



**HUBUNGAN RELIGIUSITAS DENGAN *DIABETES DISTRESS*
PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Mashila Refani Putri
NIM 132310101013**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**HUBUNGAN RELIGIUSITAS DENGAN *DIABETES DISTRESS*
PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

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

oleh

**Mashila Refani Putri
NIM 132310101013**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Surip, Ibunda Ani Nurul Alfiati, Kakakku Dimas Adi Putra Refani dan Mashita Refani Putri, dan Adikku Mashisca Refani Putri serta keluarga maupun kerabat besar dan teman serta sahabat yang selalu memberikan doa, dukungan serta semangat selama ini;
2. Guru-guruku di TK ABA I Jember, SDN JemberLor I Jember, SMPN 1 Jember, SMAN 2 Jember, dan seluruh keluarga besar akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

MOTTO

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum
hingga mereka mengubah diri mereka sendiri
(terjemahan QS. *Ar-Ra'd* ayat 11)*)



Kemuliaan paling besar bukanlah karena kita tidak pernah terpuruk, tapi
karena kita selalu mampu bangkit setelah terjatuh
(Oliver Goldsmith)

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

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mashila Refani Putri

NIM : 132310101013

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember” yang saya tulis adalah benar-benar hasil karya saya sendiri serta bukan karya jiplakan, kecuali dalam pengutipan substansi sumbernya saya tulis, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah saya adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari itu tidak benar.

Jember, Juli 2017

Yang menyatakan,



Mashila Refani Putri
NIM 132310101013

SKRIPSI

**HUBUNGAN RELIGIUSITAS DENGAN *DIABETES DISTRESS* PADA
KLIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PATRANG KABUPATEN JEMBER**

oleh

**Mashila Refani Putri
NIM 1323101013**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Nur Widayati, MN.

Dosen Pembimbing Anggota : Hanny Rasni, S. Kp, M.Kep.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Senin

tanggal : 10 Juli 2017

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Pembimbing I,



Ns. Nur Widayati, MN.
NIP. 19810610 200604 2 001

Pembimbing II,



Hanny Rasni, S. Kp, M. Kep
NIP. 19761219 200212 2 003

Penguji I,



Ns. Erti I Dewi, S.Kep., M.Kep., S.Kep.J.
NIP. 19811028 200604 2 002

Penguji II,



Ns Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 19810319 201404 1 001

Mengesahkan
Ketua Program Studi,



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

Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (*Correlation between Religiosity and Diabetes Distress in Clients with Type 2 Diabetes Mellitus in the Area of Public Health Center of Patrang Jember*)

Mashila Refani Putri

School of Nursing University of Jember

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease that can cause long term physical and psychological discomfort. One of psychological problems that can occur is diabetes distress. Religiosity is a coping that help to solve the psychological problems such as diabetes distress. This research aimed to analyzethe correlation between religiosity and diabetes distress in clients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). Independent variable in this research is religiosity and the dependent variable is the diabetes distress. This research applied an observational analytic design with cross sectional approach. A total of 71 respondents were enrolled in this study by using consecutive sampling technique. Data collection was conducted by administering questionnaires of religiosity scale and Diabetes Distress Scale (DDS). Data were analyzed by using Spearman test with significance level of 0.05. The result showed that the mean value of religiosity and diabetes distress was 64.31 and 2.36 respectively. There was a significant negative correlation between religiosity and diabetes distress (p value: 0.001; r: -0.505). The correlation was negative which means the higher the level of religiosity the lower the level of diabetes distress. Religiosity is the driving factor of healthy coping in dealing with psychological problems such as diabetes distress. This study suggests the importance of assessing religiosity to minimize distress in type 2 diabetes patients.

Keywords : *type 2 diabetes mellitus, diabetes distress, religiosity*

RINGKASAN

Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember: Mashila Refani Putri, 132310101013; 2017; xx + 165 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kronis yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan fisik dan psikologis dalam jangka panjang. Salah satu gangguan psikologis yang dapat terjadi adalah *diabetes distress*. *Diabetes distress* adalah kekhawatiran berlebih tentang manajemen diri dari diabetes. Individu umumnya tidak mampu bertahan dalam keadaan yang menekan psikologis dan cenderung menggunakan koping dalam mengatasinya. Salah satu koping yang dapat membantu mengatasi kesulitan adalah religiusitas. Religiusitas memiliki dampak positif bagi penyembuhan dan berfungsi untuk menengahi efek negatif dari stres.

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan metode *cross sectional*. Teknik pengambilan sampling menggunakan *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*. Sampel penelitian sejumlah 71 orang. Pengumpulan data menggunakan skala religiusitas untuk mengukur religiusitas dan kuesioner *Diabetes Distress Scale* (DDS) untuk mengukur *diabetes distress*. Teknik analisa data menggunakan uji statistik *spearman rank* dengan tingkat signifikan 0,05.

Pada penelitian ini didapatkan nilai rerata religiusitas 64,31 dan *diabetes distress* 2,36. Hasil uji statistik dengan *spearman rank* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang (*p value* : 0,000 dan *r* : -0,505). Kolerasi bersifat negatif dengan tingkat keeratan sedang. Kolerasi negatif

menunjukkan semakin tinggi religiusitas maka semakin rendah *diabetes distress* yang dialami klien DM.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan yang signifikan antara religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Religiusitas merupakan salah satu pendorong dalam mengatasi pikiran negatif dan faktor pendorong terjadinya coping yang sehat dalam menangani gangguan fisik dan psikologis seperti *diabetes distress*. Oleh karena itu penting bagi perawat untuk mengkaji tingkat stres dan religiusitas pasien DM sehingga dapat diberikan intervensi berbasis religiusitas seperti terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT) dan terapi transpersonal untuk menurunkan *distress* pasien DM.

PRAKATA

Puji syukur kepada kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan religiusitas dengan diabetes distress pada klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M. Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Nur Widayati, MN selaku dosen pembimbing utama dan dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. Hanny Rasni, S.Kp, M.Kep selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, S.Kep., M.Kep., S.Kep.J., selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Mulia Hakam, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;

6. Klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian;
7. Pihak Puskesmas Patrang yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian;
8. Seluruh keluarga besar angkatan 2013 yang telah bersama-sama dengan penulis berjuang untuk menyelesaikan proses perkuliahan dan penyusunan skripsi;
9. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalamannya kepada penulis selama menempuh studi disini serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Kritik dan saran diharapkan untuk penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini mendatangkan manfaat bagi semua khususnya bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUTAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan.....	8
1.4.2 Bagi Pelayanan Kesehatan	8
1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan.....	9
1.4.4 Bagi Masyarakat/Penyandang DM.....	9
1.4.5 Bagi Peneliti	9
1.5 Keaslian Penelitian	9

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Konsep Diabetes Melitus.....	12
2.1.1 Definisi Diabetes Melitus.....	12
2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus.....	12
2.1.3 Etiologi Diabetes Melitus.....	14
2.1.4 Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe 2.....	16
2.1.5 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus.....	17
2.1.6 Komplikasi Diabetes Melitus.....	19
2.1.7 Diagnosa Diabetes Melitus.....	23
2.1.8 Pencegahan Diabetes Melitus.....	24
2.1.9 Penatalaksanaan Diabetes Melitus.....	26
2.2 Konsep Religiusitas.....	29
2.2.1 Definisi Religiusitas.....	29
2.2.2 Dimensi Religiusitas.....	30
2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Religiusitas.....	35
2.2.4 Karakteristik Individu yang Memiliki Religiusitas.....	38
2.2.5 Manfaat Religiusitas dalam Kehidupan.....	40
2.2.6 Pengukuran Religiusitas.....	43
2.3 Konsep <i>Diabetes Distress</i>.....	45
2.3.1 Definisi <i>Diabetes Distress</i>	45
2.3.2 Perbedaan <i>Distress</i> pada Pasien DM Tipe 1 dan Tipe 2.....	46
2.3.3 Faktor yang Berhubungan dengan <i>Diabetes Distress</i>	47
2.3.4 Pengukuran Stres.....	51
2.4 Hubungan Religiusitas dengan <i>Diabetes Distress</i> pada Diabetes Melitus Tipe 2.....	55
2.5 Kerangka Teori.....	58
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	59
3.1 Kerangka Konsep.....	59
3.2 Hipotesis Penelitian.....	60
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	61
4.1 Desain Penelitian.....	61

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	61
4.2.1 Populasi Penelitian	61
4.2.2 Sampel Penelitian	62
4.2.3 Teknik Sampling	62
4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian	63
4.3 Tempat Penelitian	64
4.4 Waktu Penelitian.....	64
4.5 Definisi Operasional	66
4.6 Pengumpulan Data	68
4.6.1 Sumber Data	68
4.6.2 Teknik Pengambilan Data	68
4.6.3 Alat Pengumpulan Data.....	69
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	71
4.7 Pengolahan Data	72
4.7.1 <i>Editing</i>	72
4.7.2 <i>Coding</i>	72
4.7.3 <i>Entry data</i>	74
4.7.4 <i>Cleaning</i>	75
4.8 Analisa Data	75
4.8.1 Analisis Univariat	75
4.8.2 Analisis Bivariat	76
4.9 Etika Penelitian	78
4.9.1 Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	78
4.9.2 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	79
4.9.3 Keadilan (<i>Justice</i>).....	79
4.9.4 Asas Kemanfaatan.....	80
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	81
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	81
5.2 Hasil Penelitian	82
5.2.1 Karakteristik Klien DM	82
5.2.2 Religiusitas.....	84

5.2.3 <i>Diabetes Distress</i>	85
5.2.4 Uji Normalitas.....	86
5.2.5 Hubungan Religiusitas dengan <i>Diabetes Distress</i> pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang	87
5.3 Pembahasan.....	88
5.3.1 Karakteristik Klien DM	88
5.3.2 Religiusitas pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.....	98
5.3.3 <i>Diabetes Distress</i> pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	105
5.3.3 Hubungan Religiusitas dengan <i>Diabetes Distress</i> pada Klien DM tipe 2.....	111
5.4 Keterbatasan Penelitian	115
BAB 6. KESIMPULAN	117
9.1 Kesimpulan.....	117
6.2 Saran	118
DAFTAR PUSTAKA	120
LAMPIRAN.....	136

DAFTAR TABEL

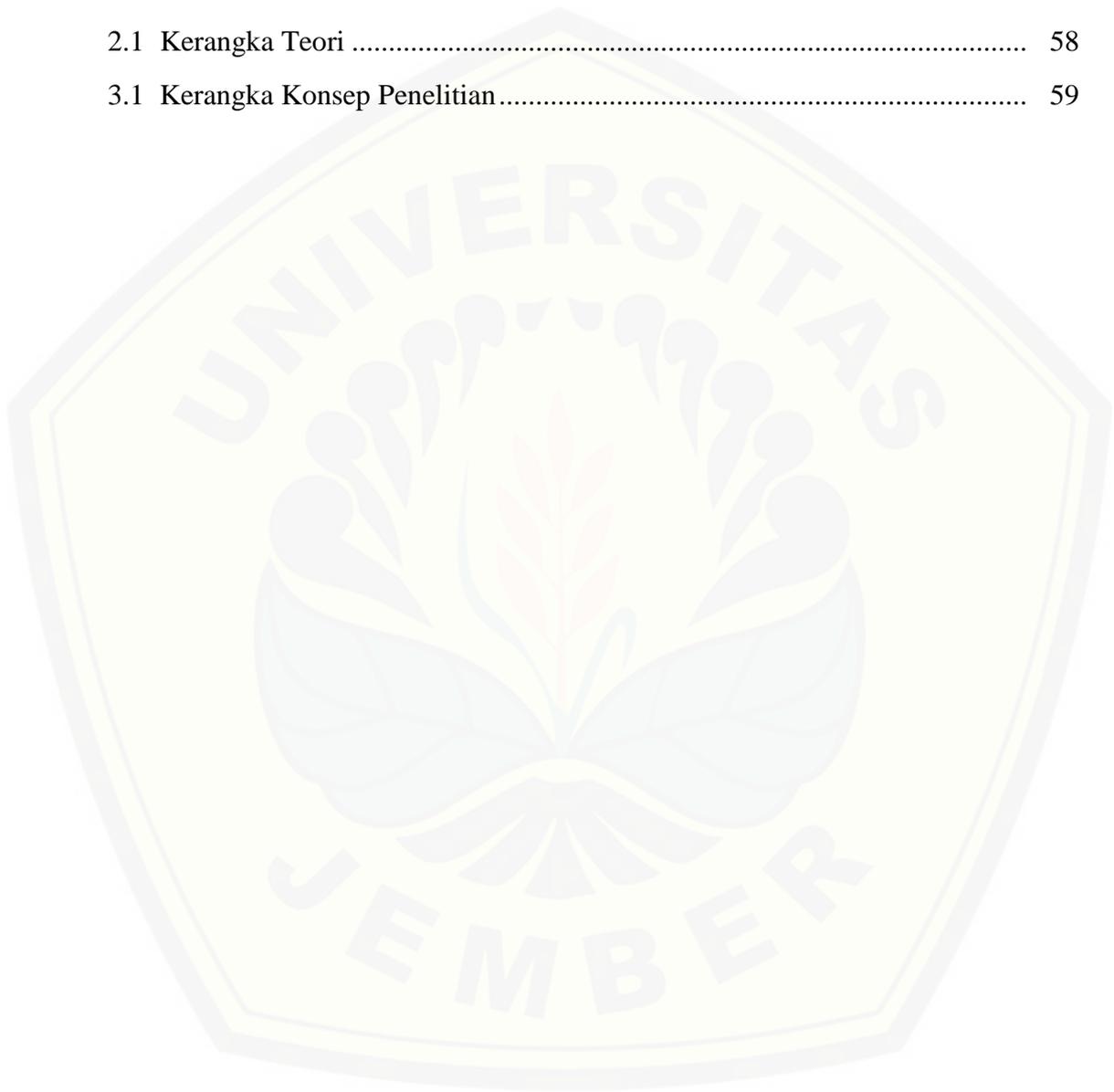
	Halaman
1.1 Perbedaan Penelitian	11
2.1 Karakteristik Diagnosis DM	23
4.1 Alokasi Waktu Penelitian.....	65
4.2 Definisi Operasional	67
4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Skala Religiusitas</i>	70
4.4 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Diabetes Distress Scale (DDS)</i>	71
4.5 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p, dan arah korelasi	78
5.1 Distribusi Responden Menurut Usia dan Lama DM pada klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71).....	82
5.2 Distribusi Responden Menurut Agama, Status Menikah, Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan pada klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71).....	83
5.3 Nilai Rerata Religiusitas pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71).....	84
5.4 Distribusi Responden berdasarkan Kategori Religiusitas pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71)...	84
5.5 Nilai Rerata Indikator Religiusitas pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71).....	85
5.6 Nilai Rerata <i>Diabetes Distress</i> pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71).....	85
5.7 Distribusi Responden berdasarkan kategori <i>Diabetes Distress</i> pada klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71).....	86
5.8 Nilai Rerata Indikator <i>Diabetes Distress</i> pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71).....	86
5.9 Hasil Uji Normalitas Variabel Religiusitas dan <i>Diabetes Distress</i>	86

5.10 Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada Klien DM tipe 2
di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember..... 87



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	58
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	59



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	137
B. Lembar <i>Consent</i>	138
C. <i>Screening Mini Mental State Examination</i> (MMSE).....	139
D. Kuesioner Demografi.....	140
E. Kuesioner Skala Religiusitas	141
F. Kuesioner <i>Diabetes Distress Scale</i> (DDS).....	144
G. Analisa Data.....	146
H. Dokumentasi	153
I. Lembar Surat Ijin	154
J. Lembar Konsul DPU dan DPA.....	163

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Frekuensi terjadinya penyakit tidak menular di masyarakat semakin meningkat dan menjadi perhatian (*World Health Organization*, 2016). Salah satu penyakit tidak menular (PTM) adalah Diabetes Melitus (DM). Diabetes Melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh peningkatan glukosa dalam darah (hiperglikemi) yang terjadi akibat penurunan kemampuan tubuh untuk berespon terhadap insulin dan penurunan atau kegagalan pankreas dalam pembentukan insulin (Smeltzer & Bare, 2002). Jenis diabetes melitus yang banyak diderita adalah diabetes melitus tipe 2. WHO (2016) menyatakan bahwa angka kejadian diabetes mengalami peningkatan sejak tahun 1980 sampai 2014, naik dari 4,7% menjadi 8,5% pada populasi orang dewasa.

Internasional Diabetes Federation menyebutkan pada tahun 2015 terdapat sebanyak 415 juta orang dewasa hidup dengan diabetes. Angka kejadian diabetes akan terus meningkat, dan diperkirakan pada tahun 2040 menjadi 642 juta orang dewasa. Peningkatan jumlah orang dengan DM tipe 2 terbesar terjadi pada rentang usia antara 20 sampai 65 tahun. Pada tahun 2015 sebanyak 5 juta orang mengalami kematian akibat diabetes di dunia (IDF, 2015). Diabetes merupakan penyebab kematian sebanyak 1,5 juta orang pada tahun 2012 dan terjadi penambahan 2,2 juta yang disebabkan karena komplikasi. Sebesar 43% dari jumlah total kematian 3,7 juta terjadi pada usia <70 tahun (WHO, 2016).

Indonesia menduduki peringkat ke-7 sebanyak 10 juta orang dengan diabetes (IDF, 2015).

Menurut Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2013, Diabetes Melitus menduduki tempat ke-4 setelah asma, PPOK dan kanker sebagai penyakit tidak menular dengan persentase 2,1%. Proporsi DM di Indonesia sebesar 6,9% dengan proporsi DM pada perempuan cenderung lebih tinggi, tetapi hampir sama antara proporsi di perkotaan 6,8% dan perdesaan 7,0%. Prevalensi diabetes tertinggi pada tahun 2013 terdapat di Yogyakarta sebanyak 2,6%, DKI Jakarta sebanyak 2,5%, Sulawesi Utara sebanyak 2,4% dan Kalimantan Timur sebanyak 2,3%. Pada tahun yang sama, sebanyak 2,1% orang di Jawa Timur mengalami diabetes melitus dan sebanyak 2,5% diketahui mengalami tanda dan gejala DM. Menurut data Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2013, hasil laporan tahunan rumah sakit di Jawa Timur pada tahun 2012 ditemukan bahwa DM merupakan penyakit kronis terbanyak setelah hipertensi dengan jumlah kasus mencapai 137.427 pada rumah sakit pemerintahan tipe B dan C.

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menunjukkan bahwa DM menduduki peringkat kedua setelah hipertensi, selain itu didapatkan jumlah kunjungan pasien DM di wilayah puskesmas kabupaten Jember pada tahun 2016 sebanyak 10.941 kunjungan. Puskesmas Patrang masuk ke dalam sepuluh besar kunjungan tertinggi dan menduduki urutan ketujuh dengan jumlah kunjungan pasien DM tipe 2 sebanyak 414 kunjungan. Data dari Puskesmas Patrang menunjukkan bahwa DM menduduki urutan kedua setelah hipertensi. Berdasarkan data di Puskesmas Patrang mulai April 2016 sampai Maret 2017

terdapat 467 kunjungan pasien DM tipe 2. Jumlah pasien pada kunjungan tersebut sebanyak 243 orang.

Hasil studi pendahuluan dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Diabetes Distress Scale* (DDS) dan melakukan wawancara terkait religiusitas pada 10 pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang. Hasil yang didapatkan rata-rata skor yang diperoleh dari 10 pasien dengan menggunakan kuesioner DDS adalah 2,4 yaitu distres sedang. Dari 10 pasien didapatkan 7 orang mengalami distres sedang, 1 orang mengalami distres berat, dan 2 orang tidak mengalami distres. Sebanyak 6 dari 7 orang yang mengalami distres sedang mengatakan bahwa mereka melakukan kegiatan keagamaan seperti berdoa, pengajian, membaca kitab dan beribadah untuk mengurangi kekhawatiran terkait DM, sedangkan satu orang mengatakan bahwa jarang mengikuti acara-acara pengajian dikarenakan sibuk mengurus rumah dan kondisi kesehatan yang dialami saat ini merupakan nasib dan balasan dari Tuhan untuk dosa-dosa yang telah dilakukan pada masalalu. Satu orang dengan distres berat mengatakan bahwa sering melakukan kegiatan ibadah seperti sembahyang, berdoa dan mengaji dirumahnya. Dari dua orang yang tidak mengalami distres, satu orang mengatakan bahwa masih taat beribadah dan mengaji dirumahnya sebagai pegangan dimasa tuanya sedangkan satu orang lainnya mengatakan bahwa penyakit yang dialaminya merupakan penyakit yang umum diderita akibat usia yang sudah mulai menua dan jarang melakukan kegiatan keagamaan dilingkungan sekitar seperti pengajian dan sholat berjamaah karena mudah kelelahan.

Menurut Satrianegara (2014), diabetes melitus yang juga merupakan penyakit kronis mampu menyebabkan penurunan kualitas hidup. Pada kondisi tersebut, individu harus selalu menjaga pola makan, selalu melakukan perawatan kaki, mencegah terjadinya hipoglikemi atau hiperglikemi dan hal tersebut akan berlangsung secara terus menerus sepanjang hidupnya (Lewis *et al.*, 2014). Penyakit kenaikan gula darah ini dapat mengganggu kesehatan fisik dan psikis. Pasien diabetes harus tergantung pada terapi pengelolaan diabetes. Hal tersebut dapat menimbulkan permasalahan misalnya pasien merasa lemah karena harus diet, setiap perubahan dalam kesehatan dapat menjadi stressor (Potter & Perry, 2005). Keharusan pasien diabetes melitus mengubah pola hidupnya agar gula darah dalam tubuh tetap seimbang dapat mengakibatkan mereka rentan terhadap stres, karena stres akan terjadi apabila seseorang merasakan adanya ketidaksesuaian antara sumber daya yang dimiliki dengan tuntutan situasi yang harus dijalankan ketika tuntutan situasi dirasakan berbeda dengan situasi sebelumnya dan terlalu berat maka stres akan terjadi (Wiesli *et al.*, 2005).

Menurut Smeltzer & Bare (2002), stres adalah suatu keadaan yang dihasilkan oleh perubahan lingkungan yang diterima sebagai suatu hal yang menantang, mengancam, atau merusak terhadap keseimbangan seseorang. Stres akan menyebabkan ketidakseimbangan mental dan emosional yang akan berdampak pada produktifitas dan hidup individu. Stres dibedakan menjadi 2 yaitu stres yang membangun disebut sebagai *eustress* dan stres yang menjadi ancaman disebut *distress* (Dalami, 2010). Diabetes mampu mempengaruhi psikologis pasien DM, seperti depresi, kecemasan, dan distress, hal ini

diakibatkan karena ketidakmampuan melakukan perawatan diri, kekhawatiran akan terjadinya komplikasi, khawatir makanan yang akan dimakan, tinggi biaya pengobatan serta kematian (Abbas *et al.*, 2011).

