15
		Lama menderita DM	15	0	0	15	15
	Missing	Usia	0	0	0	0	0
		Lama menderita DM	0	0	0	0	0
Mean		Usia	58,73	,00	1,50	55,27	61,47
		Lama menderita DM	2,93	-,01	,41	2,20	3,73
Std. Error of Mean		Usia	1,544				
		Lama menderita DM	,441				
Median		Usia	60,00	-,23	1,73	57,00	65,00
		Lama menderita DM	3,00	-,11	,41	1,00	3,00
Mode		Usia	60 ^a				
		Lama menderita DM	3				
Std. Deviation		Usia	5,982	-,277	1,066	3,082	7,510
		Lama menderita DM	1,710	-,095	,346	,915	2,257
Variance		Usia	35,781	-2,098	11,690	9,499	56,407
		Lama menderita DM	2,924	-,195	1,110	,838	5,095
Range		Usia	18				
		Lama menderita DM	6				
Minimum		Usia	47				
		Lama menderita DM	1				
Maximum		Usia	65				

	Lama menderita DM	7				
Sum	Usia	881				
	Lama menderita DM	44				

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Karakteristik Responden Kelompok Kontrol

Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Valid Laki-laki	5	33,3	33,3	33,3	,4	12,5	13,3	60,0
Perempuan	10	66,7	66,7	100,0	-,4	12,5	40,0	86,7
Total	15	100,0	100,0		-,2	4,5	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

pendidikan terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Valid SD	6	40.0	40.0	40.0	-,2	12.5	13.3	66.7
SLTP	1	6.7	6.7	46.7	.1	6.7	.0	20.0
SLTA	8	53.3	53.3	100.0	.1	12.6	26.7	80.0
Total	15	100.0	100.0		.0	.0	100.0	100.0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Valid Tidak bekerja	6	40,0	40,0	40,0	,0	12,5	13,3	66,7
Wiraswasta	8	53,3	53,3	93,3	,3	12,9	26,7	80,0
Pensiunan	1	6,7	6,7	100,0	-,2	6,2	,0	20,0
Total	15	100,0	100,0		,0	,0	100,0	100,0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

status pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a	
					Bias	Std. Error
Valid Menikah	11	73.3	73.3	73.3	-.2	11.6
janda/duda	4	26.7	26.7	100.0	.2	11.6
Total	15	100.0	100.0		-1.2	10.9

penghasilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a			
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Valid < Rp 1.763.392	11	73.3	73.3	73.3	-.2	11.6	53.3	93.3
>Rp 1.763.392	4	26.7	26.7	100.0	.2	11.6	6.7	46.7
Total	15	100.0	100.0		-1.1	10.4	100.0	100.0

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

keluarga yang merawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a		
					Bias	Std. Error	
Valid	suami/istri	7	46.7	46.7	46.7	-.6	12.9
	Anak	7	46.7	46.7	93.3	.4	12.7
	lain-lain	1	6.7	6.7	100.0	.2	6.7
	Total	15	100.0	100.0		.0	.0

Usia Dan lama menderita
Statistics

		Statistic	Bootstrap ^b				
			Bias	Std. Error	95% Confidence Interval		
					Lower	Upper	
N	Valid	Usia	15	0	0	15	15
		Lama menderita DM	15	0	0	15	15
	Missing	Usia	0	0	0	0	0
		Lama menderita DM	0	0	0	0	0
Mean	Usia	56,00	,04	1,70	52,54	59,27	
	Lama menderita DM	4,67	,02	,65	3,47	6,00	
Median	Usia	56,00	,82	1,88	53,00	60,00	
	Lama menderita DM	4,00	,25	,80	3,00	5,00	
Mode	Usia	56 ^a					
	Lama menderita DM	3					
Std. Deviation	Usia	7,061	-,485	1,739	3,442	9,740	
	Lama menderita DM	2,582	-,135	,530	1,265	3,335	
Minimum	Usia	37					
	Lama menderita DM	1					
Maximum	Usia	65					
	Lama menderita DM	10					
Sum	Usia	840					
	Lama menderita DM	70					

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

b. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Nilai Kualitas Hidup Kelompok Perlakuan

			Statistics				
			Statistic	Bootstrap ^b			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
N	Valid	sebelum perlakuan	15	0	0	15	15
		setelah perlakuan	15	0	0	15	15
	Missing	sebelum perlakuan	0	0	0	0	0
		setelah perlakuan	0	0	0	0	0
Mean		sebelum perlakuan	73.80	.20	2.75	68.53	79.80
		setelah perlakuan	85.87	.17	1.93	82.27	90.00
Std. Error of Mean		sebelum perlakuan	2.825				
		setelah perlakuan	1.997				
Median		sebelum perlakuan	76.00	-.08	2.55	74.00	80.00
		setelah perlakuan	87.00	.00	2.87	84.00	92.00
Mode		sebelum perlakuan	58 ^a				
		setelah perlakuan	84 ^a				
Std. Deviation		sebelum perlakuan	10.943	-.515	1.624	6.820	13.178
		setelah perlakuan	7.736	-.307	1.041	5.186	9.264
Variance		sebelum perlakuan	119.743	-8.368	32.538	46.517	173.653
		setelah perlakuan	59.838	-3.577	15.040	26.895	85.821
Range		sebelum perlakuan	34				
		setelah perlakuan	24				
Minimum		sebelum perlakuan	57				
		setelah perlakuan	73				
Maximum		sebelum perlakuan	91				
		setelah perlakuan	97				
Sum		sebelum perlakuan	1107				
		setelah perlakuan	1288				