Menurut penelitian Sofiana, Elita, & Utomo (2012) terhadap 30 pasien diabetes melitus tipe 2 didapatkan 53,3% mengalami stres berat. Tingkat stres yang dimiliki oleh pasien diabetes melitus tipe 2 diakibatkan oleh perubahan status kesehatan yang drastis serta kondisi fisik yang lemah tanpa ada harapan untuk sembuh total. Penelitian Zainuddin, Utomo, & Herlina (2015) terhadap 30 pasien DM rawat inap di RSUD Arifin Achmad didapatkan sebanyak 33,3% pasien mengalami stres ringan, 42,9% pasien mengalami stres sedang, dan 81,8% pasien mengalami stres berat. Penelitian yang dilakukan Pranata (2016) menjelaskan bahwa penyandang DM mengalami *diabetes distress* yang berada pada kategori *distress* sedang sebanyak 40 orang (60,6%) dan 26 orang (39,4%) tidak mengalami *distress*. *Diabetes distress* pada umumnya mampu mempengaruhi 40% dari orang yang terdiagnosis dengan diabetes di seluruh dunia (Nicolucci *et al.*, 2013 dalam Berry *et al.*, 2015). Penelitian Fisher *et al.*, (2008), mengungkapkan sebanyak 70% pasien mengalami *diabetes distress* yang dilakukan pada 506 pasien dengan diabetes melitus tipe 2 di San Francisco.

Setiap individu memiliki kecenderungan untuk menggunakan kemampuan koping dalam menghadapi situasi stres. Koping adalah upaya dalam mengurangi beban, tuntutan dan konflik yang terjadi pada diri setiap individu (Krohne, 2002). Religiusitas dapat membantu proses koping dalam menghadapi penyakit (Subandi, 2013). Penelitian Smith *et al.*, (2003) juga menyatakan bahwa

religiusitas mampu digunakan sebagai manajemen koping dalam menghindari kesulitan yang dialami dalam hidup. Menurut Mochon *et al.*,(2010), sejumlah faktor mendasari adanya keterkaitan religiusitas dengan kesehatan salah satunya adalah meredakan tekanan dalam hidup serta mekanisme koping yang mampu meringankan stres. *Diabetes Initiative National Program Office* (2009) juga menjelaskan bahwa religiusitas merupakan salah satu pendorong bagi individu dalam mengatasi pikiran negatif, meningkatkan dukungan secara emosional dan faktor pendorong terjadinya koping yang sehat pada penderita penyakit kronis salah satunya adalah diabetes.

Menurut Hackney & Sanders (2003), religiusitas didefinisikan sebagai objek yang menggabungkan aspek kognitif, emosional, motivasi, dan perilaku dengan agama sebagai pedomannya. Religiusitas merupakan perilaku yang memiliki keterkaitan dengan agama dan diyakini dalam hidup setiap individu (Holdcroft, 2006). Penelitian Son & Wilson (2011), menjelaskan keterlibatan religiusitas mampu mencegah perilaku beresiko yang membahayakan kesehatan atau menyebabkan stres, selain itu orang dengan religiusitas yang baik umumnya memiliki daya psikologis dan kesehatan fisik yang lebih baik serta memiliki efek positif dalam jangka panjang. Efek religiusitas juga dapat membantu mempengaruhi kesehatan fisik. Religiusitas memiliki dampak positif bagi setiap individu salah satunya yaitu mengurangi terjadinya stres (Astri, 2012).

Menurut penelitian Kartikasari (2014) religiusitas cenderung berpengaruh dalam kehidupan pasien diabetes melitus. Penelitian Kartikasari terhadap 30 pasien diabetes melitus, didapatkan sebanyak 16% dengan kategori religiusitas

sedang dan 44% dengan kategori religiusitas tinggi. Penelitian Satrianegara (2014) terhadap 38 pasien penyakit kronis di RS Haji Makassar dan RSUD Labuang Baji didapatkan sebanyak 82, 8% memiliki religiusitas tinggi dan didapatkan hasil bahwa religiusitas memiliki pengaruh yang sedang terhadap tingkat stres penderita penyakit kronis. Menurut penelitian Ningrum (2014), terhadap 60 responden dengan pasien diabetes melitus sebanyak 92% memiliki spiritual tinggi dan 8% memiliki spiritual rendah. Pasien dengan masalah kesehatan yang kronis pada umumnya lebih religius karena merasa nyaman dengan aktivitas keagamaan seperti berdoa dan meditasi pada saat berjuang menghadapi penyakitnya (Koenig, 2004). Mendekatkan diri kepada Tuhan dapat memberi kenyamanan dalam menghadapi tekanan kehidupan serta dapat memberi kondisi yang disertai harapan, yang dapat memberi perlindungan terhadap stres (Astri, 2012). Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti bermaksud melakukan penelitian tentang hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti dapat merumuskan penelitian yaitu “Apakah ada hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada klien DM Tipe 2 di Puskesmas Patrang”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM Tipe 2 di Puskesmas Patrang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember;
- b. Mengidentifikasi religiusitas pada klien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang;
- c. Mengidentifikasi *diabetes distress* pada klien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang;
- d. Menganalisis hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Patrang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai tambahan referensi mengenai hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien diabetes melitus tipe 2.

1.4.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Manfaat bagi institusi kesehatan pelayanan kesehatan adalah hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber referensi terkait religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien diabetes melitus tipe 2.

1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi profesi keperawatan adalah dapat dijadikan sebagai intervensi keterkaitan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien diabetes melitus tipe 2.

1.4.4 Bagi Masyarakat/Penyandang DM

Hasil dari penelitian ini dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan masyarakat terutama klien dengan diabetes melitus terkait hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien diabetes melitus tipe 2.

1.4.5 Bagi Peneliti

Manfaat yang bisa diperoleh bagi peneliti adalah referensi tentang religiusitas sebagai salah satu upaya pencegahan *diabetes distress* pada klien diabetes melitus tipe 2.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu mengenai Diabetes Melitus, salah satunya memiliki kemiripan adalah penelitian yang dilakukan oleh Nofita Dwi Kartikasari (2014) yang berjudul “Hubungan antara Religiusitas dengan Kesejahteraan Psikologis pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara religiusitas dengan kesejahteraan psikologis pada penderita diabetes melitus tipe 2. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan variable independen yaitu religiusitas dan variabel

dependen yaitu kesejahteraan psikologis. Subjek penelitian adalah penderita diabetes melitus tipe 2 yang merupakan pasien rawat jalan di poliklinik penyakit dalam RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Alat pengumpul data yang digunakan adalah skala religiusitas yang terdiri dari 20 item dan skala kesejahteraan psikologis yang terdiri dari 23 item. Teknik statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah kolerasi product moment. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara religiusitas dengan kesejahteraan psikologis pada penderita diabetes melitus tipe 2.

Pada penelitian ini menggunakan variabel independen yaitu religiusitas sedangkan variabel dependen yaitu *diabetes distress*. Metode penelitian menggunakan kuantitatif dan alat ukur yang digunakan yaitu skala religiusitas dan kuesioner *Diabetes Distress Scale (DSS)*. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional* serta menggunakan teknik sampling *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*.

Tabel 1.1. Perbedaan Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Hubungan Antara Religiusitas dengan Kesejahteraan Psikologis Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2	Hubungan Religiusitas dengan <i>Diabetes Distress</i> Pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2
Tempat Penelitian	RSUD Dr. Moewardi Surakarta	Wilayah Kerja Puskesmas Patrang
Tahun Penelitian	2014	2017
Peneliti	Nofita Dwi Kartikasari	Mashila Refani Putri
Variabel Dependen	Kesejahteraan Psikologis	<i>Diabetes Distress</i>
Variabel Independen	Religiusitas	Religiusitas
Sampling	<i>Purposive Sampling</i>	<i>Consecutive Sampling</i>
Instrumen Penelitian	Skala Kesejahteraan Psikologi dan Skala Religiusitas	Skala Religiusitas dan <i>Diabetes Distress Scale (DDS)</i>

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit sistemik, kronis, dan multifaktorial yang dicirikan dengan hiperglikemia dan hiperlipidemia diakibatkan karena gangguan sekresi insulin (Baradero *et al.*, 2009). Diabetes melitus merupakan suatu kelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut *American Diabetes Association* [(ADA),2012], diabetes melitus (DM) merupakan penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia karena gangguan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Hiperglikemia kronis yang terjadi pada diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang gangguan fungsi dan kegagalan berbagai organ, terutama mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah.

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi diabetes melitus menurut Riyadi & Sukarmin (2008); Price & Wilson (2005) adalah sebagai berikut:

a. Diabetes melitus tipe 1

Diabetes tipe 1 merupakan defisiensi insulin karena kerusakan sel-sel langerhans yang berhubungan dengan tipe HLA (Human Leucocyte Antigen) spesifik, predisposisi, pada insulitis fenomena autoimun (cenderung ketosis dan terjadi pada semua usia muda). Kelainan ini terjadi karena kerusakan sistem imunitas (kekebalan tubuh) yang kemudian merusak sel-sel pulau Langerhans di pankreas sehingga hal ini berdampak pada penurunan produksi insulin. Diabetes tipe 1 dibagi menjadi dua, yaitu autoimun yang disebabkan akibat disfungsi autoimun dengan kerusakan sel-sel beta dan idiopatik yang disebabkan tidak adanya autoimun dan tidak diketahui sumbernya.

b. Diabetes melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 disebut non-insulin dependent diabetes melitus (NIDDM) yang timbul pada segala usia dan merupakan kondisi yang diakibatkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau penurunan jumlah pembentukan insulin. Penderita DM tipe 2 kebanyakan mengalami kelebihan berat badan serta faktor genetik.

c. Diabetes melitus gestasional

Diabetes melitus gestasional terjadi pada wanita yang tidak mengalami DM sebelum kehamilan akan tetapi terjadi peningkatan gula darah pada masa kehamilan. Faktor risiko yang dapat menyebabkan DM gestasional antara lain usia tua, etnik, obesitas,

multiparitas (ibu yang telah melahirkan bayi hidup dan mati beberapa kali), riwayat keluarga, dan riwayat diabetes gestasional.

d. Diabetes melitus tipe khusus lain

DM tipe lain ini adalah kelainan genetik dalam sel beta pankreas, pasien sering kali obesitas dan resisten terhadap insulin. Diabetes tipe lain terjadi kelainan genetik pada kerja insulin, penyakit pada eksokrin pankreas, penyakit endokrin, obat-obatan yang bersifat toksik dan infeksi.

2.1.3 Etiologi Diabetes Melitus

Diabetes melitus mempunyai penyebab yang berbeda-beda, berbagai penyebab dapat mengakibatkan insufisiensi insulin, tetapi faktor genetik mempunyai peranan penting pada kebanyakan pasien DM (Price & Wilson, 2005). Namun ada beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan diabetes melitus menurut Riyadi dan Sukarmin (2008), diantaranya:

a. Kelainan genetika

Diabetes melitus dapat menurun dari keluarga atau pasien diabetes melitus. Hal ini terjadi karena DNA pada pasien diabetes melitus akan diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin.

b. Usia

Pada umumnya manusia mengalami perubahan fisiologis secara drastis menurun dengan cepat setelah mencapai usia 40 tahun. Penurunan ini

akan berisiko pada penurunan fungsi tubuh salah satunya yaitu fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin. Fungsi sel beta pada organ pankreas akan menurun seiring dengan penambahan atau peningkatan usia (Holth & Kumar, 2003).

c. Stres

Stres akan meningkatkan kerja metabolisme dan kebutuhan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi menyebabkan pankreas mudah rusak sehingga berdampak pada penurunan insulin.

d. Pola makan yang salah

Kurang gizi atau kelebihan berat badan akan meningkatkan risiko terkena diabetes. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja atau resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pankreas.

e. Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada pasien obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

f. Infeksi

Kerusakan sel-sel pankreas akan berakibat pada penurunan fungsi pankreas yang salah satunya disebabkan oleh masuknya bakteri atau virus ke dalam pankreas.

g. Riwayat melahirkan bayi dengan berat badan saat bayi lahir melebihi 4000 gram atau memiliki riwayat diabetes melitus gestasional (DMG);

h. Riwayat melahirkan dengan berat badan yang rendah yaitu kurang dari 2,5 kg. Bayi yang dilahirkan memiliki BB rendah mempunyai risiko yang lebih tinggi terkena DM dibanding dengan bayi yang lahir dengan BB normal.

2.1.4 Patofisiologi Diabetes Melitus

Diabetes melitus tipe 2 terjadi akibat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini, dengan demikian insulin tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan (Smeltzer & Bare, 2002).

Cara mencegah terjadinya resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa darah, harus terjadi peningkatan dalam jumlah insulin yang disekresikan. Penderita DM dengan toleransi glukosa terganggu mampu

mengakibatkan sekresi insulin yang berlebihan sehingga kadar glukosa akan dipertahankan ditingkatan normal atau sedikit meningkat sedangkan, apabila sel-sel beta tidak dapat mengimbangkan peningkatan kebutuhan akan insulin, maka akan terjadi peningkatan kadar glukosa (Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.5 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

Manifestasi klinis berupa keluhan klasik atau yang umum terjadi pada diabetes melitus diantaranya adalah sebagai berikut:

a. *Poliuria*

Hiperglikemia yang berat dan melebihi kemampuan ambang ginjal akan menyebabkan terjadinya glikosuria. Hal ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang berdampak pada peningkatan produksi urine (*poliuria*) (Price & Wilson, 2005).

b. *Polidipsia*

Peningkatan produksi urine (*poliuria*) akan menyebabkan tubuh penderita DM mengalami kekurangan cairan sehingga menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti dehidrasi ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (antidiuretic hormone) dan menimbulkan rasa haus (Riyadi & Sukarmin, 2008).

c. *Polifagia*

Glukosa yang hilang bersama urine karena glukosuria akan menyebabkan kehilangan kalori dalam tubuh. Kehilangan kalori tersebut akan menimbulkan rasa lapar yang semakin besar dan keinginan untuk selalu makan. Umumnya penderita DM akan merasa lelah dan mengantuk (Price & Wilson, 2005).

d. Penurunan Berat Badan

Penurunan BB umumnya berlangsung dalam waktu yang relatif singkat. Hal tersebut dikarenakan gula dalam darah tidak dapat masuk ke sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Sumber tenaga terpaksa diambil dari lemak dan otot (protein). Akibatnya penderita DM kehilangan jaringan dan otot sehingga menjadi kurus (Smeltzer & Bare, 2002).

e. Rasa Lelah dan Kelemahan Otot

Hal ini terjadi karena gangguan aliran darah pada pasien DM lama sehingga menyebabkan katabolisme protein pada otot dan ketidakmampuan sebagian sel dalam memproses glukosa menjadi energi (Riyadi & Sukarmin, 2008).

PERKENI (2011) menyatakan bahwa gejala yang tidak khas terjadi pada diabetes melitus diantaranya lemas, kesemutan, luka sulit sembuh, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi terjadi pada pria dan priuritus vulva terjadi pada wanita. Manifestasi klinis diabetes tipe 2 akan mengalami beberapa gejala yang sama dengan diabetes tipe 1 yaitu poliuria, polidipsia, dan polifagia.

Beberapa gejala yang umum terjadi pada diabetes tipe 2 adalah kelelahan, infeksi berulang, jamur vagina, infeksi candida, proses penyembuhan luka yang berlangsung lama dan perubahan fisik (Lewis *et al.*, 2014).

2.1.6 Komplikasi Diabetes Melitus

Komplikasi diabetes melitus dibagi menjadi dua yaitu komplikasi akut dan kronis, antara lain:

1. Komplikasi Akut

a. Diabetes Ketoasidosis

Diabetes ketoasidosis merupakan salah satu komplikasi akut DM akibat defisiensi hormon insulin yang tidak dikenal dan bila tidak mendapat pengobatan segera akan menyebabkan kematian (Mansjoer *et al.*, 2000). Diabetes ketoasidosis adalah akibat yang berat dari defisit insulin yang berat pada jaringan adiposa, otot skeletal, dan hepar. Jaringan tersebut termasuk sangat sensitif terhadap kekurangan insulin (Baradero *et al.*, 2009). Salah satu faktor pencetus yang mengakibatkan terjadinya DKA adalah infeksi. Hal ini dikarenakan pada saat tubuh mengalami infeksi maka kebutuhan tubuh akan insulin tiba-tiba meningkat (Mansjoer *et al.*, 2000).

b. Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotic Coma (HHNC)

HHNC merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan hiperglikemia berat, hiperosmolar, dehidrasi berat tanpa ketoasidosis, disertai dengan penurunan kesadaran (Mansjoer *et al.*, 2000). HHNC merupakan

komplikasi akut DM Tipe 2 dengan kondisi ke daruratan medis. Penanganan utama yang dilakukan pada HHNC adalah rehidrasi dengan larutan hipotonik intravena (salin normal 0,45%) (Baradero *et al.*, 2009).

c. Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah keadaan glukosa darah berada di bawah 60 mg/dL yang biasanya terjadi pada terapi potensial terapi insulin atau obat hiperglikemik oral (OHO). Penyebab terjadinya hipoglikemi pada pasien diabetes antara lain regime insulin yang tidak fisiologis, overdosis insulin atau sulfonilurea, tidak makan, tidak mengkonsumsi kudapan yang direncanakan, atau penyakit ginjal tingkat akhir (Baradero *et al.*, 2009).

2. Komplikasi Kronis.

Komplikasi kronis merupakan akibat lama dan beratnya hiperglikemia. Klasifikasi komplikasi kronis adalah mikrovaskular (menyangkut pembuluh darah kecil) dan makrovaskuler (menyangkut pembuluh darah besar) (Baradero *et al.*, 2009). Berikut komplikasi kronis yang terjadi pada diabetes melitus, antara lain:

a. Retinopati Diabetik

Retinopati diabetik merupakan penyebab kebutaan yang sering ditemukan pada usia dewasa antara 20 sampai 74 tahun. Pasien diabetes melitus memiliki resiko 25 kali lebih mudah mengalami kebutaan. Penyebab retinopati diabetik belum diketahui secara pasti

namun keadaan hiperglikemia yang berlangsung lama dianggap sebagai faktor resiko utama (Sudoyo *et al.*, 2006). Retina mendapatkan makanan dari banyak pembuluh darah kapiler yang sangat kecil sehingga saat glukosa darah tinggi dapat mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah retina (Baradero *et al.*, 2009).

b. Nefropati Diabetik

Nefropati diabetik merupakan sindrom klinis pada pasien diabetes melitus yang ditandai dengan albuminuria menetap (>300 mg/24 jam atau >200 mg/menit) pada minimal dua kali pemeriksaan dalam kurun waktu 3 sampai 6 bulan (Sudoyo *et al.*, 2006).

c. Neuropati Diabetik

Neuropati diabetik merupakan salah satu komplikasi kronik yang sering ditemukan pada diabetes melitus. Risiko yang dihadapi pasien DM dengan neuropati diabetik adalah infeksi berulang, ulkus yang tidak sembuh-sembuh, dan amputasi jari/kaki (Sudoyo *et al.*, 2006). Neuropati diabetik dapat diakibatkan saraf tidak bisa mengirim atau menghantarkan pesan-pesan rangsangan impuls saraf, salah kirim atau terlambat dikirim tergantung dari berat ringannya kerusakan saraf (Baradero *et al.*, 2009).

d. Dislipidemia

Dislipidemia adalah kelainan metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan maupun penurunan fraksi lipid dalam plasma. Kelainan fraksi lipid yang utama adalah kenaikan kadar kolesterol total,

kolesterol low density lipoprotein (LDL), trigliserida, serta penurunan kolesterol high density lipoprotein (HDL). Dislipidemia yang menyertai beberapa penyakit seperti diabetes melitus, hipotiroidisme, sindrom nefrotik, dan gagal ginjal kronik disebut dislipidemia sekunder (Baradero *et al.*, 2009).

e. Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Hipertensi pada pasien DM tipe 1 menunjukkan penyakit ginjal, mikroalbuminuria atau proteinuria. Hipertensi yang terjadi pada pasien DM tipe 2 mampu berkembang menjadi hipertensi esensial. Hipertensi pada pasien DM harus ditangani secepat mungkin karena mampu mengakibatkan retinopati, nefropati, dan penyakit makrovaskular (Baradero *et al.*, 2009).

f. Kaki Diabetik

Perubahan mikroangiopati, makroangiopati, dan neuropati menyebabkan perubahan pada ekstremitas bawah. Hal ini mengakibatkan gangguan pada sirkulasi, terjadi infeksi, gangren, penurunan sensasi dan hilangnya fungsi saraf sensorik dapat menunjang terjadinya trauma atau tidak terkontrolnya infeksi yang mengakibatkan gangren (Riyadi & Sukarmin, 2008).

2.1.7 Diagnosa Diabetes Melitus

Menegakkan diagnosis DM dapat diketahui dengan adanya keluhan dan gejala yang khas serta diperlukan pemeriksaan glukosa darah sewaktu > 200 mg/dl atau glukosa darah puasa \geq 126 mg/dl. Pemeriksaan Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) merupakan salah satu pemeriksaan yang dibutuhkan apabila hasil pemeriksaan glukosa darah masih meragukan. Pemeriksaan kadar glukosa darah diperlukan sekurang-kurangnya 2 kali abnormal untuk konfirmasi diagnosis DM pada hari yang lain atau dapat dilakukan pemeriksaan TTGO yang abnormal (Manjoer *et al.*, 2000).

Tabel 2.1 Karakteristik Diagnosis DM (PERKENI, 2015)

Pemeriksaan glukosa plasma puasa \geq 126 mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.
Pemeriksaan glukosa plasma \geq 200 mg/dl 2-jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram.
Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu \geq 200 mg/dl dengan keluhan klasik.
Pemeriksaan HbA1c \geq 6,5% dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh National Glycohaemoglobin Standarization Program (NGSP).

Pemeriksaan dalam menegakkan diagnosis DM memiliki perbedaan antara uji diagnostik dan pemeriksaan penunjang. Uji diagnostik DM dilakukan pada mereka yang menunjukkan tanda dan gejala DM, sedangkan pemeriksaan penunjang bertujuan untuk mengidentifikasi mereka yang tidak

ada gejala tetapi memiliki resiko terkena DM. Pemeriksaan penunjang dilakukan pada kelompok dengan kriteria yaitu usia > 45 tahun, berat badan > 110% BB idaman atau IMT > 23 kg/m², hipertensi 140/90 mmHg, riwayat DM dalam garis keturunan, riwayat abortus berulang, melahirkan bayi cacat atau BB lahir > 4000gr, kolesterol HDL 35 mg/dl atau trigliserida 250 mg/dl (Sudoyo *et al.*, 2006).

2.1.8 Pencegahan Diabetes Melitus

a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan upaya yang ditujukan kepada kelompok yang memiliki faktor risiko, yakni mereka yang belum terkena, tetapi berpotensi untuk mendapat DM dan kelompok intoleransi glukosa. Menurut PERKENI (2015), faktor risiko diabetes sama dengan faktor risiko untuk intoleransi glukosa antara lain:

1. Faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi

- a) Ras dan etnik;
- b) Riwayat keluarga dengan DM;
- c) Umur

Risiko menderita intoleransi glukosa dapat meningkat dengan bertambahnya usia, pada usia diatas 45 tahun harus dilakukan pemeriksaan terkait DM;

- d) Riwayat melahirkan bayi dengan BB lahir bayi >4000 gram atau riwayat DM gestasional (DMG);

e) Riwayat lahir dengan BB rendah <2,5 kg. Risiko lebih tinggi terjadi pada bayi yang lahir dengan BB rendah daripada bayi yang lahir dengan BB normal.

2. Faktor risiko yang bisa dimodifikasi

- a) Obesitas atau Berat badan lebih (IMT ≥ 30 kg/m²);
- b) Kurangnya olahraga atau aktivitas fisik;
- c) Hipertensi ($>140/90$ mmHg);
- d) Dislipidemia (HDL <35 mg/dl dan/atau trigliserida >250 mg/dl);
- e) Diet dengan tinggi glukosa dan rendah serat (*unhealthy diet*).

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit pada pasien yang telah terdiagnosis DM. pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan pengobatan yang cukup dan tindakan deteksi dini pada pasien DM. Salah satu upaya pencegahan sekunder yang memiliki peranan penting adalah program penyuluhan. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kepatuhan pasien DM dalam menjalani program pengobatan menuju perilaku sehat (PERKENI, 2015).

c. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan upaya mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut yang ditujukan kepada kelompok penyandang DM yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup. upaya rehabilitasi pada penyandang DM dilakukan sedini mungkin, sebelum kecacatan menetap. Penyuluhan tetap menjadi upaya yang dilakukan pada pencegahan tersier.

Materi penyuluhan termasuk upaya rehabilitasi yang dapat dilakukan untuk mencapai kualitas hidup yang optimal. Pencegahan tersier memerlukan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan kolaborasi antara tenaga medis yang bersangkutan. Kolaborasi yang baik antara para ahli diberbagai disiplin (jantung, ginjal, mata, saraf, bedah ortopedi, bedah vaskular, radiologi, rehabilitasi medis, gizi, podiatris, dan lain-lain) mampu menunjang keberhasilan upaya pencegahan tersier (PERKENI, 2015).

2.1.9 Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes merupakan tujuan penatalaksanaan secara umum. Tujuan penatalaksanaan diabetes terbagi menjadi dua yaitu tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang. Tujuan jangka pendek meliputi menghilangkan keluhan terkait DM, memperbaiki kualitas hidup, serta mengurangi risiko komplikasi akut. Tujuan jangka panjang meliputi mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati. Menurut PERKENI (2015) penatalaksanaan penderita diabetes melitus meliputi:

a. Edukasi

Penatalaksanaan berupa edukasi merupakan salah satu peranan penting yang dapat merubah perilaku klien dalam melakukan pengelolaan DM secara mandiri. Edukasi pada penyandang diabetes melitus meliputi pemantauan glukosa mandiri, perawatan kaki, ketaatan

penggunaan obat-obatan, berhenti merokok, meningkatkan aktifitas fisik, dan mengurangi asupan kalori dan diet tinggi lemak (Ndraha, 2014). Tujuan dilakukan pemberian edukasi kepada penderita DM guna meningkatkan diabetisi tentang penyakit dan pengelolaannya dengan tujuan agar mampu melakukan perawatan mandiri sehingga dapat mempertahankan kualitas hidup dan mencegah terjadinya komplikasi.

b. Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Terapi nutrisi medis merupakan bagian penting dari penatalaksanaan DM tipe 2 secara komprehensif. Selain itu, anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan lain, pasien dan keluarga) menjadi kunci keberhasilan dalam proses pemulihan. Aturan makan pada penyandang DM meliputi makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi pada tiap individu. Pengaturan jadwal, jenis, dan jumlah makanan merupakan penekanan yang penting utamanya pada penyandang DM dengan menggunakan pengobatan yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin (PERKENI, 2015). Pasien obesitas khususnya pada pasien DM tipe 2, penatalaksanaan diet merupakan kunci dalam penanganan diabetes dengan tujuan menurunkan berat badan. Penurunan berat badan sebanyak 10% bagi pasien DM tipe 2 mampu memperbaiki kadar glukosa darah secara signifikan. Terapi perilaku, dukungan kelompok serta penyuluhan gizi sangat dianjurkan sebagai upaya untuk membantu pasien dalam membiasakan diet ke dalam gaya hidup (Smeltzer & Bare, 2002).

c. Latihan Jasmani

Salah satu pilar dalam penatalaksanaan DM adalah latihan jasmani. Hal ini mampu dilakukan penyandang DM apabila tidak disertai adanya nefropati. Tujuan latihan jasmani pada penyandang DM yaitu untuk menjaga kebugaran tubuh, meningkatkan kepekaan insulin, mencegah kegemukan/obesitas, melancarkan aliran darah, merangsang pembentukan glikogen baru serta mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin sehingga akan berdampak baik pada sirkulasi darah serta tonus otot (Smeltzer & Bare, 2002). Latihan jasmani baik dilakukan sebanyak 3-5 kali dalam seminggu selama kurang lebih 30 menit. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, ataupun berenang (PERKENI, 2015).

d. Terapi Farmakologis

Pengaturan pola makan dan latihan jasmani harus diimbangi dengan terapi farmakologis untuk pengendalian kadar gula darah. Terapi farmakologis berupa pemberian obat-obatan berupa obat oral dan bentuk suntikan kepada penyandang DM. Berdasarkan cara kerjanya, obat hipoglikemi oral dibagi menjadi 5 golongan, yaitu pemicu sekresi insulin

(misalnya sulfonilurea dan glinid), peningkatan sensitivitas terhadap insulin (misalnya metformin dan tiazolidindion), penghambat glukoneogenesis (misalnya metformin), penghambat absorpsi glukosa (misalnya penghambat glukosidase alfa dan DPP-IV inhibitor). Pemberian obat melalui suntikan meliputi insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi keduanya. Insulin diberikan dengan suntikan di bawah kulit (subkutan).

2.2 Konsep Religiusitas

2.2.1 Definisi Religiusitas

Kata ‘religi’ berasal dari bahasa Latin ‘*religio*’ berasal dari kata ‘*religare*’ yang berarti mengikat. Hal tersebut dimaksudkan bahwa dalam religi (agama) terdapat aturan-aturan dan kewajiban-kewajiban yang harus dilaksanakan yang berfungsi untuk mengikat dan mengutuhkan diri seseorang atau kelompok dalam hubungannya terhadap Tuhan, sesama manusia serta alam sekitarnya. Religiusitas didefinisikan sebagai kecenderungan seseorang dalam menjalankan keyakinan agama dalam hidupnya (Subandi, 2013). Religiusitas merupakan suatu sikap yang dapat bersifat positif maupun negatif sehingga mempengaruhi cara khas dalam berpikir dan berperilaku dan dapat membentuk kepribadian individu (Saroglou, 2015).

Religiusitas adalah sistem yang terdiri dari keyakinan, praktik ritual, simbol yang dirancang untuk memfasilitasi kedekatan dengan Transender (Tuhan). Spiritualitas didefinisikan sebagai pencarian pribadi untuk memahami jawaban atas pertanyaan tentang kehidupan, makna dan tentang hubungan

personal dengan Transender (Gani et al., 2010). Pada umumnya religiusitas dan spiritualitas memiliki perbedaan yang signifikan. Konsep religiusitas merupakan kepatuhan terhadap kepercayaan keagamaan. Pada tingkat yang lebih spesifik religiusitas meliputi sistem keyakinan tertentu dan satu kesatuan perilaku berupa doa, kehadiran praktik beragama terkait dengan keyakinan setiap individu, sedangkan spiritualitas cenderung lebih bersifat subjektif atau personal terhadap Transender Tertinggi yang memiliki makna lebih dalam kehidupan sehari-hari (Lekonhoff, 2009).

2.2.2 Dimensi Religiusitas

Aktivitas dalam religiusitas juga diimbangi oleh kekuatan dari dalam diri individu itu sendiri, oleh sebab itu religiusitas seseorang akan meliputi berbagai macam sisi atau sering disebut dengan aspek atau dimensi. Peneliti Fetzer (1999) menjelaskan 12 dimensi religiusitas yaitu:

1. *Daily Spiritual Experience*

Dimensi yang menggambarkan agama atau spiritual dalam kehidupan sehari-hari. *Daily spiritual experience* merupakan persepsi individu terhadap interaksi serta keterlibatan dalam hidup kepada transenden (Tuhan).

2. *Meaning*

Meaning adalah mencari makna dari kehidupan dan berbicara mengenai pentingnya makna serta tujuan hidup. *Meaning* juga telah ditetapkan sebagai salah satu fungsi penting dari agama. *Meaning* yang berkaitan

dengan religiusitas disebut dengan *religion-meaning*. Arti dari *religion-meaning* adalah sejauh mana agama dapat menjadi tujuan hidup.

3. *Value*

Menurut Merton (dalam Fetzer, 1999), dimensi ini didasarkan dengan menggambarkan nilai-nilai sebagai tujuan dan norma-norma sebagai sarana untuk tujuan. *Value* bertujuan untuk menilai sejauh mana perilaku individu dalam mencerminkan keyakinan atau agama sebagai nilai tertinggi (*ultimate value*) dalam kehidupan sehari-hari.

4. *Belief*

Belief merupakan salah satu pedoman utama dari religiusitas. *Belief* atau kepercayaan/keyakinan merupakan kebenaran yang diyakini dengan hati serta diamalkan dengan perbuatan. Kepercayaan atau keyakinan dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi penyembuhan. Herbert (dalam Fetzer, 1999) menjelaskan bahwa kepercayaan atau keyakinan mampu meningkatkan dampak positif bagi individu.

5. *Forgiveness*

Forgiveness atau pengampunan merupakan tindakan mengatasi pengaruh negatif. Pengampunan yang juga diartikan sebagai memaafkan merupakan suatu tindakan dengan memberikan suatu kesempatan bagi orang yang melakukan kesalahan dengan berusaha keras melihat orang tersebut dengan belas kasihan dan kebijakan. Dimensi *forgiveness* mencakup 5 dimensi, yaitu:

1. Pengakuan;

2. Merasa diampuni oleh Tuhan;
3. Merasa dimaafkan oleh orang lain;
4. Memaafkan orang lain;
5. Memaafkan diri sendiri.

6. *Private Religious Practice*

Dimensi ini digunakan untuk menggambarkan praktik keagamaan pada setiap individu. Pada dimensi ini keterkaitan dengan agama lebih besar karena berhubungan dengan kegiatan beragama secara langsung kepada kepada transenden (Tuhan). *Private Religious Practice* umumnya meliputi praktek agama yaitu beribadah, mempelajari kitab serta melakukan kegiatan lain yang berhubungan dengan religiusitas.

7. *Religious/Spiritual Coping*

Religious spiritual coping merupakan metode dimana agama atau spiritual digunakan sebagai koping stres. Berbagai kegiatan keagamaan mampu menghilangkan stres seperti berdoa ataupun beribadah. Menurut Pragement (dalam Fetzer, 1999) menjelaskan bahwa coping secara *religious* dibagi menjadi tiga jenis, antara lain:

- a. *Deffering Style*, merupakan hamba meminta penyelesaian masalah hanya kepada Tuhan saja dengan berdoa dan meyakini bahwa Tuhan akan meonolong hambaNya yang berserah;
- b. *Collaborative Style*, merupakan meminta penyelesaian kepada Tuhan dan hambaNya juga ikut berusaha dalam melakukan koping;

c. *Self-Directing Style*, merupakan individu yang bertanggung jawab terhadap masalah dan menjalankan kopingnya.

8. Konsep *Religious Support*

Konsep religious support merupakan aspek interaksi antar individu dengan pemeluk agama sesamanya saling memberi dukungan satu sama lainnya.

9. *Religious Spiritual History*

Dimensi ini digunakan sebagai tolak ukur individu dalam berpartisipasi pada agama serta mengetahui sejarah keberagamaan seseorang dalam perjalanan hidupnya. Beberapa aspek yang dapat diukur untuk mengetahui sejarah atau perjalanan spiritual seseorang, antara lain:

- a. Biografi keagamaan;
- b. Pertanyaan-pertanyaan mengenai sejarah keagamaan/spiritual;
- c. Pengalaman keagamaan/spiritual yang mengubah hidup;
- d. Kematangan spiritual.

10. *Commitment*

Commitment merupakan bagaimana individu mampu berkontribusi serta memegang kuat terhadap agamanya.

11. *Organizational Religiousness*

Konsep ini merupakan konsep yang mengukur seberapa jauh individu ikut serta dalam lembaga keagamaan yang ada dimasyarakat dan ikut berpartisipasi didalamnya.

12. *Religious Preference*

Religious preference merupakan bagaimana individu mampu membuat pilihan dan keputusan terkait agama yang akan dianutnya.

Menurut Glock dan Stark (dalam Subandi, 2013), ada lima aspek atau dimensi religiusitas yaitu:

1. *Religious Belief (The Ideological Dimension)*/Dimensi Keyakinan

The Ideological Dimension atau Dimensi Keyakinan merupakan tingkatan sejauh mana seseorang menerima hal-hal yang dogmatik dalam agamanya, misalnya kepercayaan kepada Tuhan.

2. *Religious Practice (The Ritual Dimension)*/Dimensi Praktik Agama

The Ritual Dimension atau Praktik Agama merupakan tingkatan sejauh mana seseorang mengerjakan kewajiban-kewajiban ritual sebagai wujud komitmen terhadap agama yang dianutnya.

3. *Religious Feeling (The Experiential Dimension)*/Dimensi Pengalaman

The Experiential Dimension atau Dimensi Pengalaman merupakan perasaan-perasaan atau pengalaman-pengalaman keagamaan yang pernah dialami atau dirasakan.

4. *Religious Knowledge (The Intellectual Dimension)*/Dimensi Pengetahuan

The Intellectual Dimension atau Dimensi Pengetahuan merupakan seberapa jauh seseorang mengetahui tentang ajaran-ajaran agama yang dianutnya, terutama yang tercantum di dalam Kitab Suci maupun yang lainnya.

5. *Religious Effect (The Consequential Dimension)*/Dimensi Konsekuensi

The Consequential Dimension atau Dimensi Konsekuensi merupakan dimensi yang mengukur sejauh mana perilaku seseorang dimotivasi oleh ajaran agamanya di dalam kehidupan sosial.

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Religiusitas

Thouless (2000) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi religiusitas, yaitu:

a. Sosial

Faktor sosial yang berpengaruh dalam perkembangan keagamaan adalah pendidikan dari orang tua, tradisi-tradisi sosial, tekanan dari lingkungan sosial sebagai upaya menyesuaikan diri dengan berbagai sikap dan pendapat yang telah disepakati oleh lingkungan tersebut.

b. Pengalaman

Pengalaman yang dialami oleh setiap individu dalam membentuk sikap keagamaan. Faktor yang berupa pengalaman spiritual secara cepat dapat mempengaruhi perilaku individu, terutama pengalaman yang terkait dengan keindahan, konflik moral serta pengalaman emosional keagamaan.

c. Kehidupan

Faktor kehidupan merupakan salah satu kebutuhan dalam hidup yang diperlukan untuk setiap individu. Kebutuhan-kebutuhan ini secara garis besar dibagi menjadi empat, yaitu:

- 1) Kebutuhan akan keamanan atau keselamatan;

- 2) Kebutuhan akan cinta dan kasih sayang;
- 3) Kebutuhan untuk memperoleh harga diri;
- 4) Kebutuhan yang timbul karena adanya ancaman kematian.

d. Intelektual

Proses berfikir dibagi menjadi pemikiran verbal atau proses intelektual. Setiap individu diciptakan dengan memiliki potensi, salah satunya adalah potensi untuk beragama. Potensi beragama akan terbentuk oleh pendidikan yang diperoleh sejak kecil. Bertambahnya usia, maka setiap individu akan muncul berbagai macam pemikiran verbal. Agama merupakan salah satu pemikiran verbal yang muncul pada proses berfikir setiap individu saat beranjak dewasa. Individu yang beranjak dewasa akan mulai menentukan sikapnya terhadap ajaran-ajaran agama, dan sikap ini yang akan mempengaruhi jiwa keberagamaan. Agama dapat memberikan penjelasan terhadap berbagai fenomena yang tidak dapat dijelaskan oleh pikiran manusia seperti masalah kematian dan kehidupan sebelum kehidupan didunia maupun sesudahnya (Subandi, 2013).

e. Tata Nilai

Pembenaran terhadap nilai praktik kehidupan yang benar dan baik seperti sopan santun, menolong sesama atau menghargai orang tua. Orang akan lebih terdorong untuk melakukan hal tersebut dengan agama sebagai pedomannya, selain itu *reward* yang diperoleh tidak hanya sampai di dunia tetapi akan terus hingga ke akhirat. Demikian juga taat nilai dimasyarakat yang telah ada akan lebih kuat bila dimasukkan dalam

konteks agama, misalnya perbuatan mencuri sebenarnya sudah dianggap hal yang tidak baik oleh manusia, tetapi nilai itu akan lebih kuat bila dijadikan sebagai larangan agama (Subandi, 2013).

f. Aktualisasi diri

Aktualisasi diri adalah sebuah hasrat untuk menjadi diri sendiri berdasarkan kemampuan sendiri. Aktualisasi diri dalam agama adalah sesuatu yang semestinya dapat diwujudkan dengan aturan-aturan yang telah dibatasi dan melekat pada diri individu. Salah satunya yang dapat mempengaruhi aktualisasi diri adalah keluarga dan pendidikan. Keluarga sebagai komunitas kecil yang terdiri dari orang tua dan anak, dalam hal ini keluarga berpengaruh terhadap aktualisasi diri terkait agama. Perilaku yang dilakukan dalam keluarga dapat menjadi contoh dan perkataan yang diucapkan dapat ditiru utamanya untuk anak, sehingga hal ini mampu mempengaruhi pengembangan aktualisasi diri (Rajab, 2011).

g. Motivasi

Motivasi dalam beragama merupakan bagian yang penting dalam pembangunan psikologis, dimana dengan melakukan perilaku keagamaan seseorang dapat merasakan spirit-spirit dalam kehidupannya. Upaya menghindari diri dari bahaya, perasaan berdosa, dan bersalah mampu meningkatkan perilaku keagamaan dan dipercaya sebagai salah satu solusi yang dapat mengatasi persoalan-persoalan dalam hidup. Dorongan perilaku keagamaan adalah wujud upaya pemulihan terhadap kondisi

kejiwaan, seperti stres, frustrasi, depresi, kemurungan, ketegangan, dan kecemasan (Rajab, 2011).

h. Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi religiusitas (Satrianegara, 2014). Pada usia lanjut, biasanya minat seseorang terhadap kehidupan keagamaan akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia orang tersebut (Jalaluddin, dalam Swasono, 2015). Individu yang mulai menua atau lanjut usia umumnya memiliki kecemasan dalam kondisi yang semakin rentan dengan perubahan fisik, kesehatan dan kematian. Terdapat berbagai hal yang diduga mampu mengatasi kecemasan yang dialami lanjut usia agar dapat mencapai hidup yang sejahtera diantaranya adalah melalui dukungan sosial, religiusitas, olahraga, dan pengalaman kehidupan (Pamungkas, 2013).

2.2.4 Karakteristik Individu yang Memiliki Religiusitas

Sikap dan perilaku merupakan salah satu bentuk nyata bagi dalam menilai seseorang yang memiliki religiusitas. Menurut Saroglou (2015), karakteristik seseorang yang memiliki religiusitas, antara lain:

1. Sopan dan ramah

Menjadikan agama sebagai pedoman dalam bersikap seperti menghormati orang yang lebih tua, mengayomi orang yang lebih muda serta dalam melakukan tutur kata baik dan sopan. Karakteristik ini juga memiliki sifat ramah baik kepada orang yang dikenal maupun tidak, karena ia menyadari

bahwa antara manusia satu dengan lainnya adalah saudara dan menjalani silaturahmi merupakan hal yang diajarkan pada agama.

2. Mampu mengendalikan diri/memiliki kesadaran yang tinggi

Individu yang memiliki religiusitas umumnya mampu mengendalikan diri dalam bersikap seperti ketika berbicara mampu mengontrol ucapan dan dengan siapa dia berbicara. Selain itu, juga mampu memiliki kesadaran yang tinggi dalam berperilaku seperti menjauhi narkoba, perselingkuhan, perilaku seksual dan kejahatan.

3. Rendah hati

Karakteristik ini umumnya tidak sombong dan angkuh walaupun memiliki kelebihan baik dari segi fisik maupun materi, tetap merasa kecil karena tahu bahwa semua yang diberikan hanya titipan dari Tuhan dan akan kembali kepadaNya.

4. Terbuka/jujur

Menunjukkan keterbukaan, tidak menutup-nutupi, dan jujur dalam melakukan perbuatan dan mengucapkan perkataan. Individu dengan karakteristik ini memiliki perasaan bersalah apabila melakukan kebohongan atau menutup-nutupi sesuatu walaupun tidak ada seorangpun yang tau akan kebohongannya.

5. Memiliki hati nurani

Bergaul dengan sesama tanpa membeda-bedakan antara status serta mampu membedakan mana yang baik dan buruk bagi dirinya. Karakteristik ini

umumnya mengamalkan ajaran-ajaran agama yang telah tertanam pada dirinya.

6. Penuh semangat dalam kehidupan sehari-hari

Karakteristik ini umumnya memiliki perasaan optimisme kepada Tuhan sehingga setiap hari akan selalu ada berkah yang diberikan olehNya kepada hambaNya.

2.2.5 Manfaat Religiusitas Dalam Kehidupan

Religiusitas merupakan salah satu faktor penentu kualitas kehidupan seseorang. Berikut manfaat religiusitas bagi kehidupan menurut Koenig *et al.*, (2001), antara lain:

1. Memberikan kesejahteraan dalam hidup (*well-being*)

Religiusitas merupakan peran penting dalam kesehatan dan kesejahteraan manusia. Keterlibatan religiusitas memiliki efek perlindungan khusus bagi kesejahteraan individu sehingga menghilangkan rasa takut dalam menjalani hidup (Idler *et al.*, 2003). Orang yang lebih religius mempunyai tingkat kesejahteraan dan kepuasan hidup yang lebih baik.

2. Memberikan harapan (*hope*)

Ketidakpastian masa depan dapat menimbulkan ketakutan dan kekhawatiran pada setiap individu. Hal tersebut menunjukkan bahwa manusia lemah dalam menghadapi berbagai situasi. Religiusitas

menjadi salah satu solusi yang dapat meningkatkan harapan dalam menghadapi masa depan bagi setiap individu.

3. Mendapatkan makna hidup (*purpose and meaning in life*)

Saat seseorang mengalami kesulitan, mereka akan cenderung mencari realitas Tertinggi (Tuhan) yang mampu memberikan kenyamanan dan rasa aman. Religiusitas dapat muncul pada setiap individu ketika dihadapkan pada kesulitan hidup, sehingga individu akan bersikap lebih taat terhadap agamanya dan lebih mudah memaknai hidup dengan menggunakan agama sebagai pedoman untuk menjadi lebih baik.

4. Gangguan depresi dan penyembuhannya (*depression and its recovery*)

Religiusitas mempunyai manfaat sebagai terapi yang mampu mengurangi tingkat depresi seseorang serta memberikan tingkat kesembuhan yang lebih cepat dalam melakukan perawatan.