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

b. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Tingkat Kualitas Hidup Kelompok Perlakuan
pretest_intervensi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a	
					Bias	Std. Error
Valid rendah	4	26.7	26.7	26.7	.2	11.5
Valid sedang	10	66.7	66.7	93.3	.0	12.3
Valid tinggi	1	6.7	6.7	100.0	-.2	6.6
Total	15	100.0	100.0		-.2	4.5

postest_intervensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a	
					Bias	Std. Error
Valid sedang	9	60.0	60.0	60.0	-.1	13.2
Valid tinggi	6	40.0	40.0	100.0	.1	13.2
Total	15	100.0	100.0		-.2	4.5

Nilai Kualitas Hidup Kelompok Kontrol

Statistics

	Statistic	Bootstrap ^b				
		Bias	Std. Error	95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
N	Valid pre test kontrol	15	0	0	15	15
	Valid post test kontrol	15	0	0	15	15
Missing	Missing pre test kontrol	0	0	0	0	0
	Missing post test kontrol	0	0	0	0	0
Mean	Mean pre test kontrol	74.60	.07	2.63	69.13	79.47
	Mean post test kontrol	77.00	.04	2.57	71.87	81.73
Std. Error of Mean	Std. Error of Mean pre test kontrol	2.644				
	Std. Error of Mean post test kontrol	2.588				
Median	Median pre test kontrol	76.00	.19	2.32	71.00	83.00
	Median post test kontrol	79.00	.03	1.80	73.00	81.00
Mode	Mode pre test kontrol	76				
	Mode post test kontrol	79 ^a				
Std. Deviation	Std. Deviation pre test kontrol	10.239	-.576	1.719	5.804	12.730

Variance	post test kontrol	10.021	-.570	1.847	5.276	12.544
	pre test kontrol	104.829	-8.515	32.249	33.690	162.064
Minimum	post test kontrol	100.429	-7.690	33.680	27.840	157.352
	pre test kontrol	54				
Maximum	post test kontrol	57				
	pre test kontrol	89				
Sum	post test kontrol	91				
	pre test kontrol	1119				
	post test kontrol	1155				

- a. Multiple modes exist. The smallest value is shown
- b. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Tingkat Kualitas Hidup Kelompok Kontrol

kategori_pretest kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a				
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval		
							Lower	Upper	
Valid	rendah	3	20.0	20.0	20.0	.2	10.4	.0	40.0
	sedang	12	80.0	80.0	100.0	-.2	10.4	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0		-3.9	19.4	.0	100.0

- a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

kategori_postest kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Bootstrap for Percent ^a				
					Bias	Std. Error	95% Confidence Interval		
							Lower	Upper	
Valid	rendah	2	13.3	13.3	13.3	.4	8.8	.0	33.3
	sedang	12	80.0	80.0	93.3	-.1	10.6	60.0	100.0
	tinggi	1	6.7	6.7	100.0	-.3	6.3	.0	20.0
	Total	15	100.0	100.0		-3.6	18.6	.0	100.0

- a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Uji Normalitas

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
sebelum perlakuan	.241	15	.019	.886	15	.059
setelah perlakuan	.147	15	.200*	.937	15	.342

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pre test kontrol	.182	15	.193	.911	15	.141
post test kontrol	.233	15	.027	.890	15	.066

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
difference kontrol	.233	15	.027	.903	15	.104
difference perlakuan	.221	15	.048	.885	15	.057

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Uji Homogenitas

Test of Homogeneity of Variances

difference homogenitas

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
12.473	1	28	.001

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 sebelum perlakuan - setelah perlakuan	-12.067	4.284	1.106	-14.439	-9.694	-10.909	14	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 pre test kontrol - post test kontrol	-2.400	2.384	.616	-3.720	-1.080	-3.898	14	.002

Uji T-Independent

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
difference perlakuan dan kontrol	12.473	.001	7.636	28	.000	9.667	1.266	7.074	12.260	
			7.636	21.915	.000	9.667	1.266	7.041	12.293	

Lampiran N. Dokumentasi



Gambar 1. Kegiatan Pemberian Sesi DSME/S di RSD dr. Soebandi Jember



Gambar 2. Kegiatan Pemberian Sesi DSME/S di Rumah Responden Wilayah Jember