5. Mencegah bunuh diri (*suicide*)

Religiusitas merupakan salah satu faktor protektif yang sangat kuat untuk mencegah tindakan bunuh diri. Orang dengan religiusitas yang tinggi mempunyai kecenderungan lebih rendah dalam melakukan bunuh diri.

6. Mengatasi kecemasan dan ketakutan (*anxiety and fear*)

Ketika seseorang menghadapi sebuah permasalahan seperti dimana seseorang dihadapkan pada kematian atau ketidakmampuan untuk menerima keadaannya maka hal tersebut dapat dikatakan kecemasan.

Agama mampu menjadi tempat berlabuh bagi seseorang ketika menghadapi berbagai persoalan kehidupan yang tidak bisa diatasi.

7. Memperluas dukungan sosial

Suatu lingkungan tentu terdapat suatu kelompok yang memiliki ikatan sosial terkait agama seperti pengajian. Kelompok keagamaan ini umumnya mampu dimanfaatkan sebagai salah satu interaksi yang menjadi dukungan sosial sehingga mampu mengurangi situasi yang penuh tekanan dalam kehidupan (Idler *et al.*, 2003).

8. Membantu proses coping dalam menghadapi penyakit

Perilaku keagamaan membawa pengaruh positif terhadap berbagai macam penyakit (Subandi, 2013). Perilaku keagamaan seperti doa, semedi, sembahyang mampu membantu penderita dengan penyakit kronis dalam mengontrol coping, salah satunya adalah stres. Menurut Idler *et al.*, (2003), religiusitas dan spiritualitas mampu meningkatkan coping pada individu utamanya dalam menangani stres yang dapat berpengaruh bagi kesehatan. Orang yang memiliki tingkat religiusitas yang tinggi umumnya lebih mampu dalam mengatasi stres.

Religiusitas tidak hanya memiliki manfaat bagi kehidupan, tetapi juga memiliki manfaat bagi kesehatan. Masalah kesehatan bukan hanya persoalan di bidang medis saja, tetapi juga memiliki keterkaitan dengan kesehatan fisik, psikis, sosial, dan perilaku keagamaan (religiusitas). Berikut manfaat religiusitas menurut Larson (dalam Subandi, 2013), yaitu:

1. Pencegahan Penyakit (*Illness Prevention*)

2. Penyesuaian terhadap Penyakit (*Coping with Illness*)
3. Kesembuhan dari operasi (*Recovery from Surgery*)
4. Meningkatkan Hasil Pengobatan (*Improving Treatment Outcomes*)

2.2.6 Pengukuran Religiusitas

1. *Religious Commitment Inventory-10 (RCI-10)*

RCI-10 merupakan instrumen yang bertujuan untuk mengukur sejauh mana komitmen dalam beragama pada individu yang religius maupun nonreligius. RCI-10 harus mampu membedakan individu yang memiliki komitmen keagamaan yang tinggi dengan individu yang tidak memiliki komitmen dalam keagamaan. Pengukuran RCI-10 terdiri dari beberapa data yang terkait dengan informasi demografi seperti usia, jenis kelamin, etnis, status hubungan, dan agama. Instrumen RCI-10 terdapat skala dan dua subskala yang terdiri dari intrapersonal komitmen keagamaan dan interpersonal komitmen keagamaan. Menilai validitas yang berhubungan dengan kriteria dari RCI-10, maka perlu dilakukan koreksi terhadap skala dan dua subskala yang terdiri dari penilaian komitmen keagamaan; frekuensi kehadiran di pelayanan keagamaan; dan penilaian intesitas diri dalam spiritualitas. Instrumen RCI-10 lebih direkomendasikan pada pengukuran kelompok agama kristen, sedangkan untuk agama Hindu dan Muslim diketahui bahwa kurang tepat dalam pengukuran instrumen RCI-10 (Worthington *et al.*, 2003).

2. *Religious Orientation Scale (ROS)*

Religious Orientation Scale (ROS) merupakan suatu instrumen yang dikembangkan oleh Allport dan Ross (1967) digunakan dalam mengeksplorasi hubungan antara perilaku keagamaan dan kesehatan. Skala ini mencakup dua dimensi religiusitas yang secara mendasar, yaitu dimensi ekstrinsik dan dimensi intrinsik. Dimensi ekstrinsik merupakan dimensi yang mengacu pada motivasi yang mendasari perilaku religius, selain itu dimensi ekstrinsik dalam kesehatan merupakan faktor protektif terhadap kesehatan mental. Berbeda dengan dimensi intrinsik lebih mengacu pada motivasi yang berdasarkan tujuan dari suatu tradisi religius dan juga merupakan faktor risiko terjadinya penyakit mental (Darvyri *et al.*, 2014). Instrumen terdiri dari 14 item dengan jenis skala likert dan menggunakan skor dari 1 (sangat tidak setuju) sampai skor 5 (sangat setuju) (Khan *et al.*, 2015).

3. *Centrality Religiosity Scale (CRS)*

Centrality Religiosity Scale (CRS) disusun oleh Huber dan Huber pada tahun 2012 dengan mengembangkan dimensi religiusitas menurut Glock dan Stark yang digunakan sebagai instrumen pengukuran dari makna agama dalam kepribadian individu. Instrumen CRS mengacu pada model multidimensi agama oleh Charles Glock dengan mengukur lima dimensi inti dalam religiusitas yaitu dimensi praktik publik, praktik individu, pengalaman keagamaan, ideologi, dan dimensi intelektual. Skala dasar CRS dibagi menjadi 3 versi yaitu CRS-15 yang memiliki tiga item pertanyaan perdimensi dengan reliabilitas berkisar 0,80-0,93

dan 0,92-0,96; CRS-10 merupakan versi yang memiliki dua item pertanyaan perdimensi dengan reliabilitas 0,89-0,94; dan CRS-5 (Huber *et al.*, 2012).

4. Skala Religiusitas

Skala religiusitas disusun sebagai instrumen untuk mengukur religiusitas individu yang mengacu pada konsep Glock dan Stark dan dimensi sebagai tolak ukurnya, yaitu dimensi ideologis (*the ideological dimension*), dimensi ritual (*the ritualistic dimension*), dimensi eksperiensial (*the experiential dimension*), dan dimensi konsekuensial (*the consequential dimension*). Skala religiusitas terdiri dari 10 pertanyaan *favorable* dan 9 pertanyaan *unfavorable*. Pemberian skor pertanyaan *favorable*, skor 4 (Sangat Setuju); skor 3 (Setuju); skor 2 (Tidak Setuju); dan skor 1 (Sangat Tidak Setuju), sedangkan untuk skor pada pertanyaan *unfavorable*, skor 1 (Sangat Setuju); skor 2 (Setuju); skor 3 (Tidak Setuju); dan skor 4 (Sangat Tidak Setuju). Ketagorisasi dalam skala religisitas yaitu sangat rendah (19- 28,5), rendah (28,5-38), sedang (38-57), tinggi (57-66,5), dan sangat tinggi (66,5-76) (Kartikasari, 2014).

2.3 Konsep *Diabetes Distress*

2.3.1 Definisi *Diabetes Distress*

Diabetes distress adalah reaksi psikologis yang memicu tekanan emosional yang berhubungan dengan beban dan stress terkait penyakit diabetes. *Diabetes distress* dapat dikatakan sebagai respon rasional individu karena tuntutan penyakit dalam jangka panjang. Berbagai kondisi mampu mengakibatkan *diabetes distress*, seperti kontrol diet, hubungan sosial, marah, depresi, frustrasi, dan kekhawatiran

terkait penyakit (Berry *et al.*, 2015). *Diabetes distress* didefinisikan sebagai kekhawatiran tentang manajemen diri dari diabetes, persepsi dukungan, beban emosional dan akses perawatan kesehatan yang berkualitas (Wardian, 2014). Menurut Fisher *et al.*, (2008), berbagai perilaku yang dapat dikaitkan sebagai penyebab terjadinya *diabetes distress* yaitu manajemen penyakit yang buruk, biaya kesehatan yang tinggi dan kematian. Pasien diabetes tipe 2 dengan *diabetes distress* mengalami kekhawatiran tentang makanan, komplikasi serta kematian (Franks *et al.*, 2010).

2.3.2 Perbedaan *Distress* pada Diabetes Melitus Tipe 1 dan Tipe 2

Diabetes Distress dapat terjadi pada DM tipe 1 dan tipe 2. Terjadinya *distress* pada pasien diabetes melitus dapat dipengaruhi oleh perawatan diri yang dapat menyebabkan gangguan psikologis (Bastelaar *et al.*, 2010). *Distress* yang terjadi pada diabetes tipe 1 umumnya terjadi karena hipoglikemia serta metode pemberian insulin. Keharusan penderita DM tipe 1 mengkonsumsi insulin dikarenakan tubuh tidak dapat memproduksi insulin sehingga harus dilakukan injeksi insulin secara rutin atau memakai pompa insulin yang melekat pada tubuh mereka. Selain itu, hipoglikemia lebih umum terjadi pada klien DM tipe 1 sehingga tidak memerlukan perawatan diri seperti diet atau latihan fisik karena hal tersebut dapat mengakibatkan penurunan kadar gula dalam tubuh. Penanganan yang dibutuhkan untuk DM tipe 1 harus dilakukan dengan melakukan sesuatu yang mampu meningkatkan kadar gula darah seperti makan makanan dengan kadar gula yang tinggi (Hislop *et al.*, 2007).

Lain halnya dengan DM tipe 2, obesitas umumnya lebih sering terjadi sehingga kadar gula darah pada klien DM tipe 2 lebih meningkat dibanding DM tipe 1 (Bastelaar *et al.*, 2010). Hiperglikemia pada pasien DM tipe 2 umumnya harus dicegah dengan melakukan sesuatu yang mampu menurunkan kadar gula darah dalam tubuh seperti diet rendah gula serta aktivitas fisik (Smeltzer & Bare, 2002). Perubahan pola hidup yang terjadi pada klien DM tipe 2 mampu menyebabkan distress karena ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri (Berry *et al.*, 2015). Menurut Islam (2013), distress pada DM tipe 2 terjadi karena berbagai faktor salah satunya adalah melakukan perawatan diri. Perawatan diri yang dilakukan pada klien DM tipe 2 lebih bervariasi seperti diet, kontrol gula darah, latihan fisik, terapi farmakologi, akses ke layanan kesehatan, mengurangi faktor risiko serta perawatan kaki (PERKENI, 2015).

2.3.3 Faktor yang berhubungan dengan *Diabetes Distress*

Menurut Wardian (2014), faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya *diabetes distress*, antara lain:

a. Efikasi Diri (*Self-Efficacy*)

Efikasi diri mampu memberikan kepercayaan diri akan kemampuan penderita DM untuk kompeten dalam melakukan perawatan diri. Efikasi diri yang tinggi akan berpengaruh pada kepercayaan diri dalam melakukan manajemen perawatan diri untuk meningkatkan hasil kesehatan penyandang DM.

b. Dukungan Sosial

Dukungan sosial memiliki pengaruh yang kuat bagi penderita DM. Dukungan sosial dapat berperan penting dalam proses perawatan pasien dengan DM. Selain itu, dukungan sosial juga merupakan salah satu strategi untuk membantu penderita DM dalam mengatasi respon negatif dari lingkungan sosial, mengatasi konflik serta mengurangi stres yang dirasakan.

c. Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap tingginya *diabetes distress*. Pada individu dengan usia dewasa umumnya memiliki tambahan stres terkait tanggung jawab sebagai kepala keluarga, pekerjaan, dan ekonomi. Hal ini dikaitkan bahwa *diabetes distress* berkontribusi terhadap tanggung jawab maupun beban yang ditanggung penderita DM. Menurut Yuliasih (2009), DM lebih sering muncul pada usia 40 tahun. Menurut teori Erikson (dalam Boeree, 2006) usia 40 tahun masuk ke dalam usia dewasa, dimana pengetahuan dan kecakapan yang dimiliki terbatas untuk mengerjakan atau mencapai hal-hal tertentu sehingga dapat mengalami hambatan. Selain itu, sifat maladaptif yang dapat terjadi pada usia dewasa akan menimbulkan sikap terlalu peduli kepada orang lain sehingga mereka tidak punya waktu untuk mengurus diri sendiri. Perawatan diri yang rendah pada pasien DM yang berusia 40 tahun akan mampu menyebabkan terjadinya *distress* terkait diabetes (Pranata, 2016).

d. Indeks Massa Tubuh

Indeks massa tubuh sangat erat keterkaitan dengan *diabetes distress*. Umumnya kelebihan berat badan atau obesitas mampu memberi efek negatif kepada psikologis penderita DM sehingga diperlukan bantuan pelayanan kesehatan untuk menjaga kestabilan berat badan pada pasien dengan diabetes.

e. Pelayanan kesehatan profesional

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan *diabetes distress*, dalam hal ini pelayanan kesehatan membantu penderita DM meningkatkan efikasi diri dalam melakukan *self-care*. Keterlibatan penderita DM dalam melakukan perawatan diri perlu diajarkan guna melatih keterampilan untuk manajemen diri seperti perubahan pola makan, olahraga secara teratur, tes gula darah, dan konsumsi obat sesuai dosis. Pengenalan lingkup kesehatan kepada penderita DM penting dilakukan, seperti rujukan ke ahli gizi terkait diet tidak hanya bermanfaat untuk mengatur pola makan sehat dan mengurangi berat badan penderita tetapi memiliki manfaat lebih dalam mengurangi distress.

f. Persepsi

Faktor persepsi merupakan faktor yang berhubungan dengan *diabetes distress*. Menurut Wulandari (2011), semakin negatif persepsi tentang penyakit yang diderita maka tuntutan situasi yang dihadapi akan semakin besar sehingga seseorang akan mengalami kesulitan dalam menyesuaikan

diri dengan tuntutan yang berdampak pada kualitas hidup rendah. Ketidaksanggupan seseorang dalam menyesuaikan diri dengan tuntutan akan menimbulkan ketegangan dalam diri dan mengakibatkan terjadinya stres.

g. Tingkat Pendidikan

Pendidikan juga merupakan faktor yang penting dalam memahami penyakit, perawatan diri, pengelolaan, mengatasi gejala, serta mencegah terjadinya komplikasi (Ningtyas, 2013). Tingkat pengetahuan yang kurang akan mengakibatkan seseorang mengalami stres, hal ini disebabkan penderita diabetes melitus pada umumnya memiliki tingkat stres yang tinggi dikarenakan ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri dan mengelolah penyakitnya (Berry *et al.*, 2015).

h. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi umumnya diukur dari pendapatan dan pekerjaan. Status sosial ekonomi merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikologi. Salah satu dampak dari kesehatan psikologis yang dapat timbul adalah stres (*American Psychological Association*, 2017). Menurut Yusra (2011), bahwa status sosial ekonomi yang rendah akan mampu mempengaruhi kondisi DM, hal ini dikarenakan keterbatasan penderita dalam mengakses perawatan serta pengobatan untuk penyakitnya mengalami keterbatasan dikarenakan biaya. Ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhannya karena status sosial ekonomi mampu menimbulkan stres psikologis pada individu (APA, 2017).

2.3.4 Pengukuran Stres

a. *Perceived Stress Scale (PSS)*

Perceived Stress Scale merupakan alat ukur psikologis yang banyak digunakan untuk mengukur persepsi yang menyebabkan tekanan. Instrumen ini digunakan untuk mengukur sejauh mana situasi seseorang dapat tergolong sebagai stres, selain itu alat ukur ini dirancang untuk menilai stres yang tidak terduga, terkendali, dan beban yang berlebihan. Instrumen ini terdiri dari 10 item terkait dengan perasaan dan pikiran selama sebulan terakhir. PSS dirancang dengan item/pertanyaan yang mudah dimengerti dan dipahami dan umumnya digunakan pada sampel yang setidaknya berpendidikan SMP. Alat ukur ini dinilai dengan menggunakan 5 skor mulai dari skor 0 (tidak pernah) sampai skor 4 (hampir selalu) (Cohen *et al.*, 1983).

b. *Depression, Anxiety, Stress Scale 42 (DASS 42)*

Depression, Anxiety, Stress Scale 42 (DASS 42) adalah alat ukur yang dikembangkan oleh Lovibond & Lovibond pada tahun 1995 dan dirancang untuk mengukur tiga keadaan emosional negatif terkait depresi, kecemasan dan stres. Instrumen ini terdiri dari 42 pertanyaan dengan subvariabel yaitu fisik, emosi/psikologis, dan perilaku. Penilaian DASS 42 semakin rendah skor yang diperoleh maka semakin baik penilaian terhadap keadaan emosional (Crawford & Henry, 2003).

c. *Standart Stress Scale (SSS)*

SSS merupakan skala yang terdiri dari 35 pertanyaan tentang situasi dalam kehidupan penuh stres, stres terkait lingkungan sosial, distress harian, dan kecemasan tentang masa depan. Instrumen ini dipergunakan untuk kelompok usia 14 tahun keatas (remaja, dewasa awal) dan kelompok dengan status tidak bekerja seperti pensiunan, pengangguran, dan bekerja sendiri. Setiap pertanyaan menggunakan skor 5 mulai dari skor 1 (tidak sama sekali) sampai skor 5 (benar-benar) (Gross *et al.*, 2014).

d. *Diabetes Distress Scale (DDS)*

Diabetes Distress Scale (DDS) merupakan instrumen dalam menentukan tingkat stres pada pasien DM. Instrumen ini adalah salah satu yang termasuk dalam Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD). Terdapat 17 masalah pada instrumen DDS yang umumnya dapat menimbulkan stres pada pasien diabetes (Polonsky *et al.*, 2005). Instrumen DDS dikembangkan bekerjasama dengan penderita diabetes untuk mengidentifikasi pertanyaan dari skala psikometrik yang ada keterkaitannya dengan DM dan menghilangkan pertanyaan yang dianggap tidak memiliki hubungan dengan DM. DDS terdiri dari empat domain yang terdiri dari kesulitan terkait tenaga kesehatan, beban emosional, kesulitan dengan diri sendiri (interpersonal), dan kesulitan terkait pengobatan diabetes. Instrumen DDS mengkategorikan stres dalam bentuk skor, apabila nilai rata-rata < 2 maka dikategorikan sebagai normal, nilai 2,0-2,9 dikategorikan sebagai stres sedang sedangkan jika nilai lebih atau sama dengan 3 dapat dikategorikan sebagai stres berat (Polonsky *et al.*, 2005). Instrumen DDS sangat membantu dalam menilai standar tingkat tekanan emosional penderita DM

karena mampu membedakan letak domain yang bemasalah sehingga masalah tersebut dapat langsung ditangani (Berry *et al.*, 2015). Menurut Polonsky *et al* (2005) & Mascott (2015), terdapat empat domain dalam *Diabetes Distress Scale* (DDS), antara lain:

a. Beban Emosional

Beban emosional yang dimiliki oleh penderita DM timbul karena adanya rasa takut, marah, depresi serta beranggapan bahwa diabetes telah mengendalikan hidup mereka sehingga terbebani baik secara mental maupun fisik. Penderita DM cenderung mengekspresikan kekhawatiran mereka terkait komplikasi serius yang akan terjadi dalam jangka panjang yang akan memberikan dampak buruk bagi kehidupannya mendatang.

b. Hubungan dengan Tenaga Kesehatan

Hubungan dengan tenaga kesehatan merupakan domain kedua dari *Diabetes Distress Scale* (DDS). Hal ini menjadi penting karena memiliki hubungan baik dengan tenaga kesehatan mampu meyakinkan dalam memberikan pemahaman terkait diabetes. Penting bagi penderita diabetes untuk menjalin kerjasama dengan tenaga kesehatan untuk membantu perawatan serta intervensi terkait pengobatan DM.

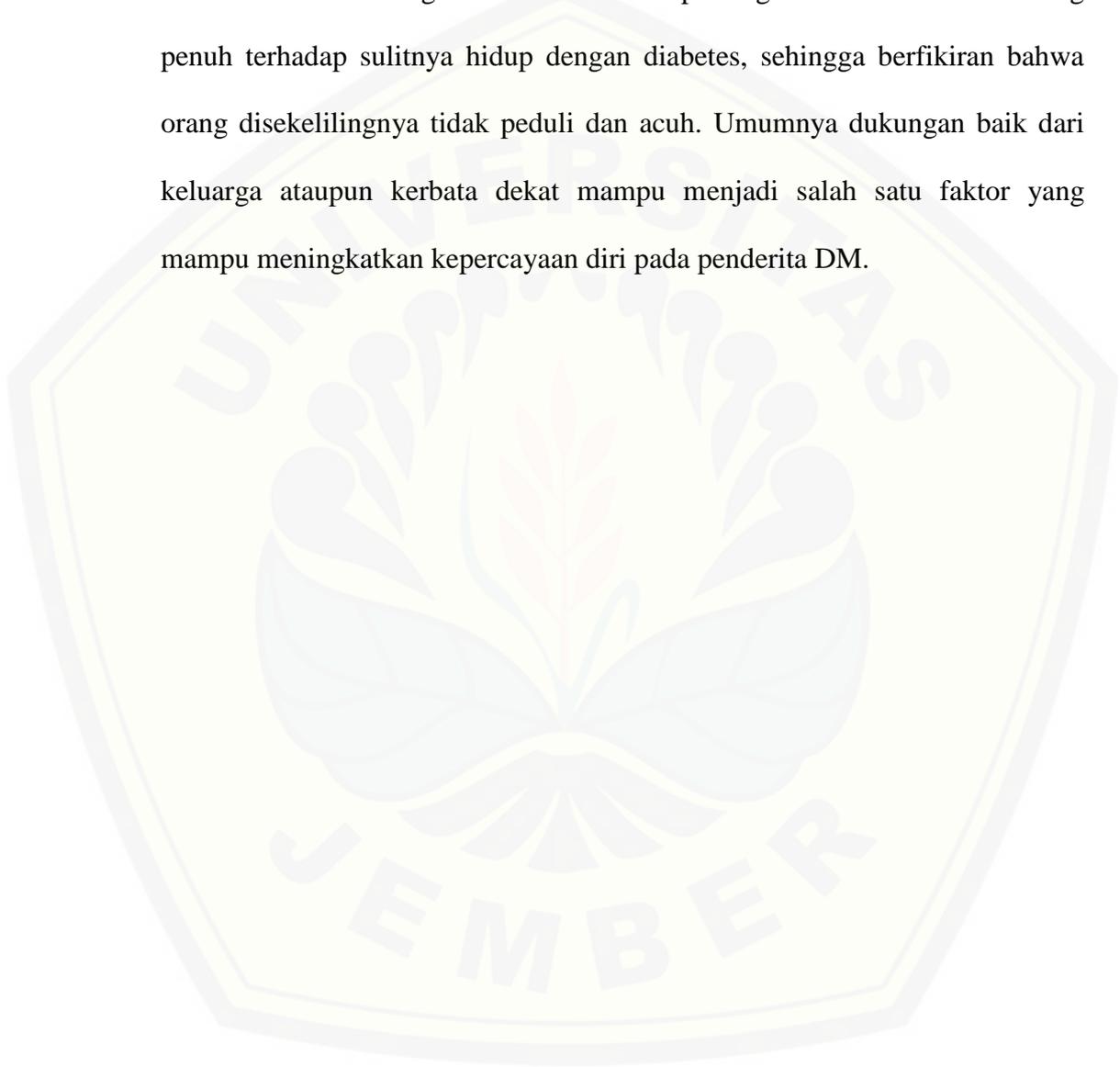
c. Perawatan Diri

Ketidakmampuan terkait perawatan diri diabetes merupakan domain ketiga dalam DDS, dalam hal ini penderita kurang percaya diri dengan kemampuannya melakukan pengobatan diabetes. Manajemen diri penderita

diabetes tidak optimal sehingga cenderung menyalahkan diri sendiri karena tidak mampu mengelola penyakit yang diderita.

d. Interpersonal *Distress*

Keadaan dimana orang disekitar tidak cukup mengerti atau tidak mendukung penuh terhadap sulitnya hidup dengan diabetes, sehingga berfikiran bahwa orang disekelilingnya tidak peduli dan acuh. Umumnya dukungan baik dari keluarga ataupun kerbata dekat mampu menjadi salah satu faktor yang mampu meningkatkan kepercayaan diri pada penderita DM.



2.4 Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes merupakan salah satu penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikis. Perubahan fisik, mental dan psikologis menjadi suatu permasalahan dan sumber stres bagi setiap individu (Indriana, 2010). Menurut Izzati (2015), perubahan pola hidup pada penderita DM mampu mengakibatkan mereka rentan terhadap stres. Hidup dengan diabetes merupakan suatu yang sulit, karena tuntutan untuk melakukan perawatan diri dan perubahan pola hidup yang dapat menyebabkan frustrasi, marah, kewalahan, dan putus asa (Polonsky *et al.*, 2005). Hal tersebut merupakan suatu respon alami karena memiliki perasaan khawatir terhadap penyakit diabetes (Pranata, 2016).

Ketika seorang individu dinyatakan menderita diabetes, maka mereka akan melakukan penyesuaian dan perubahan terhadap pola hidup yang baru. Perubahan tersebut menimbulkan reaksi psikologis yang negatif salah satunya stres. Stres yang dikaitkan dengan penyakit diabetes disebut *Diabetes Distress*. *Diabetes distress* merupakan reaksi psikologis yang memicu tekanan emosional yang berhubungan dengan tekanan, beban dan stres terkait penyakit diabetes (Franks *et al.*, 2010). Menurut Berry *et al.* (2015), menjelaskan bahwa semakin tinggi tekanan yang dialami penderita diabetes maka semakin besar juga dampak terhadap manajemen diri terkait diabetes. Penderita diabetes melitus pada umumnya memiliki tingkat stres yang tinggi dikarenakan ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri dan mengelolah penyakitnya. *Diabetes distress* juga

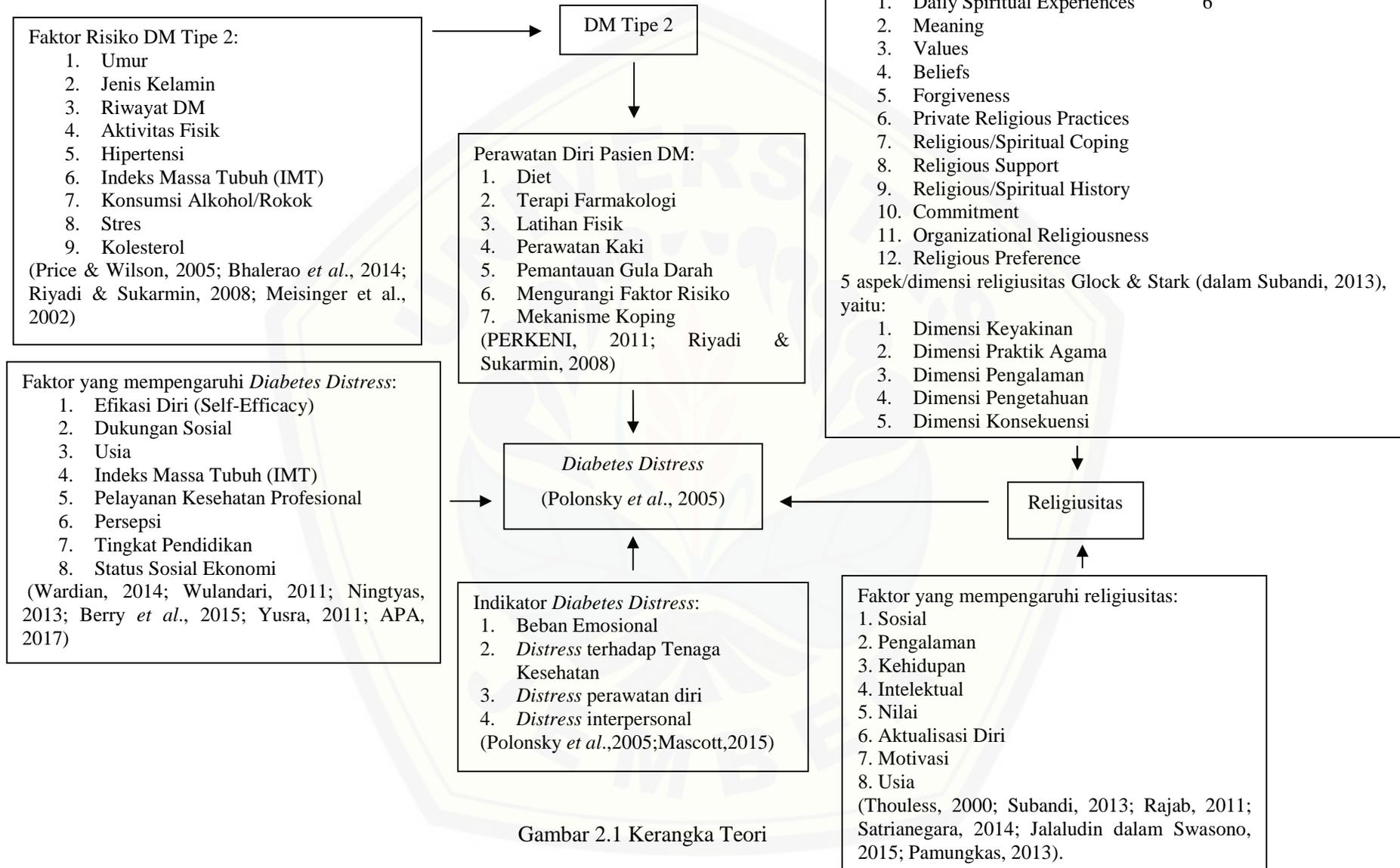
dikaitkan dengan berbagai kondisi, seperti kontrol diet, hubungan sosial, marah, depresi, frustrasi, dan kekhawatiran terkait penyakit (Berry *et al.*, 2015).

Individu tidak mampu bertahan dalam keadaan yang terus-menerus menekan keadaan fisik dan psikis. Koping merupakan salah satu upaya yang mampu mengatasi tekanan yang dialami pada setiap individu. Menurut Baqutayan (2015), koping merupakan upaya untuk mencegah, menghilangkan atau melemahkan efek yang mampu memberikan dampak buruk bagi fisik maupun psikologis. Koping merupakan cara berfikir dan bereaksi yang bertujuan untuk mengatasi beban atau sesuatu yang mampu menimbulkan stres (stresor) (Tamher *et al.*, 2009). Menurut Smith *et al.* (2003), salah satu koping yang mampu membantu dalam menghadapi kesulitan adalah religiusitas. Pernyataan tersebut sejalan dengan Idler *et al.* (2003) yang menyatakan bahwa religiusitas merupakan koping yang mampu membantu individu dalam mengatasi masalah pada keadaan sulit seperti mengalami penyakit serius. Sadikin *et al.* (2013) menjelaskan faktor-faktor internal yang mempengaruhi proses munculnya strategi koping adalah karakteristik/kepribadian individu, keyakinan, motivasi, kesabaran, kondisi keparahan penyakit, serta religiusitas.

Religiusitas merupakan salah satu faktor penentu kualitas kehidupan seseorang. Penelitian oleh Leblanc *et al.* (2004) juga menjelaskan bahwa religiusitas yang mungkin berdampak pada kesehatan. Keterlibatan religiusitas dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mekanisme kekebalan tubuh individu sehingga mampu berperan dalam mengatasi stres dan meningkatkan kesejahteraan hidup (Koenig *et al.*, 2002). Penelitian Lesniak *et al.* (2014),

menyatakan bahwa religiusitas memiliki manfaat yang signifikan terhadap pengurangan dan menengahi efek negatif dari stres (*distress*). Religiusitas mampu mendorong praktik perawatan preventif sehingga dapat menimbulkan harapan yang positif, optimisme, dan mencegah terjadinya *distress* (Levin, 2010). Individu yang mengalami peningkatan pada religiusitas mampu mengurangi tingkat stres. Penelitian Smith *et al.* (2003) menjelaskan bahwa orang dengan religius yang tinggi percaya bahwa kehidupan dikendalikan oleh kekuasaan Tertinggi (Tuhan) dan religiusitas dapat memberikan perlindungan sehingga terhindar dari stres dan depresi. Religiusitas dapat membuat individu menjadi lebih optimis, tegar, menerima keadaan diri, memiliki pegangan hidup dan sikap tabah (Kartikasari, 2014).

2.5 Kerangka Teori

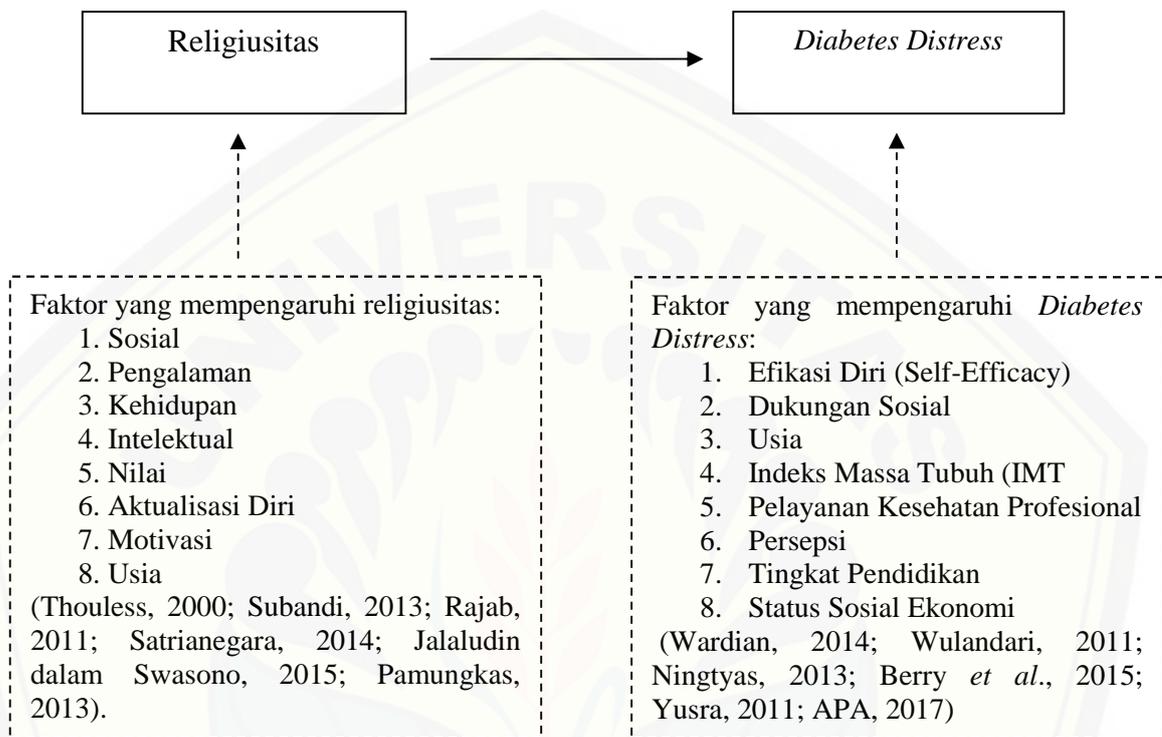


Gambar 2.1 Kerangka Teori



BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



= diteliti



= tidak diteliti



= diteliti



= tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari suatu penelitian, patokan duga, atau dalil sementara yang akan dibuktikan dengan penelitian. Setelah dilakukan penelitian maka hipotesis dapat benar atau salah dan dapat diterima atau ditolak (Setiadi, 2007). Hipotesis penelitian ini adalah hipotesis alternatif (H_a) yaitu adanya hubungan antara religiusitas dengan stres pada klien DM tipe 2 di kabupaten Jember. Tingkat kesalahan () yang digunakan pada penelitian ini adalah 0,05 sehingga H_a akan ditolak jika hasil yang diperoleh p value $>$ dan H_a diterima jika p value $<$



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang dilakukan adalah desain penelitian observasional analitik dengan metode *cross sectional* yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara mempelajari variabel sebab atau risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur dan dikumpulkan dalam satu waktu yang bersamaan (Setiadi, 2007). Penelitian ini menganalisis hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja puskesmas Patrang. Variabel religiusitas dan variabel *diabetes distress* diukur satu kali secara bersamaan.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Menurut Sugiyono (2012) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien diabetes melitus tipe 2 yang terdata di Puskesmas Patrang pada April 2016 – Maret 2017 yaitu sejumlah 243 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2012). Sampel penelitian ini adalah penyandang DM tipe 2 di wilayah kerja puskesmas Patrang yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti. Peneliti menggunakan rumus Slovin untuk menentukan besar sampel dalam penelitian.

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

Keterangan:

n: Jumlah anggota sampel

N: Jumlah Populasi

d: Presisi (10% atau 0,1)

Hasil perhitungan sampel menggunakan rumus Slovin:

$$n = \frac{243}{243 \cdot (0,1)^2 + 1}$$

$$n = \frac{243}{3,43}$$

$$n = 71 \text{ responden}$$

Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 71 orang.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* adalah pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam,

2013). Pengambilan sampel didasarkan pada urutan nama pasien DM tipe 2 di Puskesmas Patrang mulai bulan April 2016 sampai Maret 2017 yang memenuhi kriteria penelitian.

4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias hasil penelitian. Menurut Nursalam (2013), kriteria sampel dapat dibedakan menjadi dua bagian, antara lain:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2013). Sampel pada penelitian ini adalah klien DM tipe 2 yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Patrang dengan kriteria sebagai berikut:

1. Penyandang DM berusia 40-65 tahun;
2. Memiliki kesadaran penuh (compos mentis);
3. Mampu berkomunikasi dengan baik;
4. Lama menderita DM > 6 bulan;
5. Bersedia menjadi responden dalam penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab sehingga tidak dapat menjadi responden dalam penelitian (Nursalam, 2013). Kriteria eksklusi penelitian, yaitu:

1. Mengalami penyakit serius atau komplikasi lain misalnya stroke, penyakit jantung;
2. Memiliki keterbatasan fisik atau yang mampu menghambat komunikasi seperti buta dan tuli;
3. Klien memiliki gangguan mental atau gangguan kognitif seperti *demensia*.

4.3 Tempat Penelitian

Tempat penelitian adalah wilayah kerja puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

4.4 Waktu Penelitian

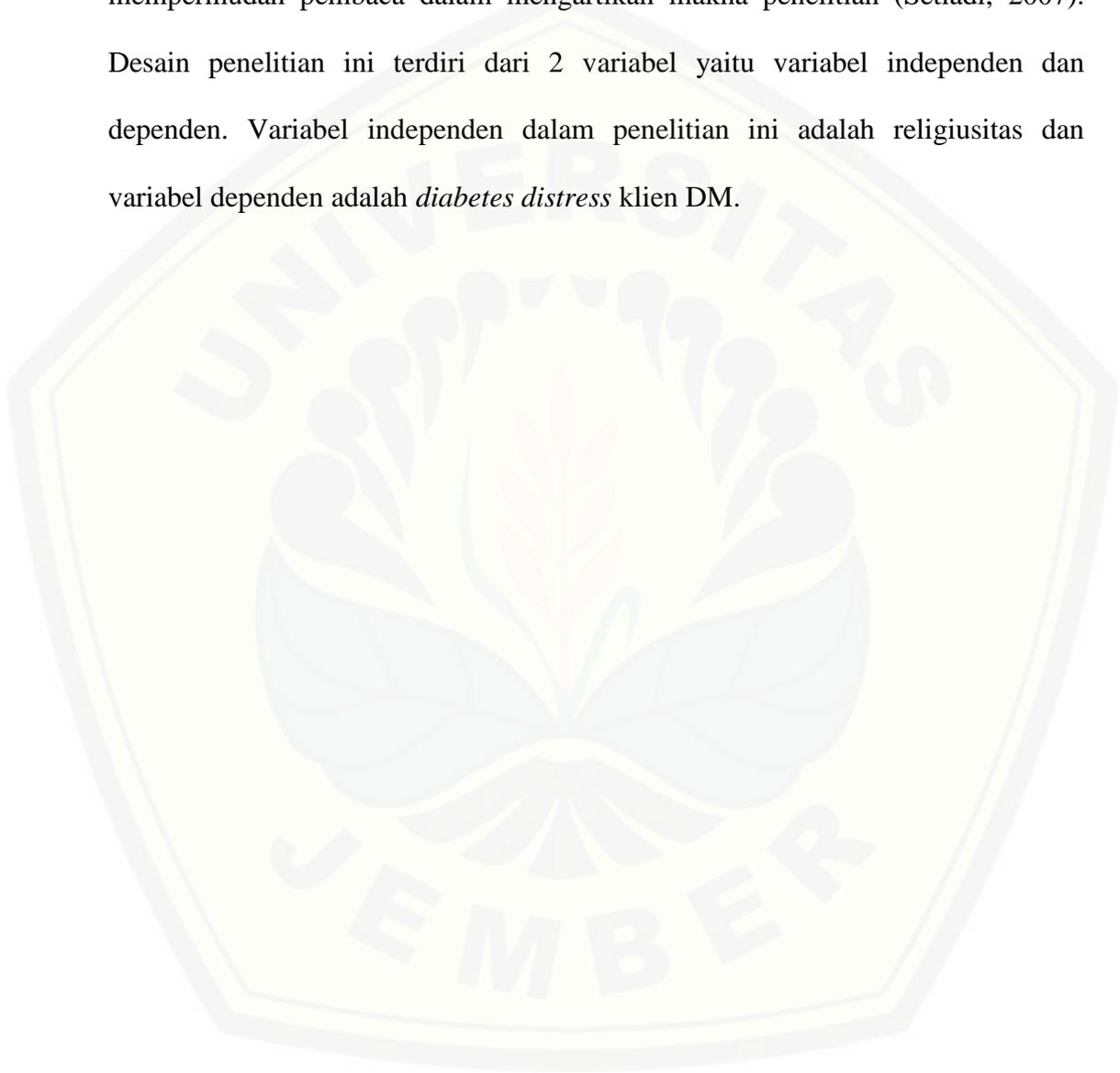
Tahap pembuatan proposal mulai pada bulan Februari 2017 sampai April 2017. Pelaksanaan studi pendahuluan dilakukan pada bulan Maret 2017. Seminar proposal dilakukan pada bulan April 2017. Pelaksanaan penelitian pada bulan Mei sampai Juni 2017. Pembuatan laporan serta sidang hasil penelitian dilakukan pada Juli 2017.

Tabel 4.1 Alokasi Waktu Penelitian

Kegiatan	Bulan																												
	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli								
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Penetapan Judul				■	■	■																							
Studi Pendahuluan				■	■	■	■	■	■	■																			
Penyusunan Proposal				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Seminar Proposal													■	■															
Revisi Proposal Penelitian														■	■														
Pengumpulan Data														■	■														
Analisa Data															■	■	■												
Penyusunan Laposan Akhir																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sidang Akhir																											■	■	

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel sehingga mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2007). Desain penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu variabel independen dan dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah religiusitas dan variabel dependen adalah *diabetes distress* klien DM.



Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Variabel Independen: Religiusitas	Kecenderungan pasien DM tipe 2 dalam menjalankan keyakinan agama dalam hidupnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ideologis 2. Ritualistik 3. Pengalaman 4. Intelektual 5. Konsekuensi 	Skala Religiusitas	Interval	Nilai minimal = 19 Nilai maksimal = 76
Variabel Dependen: <i>Diabetes Distress</i>	Reaksi psikologis pasien DM tipe 2 yang memicu tekanan emosional yang berhubungan dengan beban dan stress terkait penyakit diabetes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beban emosi 2. Distress berkaitan dengan tenaga kesehatan 3. Distress akibat perawatan dan penanganan DM 4. Distress berhubungan dengan interpersonal 	<i>Diabetes Distress Scale (DDS)</i>	Interval	Nilai minimal = 1 Nilai maksimal = 6

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data Primer adalah data yang berasal dari subjek penelitian melalui lembar kuesioner atau angket (Notoatmodjo, 2010). Data primer dalam penelitian ini yaitu data yang diperoleh langsung dari hasil penilaian religiusitas dengan menggunakan kuesioner Skala Religiusitas dan *diabetes distress* dengan menggunakan *Diabetes Distress Scale (DDS)*. Data primer lainnya dalam penelitian ini yaitu karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, agama, usia, pendidikan, pekerjaan, status menikah dan lama menderita DM.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat peneliti berdasarkan sumber lain (Notoatmodjo, 2010). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Patrang mengenai jumlah kunjungan dan jumlah pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Patrang.

4.6.2 Teknik Pengambilan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan mengisi kuesioner Skala Religiusitas dan DDS. Penelitian dilakukan dengan menggunakan langkah-langkah pengumpulan data sebagai berikut:

1. Sebelum melakukan studi pendahuluan, peneliti mengajukan surat permohonan izin untuk mendapatkan data kepada institusi pendidikan

bidang akademik, Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, dan Kepala Puskesmas Patrang;

2. Peneliti menentukan responden penelitian sesuai kriteria yang telah ditetapkan berdasarkan data di Puskesmas Patrang;
3. Peneliti melakukan kunjungan ke rumah masing-masing klien (*door to door*) berdasarkan data yang didapat dari Puskesmas Patrang;
4. Responden yang memenuhi kriteria diberikan penjelasan mengenai mekanisme penelitian;
5. Responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*);
6. Peneliti memberikan lembar kuesioner Skala Religiusitas dan DDS kepada responden untuk diisi dengan alokasi waktu antara 30-45 menit, jika responden kesulitan dalam membaca atau mengartikan kata-kata di dalam isi kuesioner, maka peneliti membacakan isi kuesioner dan menjelaskan kata yang sulit diartikan sehingga dapat dimengerti oleh responden;
7. Peneliti melakukan *cross-check* ulang terkait kuesioner, apabila ada jawaban yang belum diisi atau terlewat maka responden diminta untuk menjawab pertanyaan tersebut;

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner skala religiusitas untuk mengukur variabel religiusitas. Kuesioner ini disusun oleh peneliti Kartikasari pada tahun 2014 dengan mengacu pada konsep Glock dan Stark (1966) dan

dimensi sebagai tolak ukurnya, yaitu dimensi ideologis (*the ideological dimension*), dimensi ritual (*the ritualistic dimension*), dimensi eksperiensial (*the experiential dimension*), dimensi intelektual dan dimensi konsekuensial (*the consequential dimension*). Kuesioner ini terdiri dari 19 pertanyaan terkait lima indikator religiusitas yaitu keyakinan, praktik agama, pengalaman, pengetahuan, dan konsekuensi. Kuesioner terdiri dari 10 pertanyaan *favorable* dan 9 pertanyaan *unfavorable*. Skor pada pertanyaan *favorable* diberi skor 4 (Sangat Setuju); skor 3 (Setuju); skor 2 (Tidak Setuju); dan skor 1 (Sangat Tidak Setuju), sedangkan untuk pertanyaan *unfavorable* skor 1 (Sangat Setuju); skor 2 (Setuju); skor 3 (Tidak Setuju); dan skor 4 (Sangat Tidak Setuju). Nilai minimal dari religiusitas sebesar 19 dan nilai maksimal sebesar 76.

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner Skala Religiusitas

Indikator	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
Ideologis	1,2	11,12	4
Ritualistik	3,4	13,14	4
Pengalaman	5,6	15,16	4
Intelektual	7,8	17,18	4
Konsekuensi	9,10	19	3
Total	10	19	19

Pengukuran *diabetes distress* pada penelitian ini menggunakan kuesioner DDS yang disusun oleh Polonsky *et al* (2015) dan diterjemahkan oleh Hanif (2012). Kuesioner ini terdiri dari empat sub skala yang mewakili penyebab timbulnya *diabetes distress* pada pasien DM tipe 2 yaitu beban emosi, distress berkaitan dengan tenaga kesehatan, distress akibat perawatan dan penanganan DM, distress berhubungan dengan interpersonal. Penilaian

kueisoner yaitu nilai 1 untuk jawaban tidak sesuai sama sekali atau tidak pernah; nilai 2 untuk jawaban sedikit sesuai atau jarang; nilai 3 untuk jawaban sesuai pada tingkat tertentu atau kadang-kadang; nilai 4 jawaban untuk sesuai dalam batas yang dipertimbangkan atau agak sering; nilai 5 untuk jawaban sesuai atau sering; nilai 6 untuk jawaban sangat sesuai atau sangat sering. Hasil pengukuran diabetes distress dengan kuesioner DDS didapatkan dengan penjumlahan semua nilai kemudian dibagi dengan jumlah pertanyaan yang tertera. Nilai minimal dari *diabetes distress* sebesar 1 dan nilai maksimal sebesar 6.

Tabel 4.4 *Blue Print* Kuesioner *Diabetes Distress*

Indikator	Nomor Pertanyaan
Beban emosi	1,3,8,11,14
Distress terkait dengan tenaga kesehatan	2,4,9,15
Distress terkait dengan perawatan/penanganan	5,6,10,12,16
Distress interpersonal	7,13,17
Total	17

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan seberapa valid alat ukur sehingga mampu dijadikan untuk mengukur apa yang diukur. Reliabilitas menggambarkan seberapa besar stabilitas dan konsistensi suatu instrumen dalam konteks yang diberikan (Brockopp *et al.*, 2000). Valid atau tidaknya instrumen dapat diketahui dengan nilai r hitung dibandingkan dengan nilai r tabel, jika nilai r hitung $>$ r tabel maka instrumen dapat dikatakan valid (Hastono, 2007). Uji validitas skala religiusitas telah dilakukan oleh Nofita Dwi Kartikasari (2014) dengan meminta pertimbangan

terhadap 3 ahli (*expert judgement*) dan dilanjutkan dengan uji coba kepada 50 responden dengan nilai r tabel pada uji validitas adalah 0,284. Hasil uji validitas didapatkan nilai r antara 0,302-0,619. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai Crobach's Alpha sebesar $> 0,839$.

Uji validitas pada instrumen DDS telah dilakukan oleh Riska Annisa Hanif (2012) dengan menggunakan sampel sebanyak 20 pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari dengan nilai r tabel pada uji validitas DDS adalah $r=0,444$. Hasil uji validitas didapatkan nilai r antara 0,534-0,607. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai Crobach's Alpha sebesar $> 0,87$.

4.7 Pengolahan Data

1.7.1 Editing

hasil wawancara, angket, atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan atau editing terlebih dahulu (Notoatmodjo, 2010). Peneliti akan memeriksa kuesioner yang telah diisi oleh responden, apabila terdapat jawaban yang kosong atau tidak terisi maka peneliti akan meminta kembali kepada responden untuk melengkapi lembar kuesioner.

1.7.2 Coding

Semua kuesioner yang telah diedit atau disunting harus dilakukan coding, yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Coding atau pemberian kode sangat berguna dalam memasukkan data (data entry) (Notoatmodjo, 2010). Pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Karakteristik Responden

1. Agama

Islam = 1

Kristen = 2

Hindu = 3

Buddha = 4

Katolik = 5

2. Jenis Kelamin

Laki-laki = 1

Perempuan = 2

3. Status Menikah

Menikah = 1

Belum Menikah = 2

Lain-lain = 3

4. Pendidikan

Tidak Sekolah = 1

SD = 2

SLTP = 3

SLTA = 4

Perguruan Tinggi = 5

Lain-lain = 6

5. Pekerjaan

Tidak bekerja = 1

Buruh = 2

Petani = 3

Wiraswasta = 4

Karyawan swasta = 5

PNS = 6

Ibu Rumah Tangga = 7

Lain-lain = 8

b. Religiusitas

Religiusitas sangat rendah = 1

Religiusitas rendah = 2

Religiusitas sedang = 3

Religiusitas tinggi = 4

Religiusitas sangat tinggi = 5

c. *Diabetes distress*

Tidak *distress/distress* ringan = 1

Distress sedang = 2

Distress berat = 3

1.7.3 Entry Data

Data yang telah berbentuk kode (angka atau huruf) dimasukan ke dalam program komputer. Data dimasukan dengan cara manual ke dalam program komputer, dalam proses entry data memerlukan ketelitian karena dapat terjadi biasa pada data (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini peneliti mengolah data dengan menggunakan program komputer.

1.7.4 Cleaning

Data dari setiap sumber atau responden yang telah selesai dientry, perlu dicek kembali karena kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode dan ketidaklengkapan data sehingga dilakukan pembetulan atau koreksi. Proses ini disebut dengan pembersihan data (*cleaning*). *Cleaning* dilakukan dengan cara memeriksa kembali data yang dibutuhkan oleh peneliti dan menghapus data-data yang tidak dibutuhkan (Notoatmodjo, 2010). Peneliti melakukan pengecekan ulang pada data yang telah dimasukkan ke dalam komputer sehingga dapat diketahui bahwa data analisis data dilakukan dengan benar dan tepat.

1.8 Analisa Data

Analisa data adalah proses mengolah dan menganalisis data dari hasil penelitian untuk mendapatkan penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik (Notoatmodjo, 2010). Analisa data dalam penelitian ini dilakukan dengan analisis *univariat* dan *bivariat*.

1.8.1 Analisa Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui karakteristik dari masing-masing variabel yang akan diteliti. Bentuk analisis univariat ini tergantung dari jenis datanya. Pada data numerik seperti usia dan lama menderita DM digunakan nilai mean atau rata-rata, median, dan standar deviasi. Data kategorik seperti agama, status, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau

proporsi. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, variabel religiusitas dan *diabetes distress* akan ditampilkan dengan data kategorik sebagai berikut:

1. Data kategorik religiusitas

- a. $19 < X < 28,5$ = sangat rendah
- b. $28,5 < X < 38$ = rendah
- c. $38 < X < 57$ = sedang
- d. $57 < X < 66,5$ = tinggi
- e. $66,5 < X < 76$ = sangat tinggi

2. Data kategorik *diabetes distress*

- a. $< 2,0$ = tidak *distress/distress* ringan
- b. $2,0-2,9$ = *distress* sedang
- c. $3,0$ = *distress* berat/tinggi

1.8.2 Analisa Bivariat

Analisis *bivariat* pada penelitian ini dilakkan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan ataupun berkorelasi untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yakni hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 (Notoatmodjo, 2010). Kedua variabel akan diketahui terkait ada atau tidaknya hubungan antara kedua variabel dengan menggunakan uji statistik. Data akan dilakukan uji normalitas dengan menggunakan *kolmogorov-smirnov* untuk mengetahui distribusi data normal atau tidak normal. Uji *kolmogorov-smirnov* digunakan untuk sampel yang besarnya lebih

dari 50 (Dahlan, 2011). Data dapat dikatakan terdistribusi normal, jika $p > 0,05$.

Hasil uji normalitas jika didapatkan data terdistribusi normal, maka uji statistik analisa bivariat yang akan digunakan adalah *kolerasi pearson*. Kolerasi pearson disebut kolerasi *product moment* adalah uji statistik parametrik yang digunakan untuk menguji hubungan dua sampel acak, homogen, dan terdistribusi normal dengan jenis data harus berskala interval dan rasio (Riadi, 2016). Dasar pengambilan keputusan adalah jika $p \text{ value} < 0,05$ maka H_0 diterima. Namun, jika $p \text{ value} > 0,05$ H_0 ditolak. Apabila data tidak terdistribusi normal maka peneliti akan menggunakan uji *spearman-rank*. Hasil penelitian didapatkan bahwa variabel religiusitas tidak terdistribusi normal karena nilai $p = 0,041$ sedangkan variabel *diabetes distress* terdistribusi normal dengan $p = 0,200$ sehingga uji statistik yang digunakan ada uji *spearman-rank*.

Tabel 4.5 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan kolerasi, nilai p, dan arah kolerasi

No.	Parameter	Nilai	Interpretasi
1.	Kekuatan korelasi (r)	0,00-0,199	Sangat lemah
		0,20-0,399	Lemah
		0,40-0,599	Sedang
		0,60-0,799	Kuat
		0,80-1,000	Sangat kuat
2.	Nilai p	$P < 0,005$	Terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji.
		$P > 0,005$	Tidak terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji.
3.	Arah korelasi	+ (positif)	Searah, semakin besar nilai satu variabel, semakin besar pula nilai variabel lainnya.
		- (negatif)	Berlawanan arah, semakin besar nilai suatu variabel, semakin kecil nilai variabel lainnya.

Sumber: Dahlan (2011)

1.9 Etika Penelitian

4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian. Peneliti juga memberikan kebebasan kepada responden untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian. Lembar persetujuan (*informed consent*) merupakan lembar persetujuan responden untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden sebelum melakukan penelitian. Lembar persetujuan ini diberikan dan dijelaskan kepada responden terkait manfaat

dan tujuan penelitian, apabila responden menolak maka peneliti tidak dianjurkan memaksa tetap menghormati hak-hak subjek (Brockopp *et al.*, 2000). Peneliti memberikan penjelasan kepada klien DM tipe 2 yang memenuhi kriteria inklusi tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian, dan peran klien dalam penelitian, kemudian peneliti memberikan kesempatan kepada klien DM tipe 2 untuk menentukan bersedia atau tidak menjadi responden pada penelitian ini. Klien yang bersedia menjadi responden diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti bersedia menjadi responden penelitian.

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Responden dalam penelitian mempunyai hak untuk mengharapkan informasi yang dikumpulkan dari atau tentang responden tetap bersifat pribadi. Hal ini adalah tanggung jawab peneliti untuk menemukan suatu metoda yang dapat menjamin kerahasiaan responden (Brockopp *et al.*, 2000). Informasi yang diperoleh selama penelitian berlangsung menjadi hak untuk tetap terjaga kerahasiannya. Hanya data tertentu saja yang akan disajikan dalam laporan penelitian. Peneliti tidak diperbolehkan untuk menyampaikan informasi kepada pihak lain diluar penelitian. Peneliti menggunakan anonim sebagai kode responden untuk menjaga dan merahasiakan identitas responden.

4.9.3 Keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan mampu menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan jender,

agama, dan etnis (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memperlakukan responden sama berdasarkan nilai moral, martabat, dan hak asasi manusia. Peneliti tidak membedakan responden walaupun dalam penelitian ini beberapa responden memiliki perbedaan agama, tetapi peneliti memberikan perlakuan yang sama satu dengan lainnya.

4.9.4 Asas Kemanfaatan

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat umum dan responden serta meminimalkan dampak yang merugikan bagi responden (Notoatmodjo, 2010). Manfaat yang diberikan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM sehingga responden dapat meningkatkan religiusitas dengan melakukan perilaku keagamaan dan menjadikan religiusitas sebagai intervensi yang mampu menurunkan *distress* pada klien DM tipe 2.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Patrang merupakan sebuah kecamatan di Kabupaten Jember, Propinsi Jawa Timur, Indonesia. Puskesmas Patrang adalah salah satu organisasi publik pemerintah yang bertugas memberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Puskesmas Patrang termasuk salah satu puskesmas yang berada di Kabupaten Jember dan tercatat sebagai puskesmas yang menempati urutan ketujuh pada tahun 2016 dengan jumlah kunjungan pasien DM tipe 2 sebanyak 414 kunjungan. Jumlah pasien berkunjung di Puskesmas Patrang mulai 1 April 2016 sampai 31 Maret 2017 sebanyak 243 orang dengan jumlah kunjungan sebanyak 467 kunjungan. Wilayah kerja Puskesmas Patrang mencakup delapan kelurahan yaitu Kelurahan Patrang, Kelurahan Baratan, Kelurahan Bintoro, Kelurahan Jumerto, Kelurahan Slawu, Kelurahan Gebang, Kelurahan Banjar, Kelurahan Sengon, dan Kelurahan Jember Lor. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 19 Mei 2017 – 30 Mei 2017 yang dilakukan pada 71 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi, sedangkan pada pembahasan disajikan dalam bentuk narasi. Hasil data penelitian yang disajikan berupa analisis univariat dan analisis bivariat.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Karakteristik Klien DM

Karakteristik responden pada penelitian ini terdiri atas usia, agama, status menikah, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan lama menderita DM. Karakteristik responden dibagi menjadi dua berdasarkan jenis data yaitu data numerik dan data kategorik. Data numerik terdiri dari usia dan lama menderita DM sedangkan untuk data kategorik terdiri dari agama, status menikah, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Tabel distribusi responden menurut usia dan lama menderita DM tertera pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Usia dan Lama Menderita DM pada klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n = 71)

Variabel	<i>Mean</i>	<i>Median</i>	<i>SD</i>	<i>Min-Max</i>
Usia (tahun)	55,04	55,00	6,96	40-65
Lama DM (tahun)	5,80	4,00	5,37	0,5-27

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan bahwa usia rata-rata responden adalah 55,04 tahun dengan standar deviasi 6,96. Usia minimal adalah 40 tahun dan usia maksimal adalah 65 tahun. Rata-rata responden menderita DM adalah 5,80 tahun dengan standar deviasi 5,37. Lama DM paling singkat adalah 6 bulan atau setengah tahun sedangkan paling lama 27 tahun. Distribusi responden meliputi agama, status menikah, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi Responden Menurut Agama, Status Menikah, Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan pada klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n = 71)

Variabel	Jumlah	%
1. Agama		
a. Islam	67	94,4
b. Kristen	4	5,6
c. Hindu	0	0
d. Buddha	0	0
e. Katolik	0	0
Total	71	100
2. Status Menikah		
a. Menikah	70	98,6
b. Belum Menikah	1	1,4
Total	71	100
3. Jenis Kelamin		
a. Laki-laki	21	29,6
b. Perempuan	50	70,4
Total	71	100
4. Pendidikan		
a. Tidak Sekolah	2	2,8
b. SD	15	21,1
c. SLTP/SMP	17	23,9
d. SLTA/SMA	23	32,4
e. Perguruan Tinggi	14	19,7
Total	71	100
5. Pekerjaan		
a. Tidak Bekerja	1	1,4
b. Petani	1	1,4
c. Wiraswasta	19	26,8
d. Karyawan Swasta	7	9,9
e. PNS	10	14,1
f. Ibu Rumah Tangga	27	38,0
g. Lain-lain	6	8,5
Total	71	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden beragama islam yaitu sebanyak 67 orang (94,4%). Mayoritas responden berstatus menikah yaitu sebanyak 70 orang (98,6). Pada variabel jenis kelamin lebih banyak responden perempuan dari pada laki-laki yaitu 70,4%. Tingkat pendidikan paling banyak adalah SLTA/SMA yaitu 32,4%. Pekerjaan responden paling banyak adalah ibu rumah tangga yaitu 38%.

5.2.2 Religiusitas

Hasil penelitian tentang religiusitas terdiri dari lima indikator yaitu ideologis, ritualistik, pengalaman, intelektual, dan konsekuensi. Nilai rerata religiusitas pada responden dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Nilai Rerata Religiusitas pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Max
Religiusitas	64,31	65	6,67	50-76

Pada tabel 5.3 menunjukkan nilai rata-rata religiusitas adalah 64,31 tergolong dalam religiusitas tinggi dengan standar deviasi 6,67. Skor minimal pada variabel religiusitas adalah 50 dan skor maksimal adalah 76.

Tabel 5.4 Distribusi Responden berdasarkan kategori Religiusitas pada klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n = 71)

Variabel	Jumlah	%
Religiusitas		
a. Religiusitas Sangat Rendah	0	0
b. Religiusitas Rendah	0	0
c. Religiusitas Sedang	15	21,1%
d. Religiusitas Tinggi	24	33,8%
e. Religiusitas Sangat Tinggi	32	45,1%
Total	71	100%

Hasil penelitian menunjukkan paling banyak responden memiliki kategori religiusitas sangat tinggi yaitu sebanyak 32 orang (45,1%), diikuti oleh religiusitas tinggi sebanyak 24 orang (33,8%), religiusitas sedang sebanyak 15 orang (21,1%), dan tidak ada responden dengan kategori religiusitas rendah dan sangat rendah. Pada tabel diketahui bahwa paling banyak berada pada kategori religiusitas sangat tinggi.

Tabel 5.5 Nilai Rerata Indikator Religiusitas pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71)

Indikator	Nilai Rerata
Ideologis	3,28
Ritualistik	3,44
Pengalaman	3,50
Intelektual	3,32
Konsekuensi	3,37

Pada tabel 5.5 menunjukkan indikator dengan skor tertinggi adalah indikator pengalaman dengan nilai rata-rata yaitu 3,50, sedangkan skor terendah terdapat pada indikator ideologis dengan nilai rata-rata yaitu 3,28.

5.2.3 Diabetes Distress

Hasil penelitian terkait *diabetes distress* terdiri dari empat indikator yaitu beban emosi, distress berkaitan dengan tenaga kesehatan, distress akibat perawatan dan penanganan DM, dan distress interpersonal. Berikut nilai rerata *diabetes distress* dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Nilai Rerata *Diabetes Distress* pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Max
<i>Diabetes Distress</i>	2,36	2,35	0,66	1,12-4,41

Pada tabel 5.6 menunjukkan nilai rata-rata *diabetes distress* adalah 2,36 yang tergolong *distress* sedang dengan standar deviasi 0,66. Skor minimal pada variabel *diabetes distress* adalah 1,12 dan skor maksimal adalah 4,41.

Tabel 5.7 Distribusi Responden berdasarkan kategori *Diabetes Distress* pada klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n = 71)

Variabel	Jumlah	%
<i>Diabetes Distress</i>		
a. Tidak <i>distress/distress</i> ringan	23	32,4
b. <i>Distress</i> Sedang	33	46,5
c. <i>Distress</i> Berat	15	21,1
Total	71	100

Hasil penelitian didapatkan paling banyak mengalami *distress* sedang yaitu sebanyak 33 orang (46,5%). Responden yang tidak mengalami *distress/distress* ringan sebanyak 23 orang (32,4%) dan yang mengalami *distress* berat sebanyak 15 orang (21,1%).

Tabel 5.8 Nilai Rerata Indikator *Diabetes Distress* pada Klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71)

Indikator	Nilai Rerata
Beban Emosi	3,36
<i>Distress</i> terkait Tenaga Kesehatan	1,72
<i>Distress</i> Perawatan Diri	2,46
<i>Distress</i> Interpersonal	1,34

Pada tabel 5.8 menunjukkan nilai rerata tertinggi terdapat pada indikator beban emosi dengan nilai rata-rata yaitu 3,36. Skor terendah terdapat pada indikator *distress* interpersonal dengan nilai rata-rata yaitu 1,34.

5.2.4 Uji Normalitas

Uji normalitas yang digunakan adalah *Kolmogorov-smirnov* karena sampel > 50. Data dikatakan terdistribusi normal jika $p > 0,05$. Uji normalitas dilakukan terhadap variabel religiusitas dan *diabetes distress*.

Tabel 5.9 Hasil Uji Normalitas Variabel Religiusitas dan *Diabetes Distress*

Variabel	P
Religiusitas	0,041
<i>Diabetes Distress</i>	0,200

Tabel 5.9 menunjukkan hasil uji normalitas variabel religiusitas tidak terdistribusi normal karena $p = 0,041$ sedangkan variabel *diabetes distress* dinyatakan terdistribusi normal karena $p = 0,200$ sehingga pada penelitian ini menggunakan uji statistik *spearman-rank* karena salah satu data tidak terdistribusi normal.

5.2.5 Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada Klien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

Hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut.

Tabel 5.10 Hasil analisis hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (n=71)

Variabel	r	P	Arah korelasi
Religiusitas <i>Diabetes Distress</i>	-0,505	0,001	Negatif (-)

Hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Spearman* diperoleh nilai p value= 0,001 yang menunjukkan bahwa H_0 gagal ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada kolerasi signifikan antara variabel religiusitas dengan *diabetes distress*. Kolerasi bersifat negatif dengan tingkat keeratan sedang. Kolerasi negatif menunjukkan semakin tinggi religiusitas maka semakin rendah *diabetes distress* yang dialami klien DM.

BAB 6. KESIMPULAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Rata-rata usia responden adalah 55,06 tahun dan rata-rata lama menderita DM adalah 5,80 tahun. Responden sebagian besar beragama islam, status responden sebagian besar telah berstatus menikah, responden perempuan lebih banyak daripada laki-laki, pendidikan paling banyak adalah SLTA/SMA, dan pekerjaan paling banyak sebagai ibu rumah tangga;
- b. Nilai rata-rata religiusitas responden DM tipe 2 adalah 64,31. Religiusitas paling banyak berada pada religiusitas sangat tinggi sebanyak 32 orang (45,1%). Indikator yang memiliki skor terendah adalah indikator ideologis dengan nilai rata-rata yaitu 3,28. Skor tertinggi berada pada indikator pengalaman dengan nilai rata-rata adalah 3,50;
- c. *Diabetes distress* memiliki nilai rata-rata yaitu 2,36. *Diabetes distress* paling banyak berada pada *distress* sedang sebanyak 33 orang (46,5%). Indikator dengan skor terendah adalah indikator *distress* interpersonal dengan nilai rerata yaitu 1,34. Skor tertinggi terdapat pada indikator beban emosi dengan nilai rata-rata yaitu 3,36;
- d. Ada hubungan antara religiusitas dengan *diabetes distress* pada klien DM tipe 2 dengan kekuatan kolerasi sedang. Nilai kolerasi bersifat negatif

yang artinya semakin tinggi religiusitas maka semakin rendah diabetes *distress*.

6.2 Saran

Penelitian yang dilakukan ini selain memberikan suatu kesimpulan hasil, juga memberikan saran pada berbagai pihak untuk dapat membantu meningkatkan dan mempertahankan kesehatan serta mencegah komplikasi pada klien DM tipe

2. Saran-saran tersebut adalah sebagai berikut;

a. Bagi Peneliti

Penelitian lanjutan diharapkan menggunakan teknik sampling *probability* sampling dan menggunakan sampel yang lebih besar.

b. Bagi Masyarakat/Penyandang DM

Setelah mengetahui informasi tentang hubungan religiusitas dengan *diabetes distress* diharapkan agar klien DM mampu meningkatkan dan mempertahankan religiusitas sehingga dapat mengurangi stres secara optimal dan diharapkan agar masyarakat dapat menggunakan religiusitas sebagai salah satu implikasi dalam menangani stres. Selain itu, dukungan keluarga dan teman sangat diperlukan dalam mendukung perilaku keagamaan yang berbasis religiusitas seperti berdoa, melakukan kegiatan keagamaan bersama dengan optimal.

c. Profesi Keperawatan

Perawat harus mengkaji masalah psikologis pada penyandang DM seperti *diabetes distress* dan religiusitas pasien sehingga perawat dapat

memberikan intervensi berupa terapi kelompok antara klien DM tipe 2, dengan adanya terapi kelompok maka klien DM tipe 2 dapat bertukar pikiran dan pengalaman selama mengalami DM dan mampu menjadi motivasi untuk klien agar dapat melakukan upaya perawatan diri dalam menangani DM. Selain itu perawat mampu memberikan edukasi dan intervensi berbasis religiusitas seperti terapi *spiritual emotional freedom technique* (SEFT), dan terapi transpersonal untuk mengurangi stres pada klien DM tipe 2.

d. Instansi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi untuk puskesmas terkait stres pada klien DM tipe 2 yang melakukan rawat jalan di Puskesmas Patrang. Informasi ini dapat digunakan oleh pihak puskesmas untuk meningkatkan program penyuluhan terkait religiusitas, selain itu pihak puskesmas mampu bekerja sama dengan tokoh agama dalam meningkatkan dan mempertahankan religiusitas klien DM tipe 2 sehingga mampu dijadikan intervensi dalam mengurangi terjadinya stres.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, Y., N. M. Abbasi, R. Vahidi, F. Najafipour, & M. G. Farshi. 2011. Effect of Exercise on Psychological Well-Being in T2DM. *Journal of Stress Physiology & Biochemistry* 7(3): 133-142. [serial online] http://www.jspb.ru/issues/2011/N3/JSPB_2011_3_132-142.pdf [Diakses pada 20 Maret 2017].
- Achour, M., & A. B. Boerhannoeddin. 2011. The Role of Religiosity as a Coping Strategy in Coping with Work-Family Conflict: The Case of Malaysian Women in Academia. *International Journal of Social Science and Humanity* 1(1):80-85.
- Amadi, K. U., R. Uwakwe, A. C. Ndukuba, P. C. Odinka, M. N. Igwe, N. K. Obayi, & M. S. Ezeme. 2016. Relationship between Religiosity, Religious Coping and Socio-Demographic Variables Among Out-Patients with Depression or Diabetes Mellitus in Enungu, Nigeria. *African Health Sciences* 16(2): 497-506.
- American Diabetes Association. 2012. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* volume 35 Supplement [serial online] <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/> [Diakses pada 7 Maret 2017].
- American Psychological Association (APA). 2017. Work Stress, Health, and Socioeconomic Status. [serial online] <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/factsheet-wsh.pdf> [Diakses pada 25 Maret 2017].
- Amu, Y. 2014. Faktor Resiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II di RSUD. Prof. Dr. Hi. Aloe Saboe Kota Gorontalo. *Jurnal*. Gorontalo: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Negeri Gorontalo.
- Andayani, T. M. 2006. Analisis Biaya Terapi Diabetes Melitus di Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta. *Majalah Farmasi Indonesia* 17(3): 130-135.
- Astri, K. 2012. Manajemen Stres dan Kesepian Dengan Multicomponent Cognitive Behavioral Group Therapy (MCBGT) pada Lansia. *Tesis*. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. [serial online] <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20300306-T30492-Kresna%20Astri.pdf> [Diakses pada 20 Maret 2017].

- Argue, A., D. R. Johnson, & L. K. White. 2000. Age and Religiosity: Evidence from a Three-Wave Panel Analysis. *Journal for the Scientific of Religion* 38(3): 423-435.
- Aulianita, Y., & S. Sudarmiati. 2015. Pengaruh Spiritual Emotional Freedom Technique terhadap Kecemasan Wanita Klimakterium di RW 6 Kelurahan Pedalangan Kecamatan Banyumanik Kota Semarang Jawa Tengah. *Jurnal. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.*
- Baradero, M., M. W. Dayrit, & Y. Siswandi. 2009. *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Endokrin*. Jakarta: EGC.
- Bastelaar, K. M. P. et al. 2010. Original Article: Complications Diabetes-specific Emotional Distress Mediates The Assocoation Between Depressive Symptoms and Glycaemic Control in Type 1 and Type 2 Diabetes. *Journal Compilation 27: 798-803.*
- Baqutayan, A. M. S. 2015. Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 6(2): 479-488. [serial online]https://www.researchgate.net/profile/Shadiya_Baqutayan/publication/276847037_Stress_and_Coping_Mechanisms_A_Historical_Overview/links/55c9839208aeca747d67234b/Stress-and-Coping-Mechanisms-A-Historical-Overview.pdf [Diakses 26 Maret 2017].
- Berry, E., S. Lockhart, M. Davies, dan M. Dempster. 2015. Diabetes Distress: Understanding the Hidden Struggles of Living with Diabetes and Exploring Intervention Strategies. *Postgraduate Medical Journal* 91(1075): 278-283. [serial online] http://pure.qub.ac.uk/portal/files/18230835/Diabetes_Distress_Journal_Review_FINAL_2_.pdf [Diakses pada 10 Maret 2017].
- Bhalerao, S. D., M. Somannavar, S. S. Vernekar, R. Ravishankar, & S. S. Goudar. 2014. Risk Factors For Type 2 Diabetes Mellitus In Rural Population of North Karnataka Community-Based Cross-Sectional Study. *International Journal of Pharma Medicine and Biological Sciences* 3 (1): 1-14. [serial online]<http://www.ijpmbs.com/uploadfile/2015/0412/20150412034537145.pdf> [Diakses pada 18 Maret 2017].
- Billiet, K. 2009. Proposal for Questions on Religious Identity. [serial online] https://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/core_ess_questionnaire/ESS_core_questionnaire_religious_identity.pdf [Diakses pada 27 Mei 2017].

- Boeree, C. G. 2006. *Personality Theories*. Shippensburg: Psychology Department Shippensburg University. [serial online] http://www.social-psychology.de/do/pt_erikson.pdf [Diakses pada 28 Juni 2017].
- Boado, H. C., J. R. Montero, & P. Segatti. 2013. Religious Voting in Europe: The Interplay Between Ideology, Religiosity, and Party Polarization. Second European Conference on Comparative Electoral Research.
- Brockopp, D. Y., & M. T. H. Tolsma. 2000. *Dasar-Dasar Riset Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Cehon, S *et al.* 1983. Perceived Stress Scale. International Publisher of Psychological Assessments. [serial online] <http://www.mindgarden.com/documents/PerceivedStressScale.pdf> [Diakses pada 28 Maret 2017].
- Chew, B. H., R. Vos, S. M. Sidik, & G. E. H. M. Rutten. 2016. Diabetes-Related Distress, Depression and Distress-Depression Among Adults with Type 2 Diabetes Melitus in Malaysia. *PloS ONE* 11(3): 1-16.
- Crawford, J. R., & J. D. Henry. 2003. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and Latent Structure in a Large Non-Clinical Sample. *British Journal of Clinical Psychology* 42: 111-131. [serial online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12828802> [Diakses pada 28 Maret 2017].
- Daeton, A. 2009. *Aging, Religion, and Health*. Princeton University.
- Dahlan, M. S. 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika.
- Dalami, E. 2010. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Timur: TIM.
- Darvyri, P., M. Galanakis, A. G Avgoustidis, N. Pateraki, S. Vasdekis, & C. Darviri. 2014. The Revised Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation Scale in a Sample of Attica's Inhabitants. *Psychology* 5: 1557-1567. [serial online] http://file.scirp.org/pdf/PSYCH_2014092909275333.pdf [Diakses pada 27 Maret 2017].

- Diabetes Initiative National Program Office. 2009. Health Coping in Diabetes: A Guide for Program Development and Implementation. New Jersey: Washington University School of Medicine. [serial online]<http://www.diabetesinitiative.org/support/documents/HealthyCopinginDiabetesFINAL9-9-09.pdf> [Diakses pada 22 Maret 2017].
- Dollard, M. F., & A. H. Winefield. 2002. Mental Health: overemployment, underemployment, unemployment and healthy jobs. *Australian e-Journal the Advancement of Mental Health (AeJAMH)* 1(3): 1-26.
- El-Menouar, Y. 2014. The Five Dimensions of Muslim Religiosity: Results of an Empirical Study. *Methods, data, analyses* 8(1): 53-78.
- Fetzer, J. E. 1999. Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. Fetzer Institute in Collaboration with the National Institute on Aging. Kalamazo. [serial online]https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjdlrqv7vXSAhUUTo8KHbVgCuIQFggZMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.gembeta.org%2Fpublic%2FDownloadMeasure.aspx%3Fmid%3D1155&usg=AFQjCNE9YOQ7w0BoVXXxAfJEKwfgTSD_g&sig2=m94f65EsLBWtlMZS6V1oaQ&bvm=bv.150729734,d.cGc [Diakses pada 17 Maret 2017].
- Fisher, L., M. M. Skaff, J. T. Mullan, P. Areant, R. Glasgow, dan U. Masharani. 2008. Priginal Articiel: Phychological Issues A Longitudinal Study og Affective and Anxiety Disorders, Depressive Affect and Diabetes Distress in Adults with Type 2 Diabetes. *Journal Cimpilation* 25:1096-1101. [serial online]<http://libgen.io/scimag/ads.php?doi=10.1111%2Fj.14645491.2008.02533.x&downloadname=> [Diakses pada 9 Maret 2017].
- Franks, M. M., T. Lucas, M. A. P. Stephens, K. S. Rook, & R. Gonzalez. 2010. Diabetes Distress and Depressive Symptoms: A Dyadic Investigation of Older Patients and Their Spouses. *Family Relations*: 599-610. [serial online] <http://www-personal.umich.edu/~gonzo/papers/franks-etal-2010-diabetes-distress.pdf> [Diakses pada 11 Maret 2017].
- Gani, A. M. O., J. Hashim, & Y. Ismail. 2010. Effects of of Religiosity, Spirituality, and Personal Values on Employee Performance: A Conceptual Analysis. *Jurnal*. Malaysia: IIUM University Kuala Lumpur Malaysia.
- Gross, C., & K. Seebaß. 2014. The Standard Stress Scale (SSS): Measuring Stress in the Life Course. NEPS Working Paper 45: 3-20. [serial

online] https://www.neps-data.de/Portals/0/Working%20Papers/WP_XLV.pdf
[Diakses pada 28 Maret 2017].

Gusnia, S. 2012. Pelayanan Spiritual pada Pasien, Siapa Peduli?. 1(2): 181-193.

Hackney, C. H., & G. S. Sanders. 2003. Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal For The Scientific Study Of Religion* 42(1): 43-55. [serial online] <http://www.aleciashepherd.com/writings/articles/other/Religiosity%20and%20Mental%20Health%20A%20Meta%20Analysis%20of%20Recent%20Studies.pdf> [Diakses pada 12 Maret 2017].

Hanif, A. R. 2012. Perbedaan Tingkat Stres Sebelum dan Sesudah Dilakukan DSME Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Rambipuji Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: PSIK UNEJ.

Hara, M. H., & A. L. G. Celis. 2013. Coping Strategies and Self-Efficacy for Diabetes Management in Older Mexican Adults. *Psychology Journal* 4(6): 39-44.

Hartanto, D., & T. Mulyani. 2017. Gambaran Biaya Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Terapi Antidiabetik Oral di RSUD Ulin Banjarmasin. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina* 2(1): 109-116.

Hastono, S. P. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: FKM UI.

Hastuti, A. P. 2015. *Falsafah dan Paradigma Keperawatan*. Semarang: Politeknik Kesehatan RS dr. Soepraoen.

Hislop, A. L., P. G. Fegan, M. J. Schlaepfi, M. Duck, & B. B. Yeap. 2008. Original Article: Psychology Prevalence and Associations of Psychological Distress in Young Adults with Type 1 Diabetes. *Journal Compilation* 25: 91-96.

Holdcroft, B. 2006. What Is Religiosity?. *Catholic Education: A Journal Of Inquiry and Practice* 10(1): 89-103. [serial online] <http://digitalcommons.lmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1386&context=ce> [Diakses pada 12 Maret 2017].

Holth, T., & S. Kumar. 2003. *ABC of Diabetes* 6th edition. NJ: Wiley-Blackwell.

Huber, S., & O. W. Huber. 2012. The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions* 3: 710-724. [serial

online][<http://www.readcube.com/articles/10.3390/rel3030710> [Diakses pada 27 Maret 2017].

Hungerman, D. M. 2013. *The Effect of Education of Religion: Evidence from Compulsory Schooling Laws*. Canada: University of Notre Dame and NBER.

Idler, E. L., M. A. Musick, C. G. Ellison, L. K. George, N. Krause, M. G. Ory, K. I Pargament, L. H. Powell. L. G. Underwood, & D. R. Williams. 2003. Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. *Research On Aging* 25(4):327-365. [serial online][<http://www.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%202003/measuring%20multiple%20dimensions%20of%20religion%20and%20spirituality.pdf> [Diakses pada 24 Maret 2017].

Idler, E. 2008. The Psychological and Physical benefits of Spiritual/Religious Practices. *A Natioanal Study of College Stundens Search for Meaning and Purpose* 4(2):1-5.

International Diabetes Federation [IDF]. 2015. *Diabetes Atlas*. Edisi 6. [serial online] <http://www.idf.org/diabetesatlas>. [Diakses pada 28 Februari 2017].

Indriana, Y., I. F. Kristiana, A. A. Sonda, & A. Intanirian. 2010. Tingkat Stres Lansia di Panti Wredha “Pucang Gading” Semarang. *Jurnal Psikologi Undip* 8(2): 87-96. [serial online] <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/psikologi/article/view/2953/2639> [Diakses pada 15 Maret 2017].

Irfan, M., & H. Wibowo. 2015. Hubungan Tingkat Stres dengan Kadar Gula Darah pada Penderita Diabetes Melitus (DM) di Puskesmas Peterongan Kabupaten Jombang. Naskah Publikasi.

Islam, M. R et al. 2013. Diabetes Distress Among Type 2 Diabetic Patients. *International Journal of Medicine and Biomedical Research* 2(2): 113-124.

Izzati, W. dan Nirmala. 2015. Hubungan Tingkat Stres dengan Peningkatan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Mellitus di wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Bukittinggi Tahun 2015. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjrtDTrnsLSAhVHtJQKHb_aAf0QFggZMAA&url=http%3A%2F%2Fejournal.stikesyarsi.ac.id%2Findex.php%2FJAV1N1%2Farticle%2Fdownload%2F50%2F103&usq=AFQjCNH3a4dF5Tv9CbThmf06kN5Zn8uk1Q&sig2=qYRIDQHN1HwBG_s5iL2q2A&bv m=bv.148747831,d.cGc [Diakses pada 3 Maret 2017].

- Kartikasari, N.D. 2014. Hubungan antara Religiusitas dengan Kesejahteraan Psikologis pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Tesis*. Surakarta: Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta. [serial online] <http://eprints.ums.ac.id/31986/1/02.%20Naskah%20Publikasi.pdf> [Diakses pada 28 Februari 2015].
- Kaban, S. 2007. Diabetes Tipe 2 di Kota Sibolga tahun 2005. *Majalah Kedokteran Nusantara* Volume 40 no. 2 Juni 2007. [serial online] <http://repository.isis.ac.id/bitstream/123456789/1/mkn-jun2007-40%20%2812%29.pdf> [11 Juni 2017].
- Khan, A., & M. Achour. 2010. Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Reducing Job Stress. *International Conference on Business and Aconomics Research* 1:291-293.
- Khan, A., R. Ghous, & J. A. Malik. 2015. Validation of The Urdu Version of Religious Orientation Scale. *Original Article* 13(2): 8-11. [serial online] <http://www.jpss.com.pk/article/14735347026260Validation%20of%20the%20Urdu%20version%20of%20Religion%20Orientation%20Scale.pdf> [Diakses pada 26 Maret 2017].
- Khoynezhad, G., A. R. Rajael, & A. Sarvarazemy. 2012. Basic Religious Beliefs and Personality Traits. *Original Article* 7(2): 82-86.
- Kholasezadeh, G., et al. 2011. Comparing The Mental Health of Housewives and Day Shift Working Women in Yard Country, Iran, 2010. *JOHE* 1(1): 29-36.
- Kilbourne, B., S. M. Cummings, & R. S. Levine. 2009. The Influence of Religiosity on Depression Among Low-Income People with Diabetes. *Health & Social Work* 34(2): 137-147.
- Koenig, H. G. 2004. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Medical Journal* 97(12):1194-1200. [serial online] <http://fundacion-salto.org/documentos/Religion,%20Spirituality,%20and%20Medicine.pdf> [Diakses pada 15 Maret 2017].
- Koenig, H. G., & H. J. Cohen. 2010. The Link Between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor. University Press Scholarship Online. [serial online] https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjY8c3w7_XSAhWHPY8KHTPtC78QFggpMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.universitypressscholarship.c

om%2Foso%2Fsearch%3Adownloadsearchresultaspdf%3Bjsessionid%3D254B294325412DE0E52E9026F5ECCDD2%3Ff_0%3Dkeywords%26q_0%3Dpsychoneuroimmunology&usg=AFQjCNFhcbEbF1jqakVNQFDZsU9Ui1Gpww&sig2=UUYf7zZ7aHqpiwWJXhsKA&bvm=bv.150729734,d.cGc [Diakses 24 Maret 2017].

Krohne, H. W. 2002. *Stress and Coping Theories*. University Mainz Germany. [serial online]http://userpage.fu-berlin.de/schuez/folien/Krohne_Stress.pdf [Diakses 26 Maret 2017].

Kucukan, T. 2005. Multidimensional Approach Religion: A Way of Looking at Religious Phenomena. *JSRI* 10: 60-70.

Leblanc, A. J., A. K. Driscoll, & L. I. Pearlin. 2004. Religiosity and The Expansion of Caregiver Stress. *Aging & Mental Health* 8(5): 410-421. [serial online]<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860410001724992?journalCode=camh20> [Diakses pada 19 Maret 2017].

Lesniak, K. T., W. Rudman, M. B. Rector, & T. D. Elkin. 2014. Psychological Distress, Stressful Live Events, and Religiosity in Younger African American Adults. *Mental Health, Religion & Culture* 9(1): 15-28. [serial online]<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13674670512331389533> [Diakses pada 20 Maret 2017].

Lestarianita, P., & Fakhurrozi M. 2007. Pengatasan Stres pada Perawat Pria dan Wanita. *Jurnal Ilmiah Psikologi* 35(2): 23-25.

Levin, J. 2010. Religion and Mental Health: Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. [serial online]<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aps.240/abstract> [Diakses pada 25 Maret 2017].

Lewis, S. L., L. Bucher, M.M. Heitkemper, M.M. Harding, J. Kwong, & D. Robert. 2014. *Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 10th Edition. United States of America: Elsevier. [serial online] https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=f-MCDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=lewis+heitkemper+dirksen+2004.+medical+surgical+nursing+assessment+and+management+of+clinical+problems&ots=KJXGAUNrMH&sig=WN9pkdNzHTXbIpFZ8Ay59057fwk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false [Diakses pada 15 Maret 2017].

Lippman, L. H., & H. McIntosh. 2010. The Demographics of Spirituality and Religiosity Among Youth: International and U.S. Patterns. *Child Trends Research Brief* 1-15.

- Lockenhoff, C. E., G. H. Iroson, C. O' Cleirigh, & P. T. Costa Jr. 2009. Five-Factor Model Personality Traits, Spirituality/Religiousness, and Mental Health among People Living with HIV. *J Pers* 77(5): 1411-1436.
- Mansjoer, A., K. Triyani, R. Savitri, W. I. Wardhani, & W. Setiowulan. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi Ketiga. Jilid 1. Jakarta: Media Aesculapius.
- Mascott, C. 2015. Another "Complication" of Having Diabetes. [serial online] <https://www.diabetesselfmanagement.com/managing-diabetes/emotional-health/diabetes-distress/> [Diakses pada 18 Maret 2017]
- McFarland, M. J., B. R. E. Wright, & D. L. Weakliem. 2011. Educational Attainment and Religiosity: Exploring Variations by Religious Tradition. *Sociology of Religion* 72(2): 166-188.
- Meisinger, C., B. Thorand, A. Schneider, J. Stieber, A. Doring, & H. Lowel. 2002. Sex Differences in Risk Factors for Incident Type 2 Diabetes Mellitus. *Arch Intern Med* 162: 82-89. [serial online]<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/210822> [Diakses pada 15 Maret 2017].
- Merz, C. J., & O. T. Wolf. 2016. Sex Diferences in Stress Effects on Emotional Learning. *Journal of Neuroscience Research* 95: 93-105.
- Miller, A. S., & R. Stark. 2002. Gender and Religiousness: Can Socialization Explanations Be Saved?. *AJS* 107 (6): 1399-1423.
- Mochon, D., M. I. Norton, & Ariely. 2010. Who Benefits from Religion?. *Soc Indic Res* 101:1-15.[serial online]<http://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=40219>[Diakses pada 17 Maret 2017].
- Nasrani, L., & S. Purnawati. Perbedaan Tingkat Stres Antara Laki-laki dan Perempuan pada Peserta Yoga di Kota Denpasar. *Skripsi*. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Ndhara, S. 2014. Diabetes Melitus Tipe 2 dan Tatalaksana Terkini. *MEDICINUS* 27(2):9-16. [serial online]http://cme.medicinus.co/file.php/1/LEADING_ARTICLE_Diabetes_Mellitus_Tipe_2_dan_tata_laksana_terkini.pdf[Diakses pada 16 Maret 2017].

- Ningrum, A. W. 2014. Gambaran Spiritualitas pada Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Kampung Baru Medan. *Skripsi*. Sumatera Utara: Fakultas Keperawatan. [serial online] <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/45503/7/Cover.pdf> [Diakses pada 15 Maret 2017].
- Ningtyas. D. W., P. 2013. Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. Artikel Ilmiah. [serial online] <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/59225/Dwi%20Wahyu%20Ningtyas.pdf?sequence=1> [Diakses pada 25 Maret 2017].
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novitarum, L. 2015. Hubungan Spiritualitas dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensif Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2015. *Jurnal*. Medan: STIKes Santa Elisabeth Medan.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Palani, P. 2008. The Effect of Religiosity on Income Inequality. *The Journal of Politics and International Affairs* 3.
- Palupi, A. O. Pengaruh Religiusitas Terhadap Kenakalan Remaja Pada Siswa Kelas VIII SMP Negeri 02 Slawi Kabupaten Tegal. *Skripsi*. Semarang: Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang. [serial online] <http://lib.unnes.ac.id/18333/1/1511409011.pdf> [Diakses pada 10 Maret 2017].
- Pamungkas, A., S. Wiyanti, & R. W. Agustin. 2013. Hubungan antara religiusitas dan Dukungan Sosial dengan Kecemasan Menghadapi Tutp Usia pada Lanjut Usia Kelurahan Jebres Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. [serial online] [file:///C:/Users/sukit/Downloads/45-144-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sukit/Downloads/45-144-1-PB%20(1).pdf) [Diakses pada 28 Maret 2017].
- Perkumpulan Endokrin Indonesia (PERKENI). 2011. *Konsensus pengelolaan dan pencegahan DM Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta.

- Perkumpulan Endokrin Indonesia (PERKENI). 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta.
- Petts, R. J. 2014. Parental Religiosity and Youth Religiosity: Variations by Family Structure. *Sociology of Religion* 0:1-26.
- Polonsky, W. H., L. Fisher, J. Earles, R. J. Dudi, J. Less, J. Mullan, & R. A. Jackson. 2005. Assessing Psychosocial Distress in Diabetes. *Diabetes Care* 28 (3): 626-631. [serial online]http://www.diabetesuniversitydmcp.com/uploads/1/0/2/7/10277276/polansky_original_article.pdf [Diakses pada 12 Maret 2017].
- Potter, P.A, Perry, A.G.2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4*.Volume 2 :EGC.Jakarta
- Pranata, A.J. (2016). Hubungan Diabetes Distress Dengan Perilaku Perawatan Diri Pada Penyandang Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Rambipuji Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.[serial online] <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/76564/Ary%20Januar%20Pranata%20P.%20-%20122310101039-1.pdf?sequence=1> [Diakses pada 1 Maret 2017]
- Price, S. A, & L.M. Wilson. 2005. Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Puji, P. P., & V. W. Hendriwinaya. 2015. Terapi Transpersonal. *Buletin Psikologi* 23(2): 92-102.
- Rajab, K. 2011. *Religius Psikologi*. Yogyakarta: CV. Aswaja Pressindo.
- Rehan, S., & H. Naz. 2015. Diabetes Self Care and Diabetic Distress in Patients with Type 2 Diabetes. *Pakistan Journal of Professional Psychologists* 6(1): 61-73.
- Restada, E. J. 2016. Hubungan Lama Menderita dan Komplikasi Diabetes Melitus dengan Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Melitus di Wilayah Puskesmas Gatak Sukoharjo. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Riset Kesehatan Dasar. 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2013*. [serial online]

- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi Delapan. Vol 1. Jakarta:EGC.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi Delapan. Vol 2. Jakarta:EGC.
- Smith, T. B., M. E. McCullough, & J. Poll. 2003. Religiosity and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin* 129(4): 614-636.[serial online]<https://pdfs.semanticscholar.org/e382/0fc9d73ddd541ef1e5cd6f20927bc4b6.pdf> [Diakses pada 26 Maret 2017].
- Soegondo, S. 2009. *Panduan Penatalaksanaan Diabetes Melitus bagi Dokter dan Edukator Diabetes: Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Pustaka FKUI.
- Sofiana, L. I., V. Elita, dan W. Utomo. 2012. Hubungan Antara Stress dengan Konsep Diri pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *JurnalNers Indonesia* 2(2):167-176. [serial online]<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=157086&val=2290&title=Hubungan%20Antara%20Stress%20Dengan%20Konsep%20Diri%20Pada%20Penderita%20Diabetes%20Mellitus%20Tipe%202>[Diakses pada 20 Maret 2017].
- Son, J., & J. Wilson. 2011. Religiosity, psychological Resources, and Physical Health. *Journal for the Scientific Study of Religion* 50(3): 588-603. [serial online] <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/1162.pdf> [Diakses pada 15 Maret 2017].
- Stankovic, Z., M. J. Gasic, & D. L. Tosevski. 2013. Psychological Problems in Patients with Type 2 Diabetes-Clinical Considerations. *Vojnosanit Pregl* 70(12): 1138-1144.
- Stranberg, R. B., M. Graue, T. W. Larsen, M. Peyrot, & B. Rokne. 2014. Relationships of Diabetes-Specific Emotional Distress, Depression, Anxiety and Overall Well-Being with HbA1c in Adult Persons with Type 1 Diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 77: 174-179.
- Subandi, M. A. 2013. *Psikologi Agama & Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Sudoyo, A. W., B. Setiyohadi, I. Alwi, M. S.K, & S. Setiati. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Edisi IV. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Swasono, M. A. 2015. Hubungan Antara Tingkat Religiusitas dengan Tingkat Stres pada Lansia di Panti Wredha Dharma Bhakti Surakarta. Naskah Publikasi. Surakarta: FK UMS. [serial online]<http://eprints.ums.ac.id/39649/2/Halaman%20Depan.pdf> [Diakses pada 29 Maret 2017].
- Tamher, S., & Noorkasiani. 2009. Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika. [serial online] <https://books.google.co.id/books?id=m4DCnlySIYC&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false> [Diakses 26 Maret 2017].
- Tapan, E. 2005. Penyakit Degeneratif. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo. [serial online] www.perkeni.org/?page=buletin.view [11 Juni 2017]
- Thouless, H. R. 2000. *Pengantar Psikologi Agama*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Trisnawati, S. K., & Setyorogo, S. 2013. Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan* 5(1): 6-11.
- Vega, I. P. M., S. V. Doubova, R. A. Hernandez, & C. I. Castaneda. 2017. Adaptation and Validation of the Distress Scale for Mexican Patients with type 2 Diabetes and Hypertension: a Cross-Sectional Survey. *BMJ Open* 6: 1-10.
- Wahyuni, Y., Nursiswati, & A. Anna. 2014. Kualitas Hidup berdasarkan Karakteristik Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal* 2(1): 25-34.
- Wang, K. J. 2012. Aging and Religious Participation in Late Life. *Thesis*. Lincoln: University of Nebraska.
- Wardian, J, & F. Sun. 2014. *Factors Associated With Diabetes Related Distress: Implications for Diabetes Self-Management*. *Social Work in Health Care*. [serial online] <http://libgen.io/scimag/ads.php?doi=10.1080%2F00981389.2014.884038&downloadname=>[Diakses pada 16 Maret 2017].

- Wattoo, F. H. et al. 2011. Protein Intake and Stress Levels in Nurses and Housewives of Pakistan. *Saudi Journal of Biological Sciences* 18: 305-309.
- Wiesli, P., C. Schmid, O. Kerwer, C.N. Koch, R. Klaghofer, B. Seifert, G. A. Spinas, & K. Schwegler. 2005. Acute Psychological Stress Affects Glucose Concentrations in Patients Type 1 Diabetes Following Food Intake but not in the Fasting State. *Diabetes Care* 28 (8): 1910-1915. [serial online] <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/28/8/1910.full.pdf> [Diakses pada 18 Maret 2017].
- Wijayanti, A., & S. N. F. Lailatushifah. 2012. Kebermaknaan Hidup dan Kecemasan Terhadap Kematian Pada Orang dengan Diabetes Melitus. *INSIGHT* 10(1): 49-63.
- Willmott, T. 2014. Throughout The Generations: How Age and Religiosity May Be Changing Our Views On Key Social Issues. Thesis. Carroll Collected: John Carroll University.
- World Health Organization (WHO). 2016. Global Report On Diabetes. [serial online]http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf[Diakses pada 16 Maret 2017].
- Worthington, E. L., N. G. Wade, T. L. Hight, M. E. McCullough, J. T. Berry, J. S. Ripley, J. W. Berry, M. M. Scmitt, K. H. Bursley, & L. O'Connor. 2003. The Religious Commitment Inventory-10: Development, Refinement, and Validation of a Brief Scale for Research and Counseling. *Journal of Counseling Psychology* 50(1):84-96. [serial online][Diakses pada 27 Maret 2017].
- Wulandari, C. D. 2011. Hubungan antara Persepsi Terhadap Penyakit dengan Tingkat Stres pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II di RSD Dr. Haryoto Lumajang. <http://psikologi.ub.ac.id/wp-content/uploads/2013/10/jurnal-hubungan-antara-persepsi-terhadap-penyakit-dengan-tingkat-stres.pdf> [Diakses pada 2 Maret 2017].
- Yuliasih, W. 2009. Obesitas Abdominal Sebagai Faktor Risiko Peningkatan Kadar Gula Darah. Artikel Penelitian. Semarang: Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Yuniarti, K. W., C. Dewi, R. P. Ningrum, M. Widiastuti, & N. M. Asril. 2013. Illness Perception, Stress, Religiosity, Depression, Social Support, and Self

Management of Diabetes in Indonesia. *International Journal of Research Studies in Psychology* 2(1): 25-41.

Yusra, A. 2011. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. *Tesis*. [serial online]<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20280162-T%20Aini%20Yusra.pdf> [Diakses pada 25 Maret 2017].

Zainuddin, M., W. Utomo, dan Herlina. 2015. Hubungan Stres dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Online Mahasiswa* 2(1): 890-898. [serial online] <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/viewFile/5213/5092> [Diakses pada 17 Maret 2017].

Zanchetta, F. C., D. D. Trevisan, P. P. Apolinario, J. B. D. Silva, & M. H. D. M. Lima. 2016. Clinical and Sociodemographic Variables Associated with Diabetes-Related Distress in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Original Article* 14(3):346-351.

Zimmer, Z., C. Jagger, C.T. Chiu, M. B. Ofstedal, F. Rojo, & Y. Saito. 2016. Spirituality, Religiosity, Aging, and Health in Global Perspective: A Review. *SSM-Population Health* 2: 373-381.



LAMPIRAN

LAMPIRAN A : Lembar *Informed***PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada
Calon Responden

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mashila Refani Putri
NIM : 132310101013
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Nusa Indah VB no. 9 Jember

Bermaksud akan melaksanakan penelitian tentang “Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Klien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan religiusitas dengan diabetes distress pada klien DM tipe 2. Manfaat penelitian ini untuk mengetahui hubungan religiusitas dengan diabetes distress pada klien DM tipe 2 sehingga dapat menjadikan religiusitas sebagai salah satu koping yang dapat mencegah stres terkait penyakit DM tipe 2. Prosedur penelitian membutuhkan waktu 30-45 menit untuk pengisian kuesioner yang akan diberikan. Pada penelitian ini, peneliti memberikan lembar skala religiusitas dan kuesioner DDS untuk mengetahui tingkat religiusitas dan stres pada klien DM tipe 2.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan terjaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember,.....2017

Mashila Refani Putri
132310101013

LAMPIRAN B : Lembar *Consent***PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Nama : Mashila Refani Putri

NIM : 132310101013

Judul : Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress* pada Klien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan religiusitas dengan diabetes distress pada klien DM tipe 2. Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan dampak risiko apapun pada subjek penelitian. Kerahasiaan akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah menerima penjelasan terkait hal tersebut di atas dan saya diberikan kesempatan untuk bertanya terkait hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan tepat.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek penelitian ini selama kurang lebih satu bulan

Jember,2017

(.....)

Lampiran D : Kuesioner Demografi

Kode Responden:



KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN RELIGIUSITAS DENGAN DIABETES
DISTRESS PADA KLIEN DM TIPE 2 DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PATRANG KABUPATEN JEMBER**
Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu dengan cara memberikan tanda check list (v) pada pilihan jawaban yang dipilih.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Nama (Inisial) :
2. Umur :
3. Agama :
4. Status Menikah : Menikah Belum Menikah Lain-lain
5. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
6. Pendidikan :

<input type="checkbox"/> Tidak Sekolah	<input type="checkbox"/> SLTA
<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi
<input type="checkbox"/> SLTP	<input type="checkbox"/> Lain-lain
7. Pekerjaan :

<input type="checkbox"/> Tidak bekerja	<input type="checkbox"/> Karyawan swasta
<input type="checkbox"/> Buruh	<input type="checkbox"/> PNS
<input type="checkbox"/> Petani	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga
<input type="checkbox"/> Wiraswasta	
8. Lamanya menderita DM:.....tahun

Lampiran E : Kuesioner Skala Religiusitas**SKALA RELIGIUSITAS**

1. Pernyataan dibawah merupakan pernyataan yang menunjukkan sejauh mana tingkat religiusitas pada pasien diabetes.
2. Saudara/i diminta untuk mengisi jawaban dengan memberi tanda silang (X) pada salah satu kolom jawaban yang menggambarkan keadaan yang saudara alami.
3. Pilihan jawaban yang tersedia adalah sebagai berikut ini:
 - SS** : Jika anda **SANGAT SETUJU** dengan pernyataan berikut ini
 - S** : Jika anda **SETUJU** dengan pernyataan berikut ini
 - TS** : Jika anda **TIDAK SETUJU** dengan pernyataan ini
 - STS** : Jika anda **SANGAT TIDAK SETUJU** dengan pernyataan ini

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saya percaya bahwa apabila saya sakit, hal itu merupakan cobaan, ujian, musibah atau peringatan.				
2.	Saya percaya bahwa Tuhan tidak mendatangkan penyakit kecuali mendatangkan juga obatnya, kecuali penyakit tua.				
3.	Bila saya sedang menghadapi masalah saya akan jadikan ibadah dan sabar sebagai penolong saya. Karena saya yakin bahwa Tuhan beserta orang-orang yang sabar.				
4.	Saya merasa lebih sehat secara fisik, psikologis, sosial, dan spiritual setelah menjalankan ibadah sesuai keyakinan yang saya anut.				
5.	Saya senantiasa merasakan ketentraman				

	setiap kali saya berdoa kepada Tuhan.				
6.	Saya merasa damai ketika mengingat rahmat yang diberikan Tuhan dalam kehidupan saya.				
7.	Saya wajib berpegang teguh pada ajaran agama yang saya anut berdasarkan kitab suci dalam agama saya agar hidup saya tidak tersesat.				
8.	Saya ingin belajar lebih dalam tentang agama yang saya anut.				
9.	Bila saya sakit, saya berusaha untuk berobat pada ahlinya (dokter), karena saya percaya bahwa sesungguhnya Tuhan tidak mendatangkan suatu penyakit kecuali juga mendatangkan obatnya.				
10.	Saya membentengi harta saya dengan zakat, saya mengobati penyakit dengan sodaqoh (selain berobat secara medis) dan saya hadapi ujian dengan doa.				
11.	Saya tidak percaya bahwa bila saya sakit Tuhan-lah yang menyembuhkan sedangkan dokter hanya mengobati penyakit saya.				
12.	Saya tidak percaya bahwa Tuhan selalu bersama saya apabila saya ingat pada-Nya.				
13.	Saya merasa tidak ditolong Tuhan saat mengalami masalah.				
14.	Saya tidak percaya bahwa menjalankan ibadah itu merupakan benteng terkuat bagi saya.				
15.	Saya merasa segala doa-doa saya tidak pernah dikabulkan Tuhan.				

16.	Saya tidak pernah mendapat pertolongan dari Tuhan.				
17.	Banyak ajaran agama yang tidak saya pahami dari agama yang saya anut, dan saya tidak berminat untuk mencari tahu.				
18.	Saya tidak tertarik untuk mencari tahu apa yang tertulis dalam kitab suci dalam agama saya.				
19.	Uang penghasilan saya tidak pernah saya sumbangkan (sodaqoh) kan.				

(adaptasi Kartikasari, 2014)

Indikator Religiusitas :

1. Keyakinan
2. Praktik agama
3. Pengalaman
4. Pengetahuan
5. Konsekuensi

Lampiran F : Kuesioner *Diabetes Distress Scale (DDS)***PETUNJUK**

1. Pernyataan dibawah ini merupakan kesulitan yang berkaitan dengan diabetes.
2. Berilah tanda (X) pada angka disamping pernyataan yang menunjukkan sejauh mana masalah tersebut telah membuat anda tertekan atau terganggu selama 1 bulan yang lalu.
3. Terdapat enam pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan. Jika anda merasa bahwa hal tersebut tidak pernah anda rasakan silahkan lingkari '1'. Jika hal tersebut sangat sering anda rasakan lingkari '6'.

Keterangan penilaian adalah sebagai berikut

Tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau tidak pernah	: 1
Sedikit sesuai dengan saya, atau jarang	: 2
Sesuai dengan saya pada tingkat tertentu, atau kadang-kadang	: 3
Sesuai dengan saya dalam batas yang dipertimbangkan, atau agak sering	: 4
Sesuai dengan saya, atau sering	: 5
Sangat sesuai dengan saya, atau sangat sering	: 6

1.	Saya merasa bahwa diabetes menghabiskan banyak energi mental dan fisik saya.	1	2	3	4	5	6
2.	Saya merasa bahwa tenaga kesehatan tidak cukup tahu tentang diabetes dan penanganan diabetes.	1	2	3	4	5	6
3.	Saya merasa marah, takut, dan/atau tertekan jika saya memikirkan tentang hidup dengan diabetes.	1	2	3	4	5	6
4.	Saya merasa bahwa tenaga kesehatan tidak memberikan cukup jelas tentang mengatasi diabetes saya.	1	2	3	4	5	6
5.	Saya merasa bahwa saya tidak cukup sering memeriksakan kadar gula darah saya.	1	2	3	4	5	6
6.	Saya merasa bahwa saya sering gagal dengan rutinitas yang berkaitan dengan diabetes saya.	1	2	3	4	5	6
7.	Saya merasa bahwa teman atau keluarga tidak cukup mendukung usaha perawatan diri berkaitan dengan diabetes (misalnya merencanakan kegiatan yang bertentangan dengan jadwal saya, mendorong saya untuk makan-makanan yang "salah").	1	2	3	4	5	6
8.	Saya merasa bahwa diabetes mengontrol hidup	1	2	3	4	5	6

	saya.						
9.	Saya merasa bahwa tenaga kesehatan tidak memperhatikan urusan/kepentingan saya dengan cukup serius.	1	2	3	4	5	6
10.	Saya tidak merasa percaya diri dengan kemampuan sehari-hari saya untuk menangani diabetes.	1	2	3	4	5	6
11.	Saya merasa saya akan mengalami komplikasi jangka panjang yang serius, tidak peduli apa saja yang telah saya lakukan.	1	2	3	4	5	6
12.	Saya merasa bahwa saya tidak mengatur cukup ketat rencana makan yang baik.	1	2	3	4	5	6
13.	Saya merasa bahwa teman, atau keluarga tidak menghargai betapa sulitnya hidup dengan diabetes.	1	2	3	4	5	6
14.	Saya merasa kewalahan oleh tuntutan hidup dengan diabetes.	1	2	3	4	5	6
15.	Saya merasa bahwa saya tidak memiliki tenaga kesehatan yang dapat saya temui dengan cukup teratur untuk memeriksakan kondisi diabetes saya.	1	2	3	4	5	6
16.	Saya tidak merasa termotivasi untuk mengikuti penanganan diabetes saya secara mandiri.	1	2	3	4	5	6
17.	Saya merasa bahwa teman atau keluarga tidak memberikan dukungan emosional yang saya inginkan.	1	2	3	4	5	6

(adaptasi dari polonsky et al., 2005; Hanif, 2012)

Indikator *Diabetes Distress* :

1. Beban emosi pada pertanyaan (1,3,8,11,14)
2. *Distress* berkaitan dengan tenaga kesehatan (2,4,9,15)
3. *Distress* berkaitan dengan penanganan dan perawatan DM (5,6,10,12,16)
4. *Distress* interpersonal (7,13,17)

Lampiran G : Analisa Data

a. Karakteristik Responden

N	Valid	71
	Missing	0
Mean		55,04
Median		55,00
Std. Deviation		6,956
Minimum		40
Maximum		65

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
40	2	2,8	2,8	2,8
43	1	1,4	1,4	4,2
44	1	1,4	1,4	5,6
45	5	7,0	7,0	12,7
47	3	4,2	4,2	16,9
48	4	5,6	5,6	22,5
49	2	2,8	2,8	25,4
50	3	4,2	4,2	29,6
52	4	5,6	5,6	35,2
53	4	5,6	5,6	40,8
54	2	2,8	2,8	43,7
Valid 55	5	7,0	7,0	50,7
56	4	5,6	5,6	56,3
57	3	4,2	4,2	60,6
58	4	5,6	5,6	66,2
59	1	1,4	1,4	67,6
60	5	7,0	7,0	74,6
61	2	2,8	2,8	77,5
62	3	4,2	4,2	81,7
63	2	2,8	2,8	84,5
64	3	4,2	4,2	88,7
65	8	11,3	11,3	100,0

Total	71	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Lama Menderita

N	Valid	71
	Missing	0
Mean		5,803
Median		4,000
Std. Deviation		5,3735
Minimum		,5
Maximum		27,0

Lama Menderita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	,5	3	4,2	4,2
	1,0	8	11,3	15,5
	1,5	1	1,4	16,9
	2,0	9	12,7	29,6
	3,0	9	12,7	42,3
	4,0	7	9,9	52,1
	5,0	6	8,5	60,6
	6,0	2	2,8	63,4
	7,0	8	11,3	74,6
Valid	8,0	5	7,0	81,7
	9,0	2	2,8	84,5
	10,0	3	4,2	88,7
	12,0	2	2,8	91,5
	13,0	1	1,4	93,0
	14,0	1	1,4	94,4
	17,0	1	1,4	95,8
	23,0	1	1,4	97,2
	24,0	1	1,4	98,6
	27,0	1	1,4	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	67	94,4	94,4	94,4
Kristen	4	5,6	5,6	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Status Menikah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	70	98,6	98,6	98,6
Belum Menikah	1	1,4	1,4	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	21	29,6	29,6	29,6
Perempuan	50	70,4	70,4	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	2	2,8	2,8	2,8
SD	15	21,1	21,1	23,9
SLTP	17	23,9	23,9	47,9
SLTA	23	32,4	32,4	80,3
Perguruan Tinggi	14	19,7	19,7	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Bekerja	1	1,4	1,4	1,4
Petani	1	1,4	1,4	2,8
Wiraswasta	19	26,8	26,8	29,6
Karyawan Swasta	7	9,9	9,9	39,4
PNS	10	14,1	14,1	53,5
Ibu Rumah Tangga	27	38,0	38,0	91,5
Lain-lain	6	8,5	8,5	100,0
Total	71	100,0	100,0	

b. Data Religiusitas

Religiusitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Religiusitas Sedang	15	21,1	21,1	21,1
Religiusitas Tinggi	24	33,8	33,8	54,9
Religiusitas Sangat Tinggi	32	45,1	45,1	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Descriptives

		Statistic	Std. Error
	Mean	64,31	,791
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 62,73 Upper Bound 65,89	
	5% Trimmed Mean	64,39	
	Median	65,00	
Religiusitas	Variance	44,445	
	Std. Deviation	6,667	
	Minimum	50	
	Maximum	76	
	Range	26	
	Interquartile Range	10	
	Skewness	-,165	,285

Kurtosis	-,706	,563
----------	-------	------

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Religiusitas	,107	71	,041	,972	71	,108

a. Lilliefors Significance Correction

	Indikator Ideologis	Indikator Ritualistik	Indikator Pengalaman	Indikator Intelektual	Indikator Konsekuensi
N Valid	284	284	284	284	213
N Missing	71	71	71	71	142
Mean	3,28	3,44	3,50	3,32	3,37
Median	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00
Std. Deviation	,676	,576	,561	,678	,598
Minimum	2	1	2	1	2
Maximum	4	4	4	4	4

c. Data *Diabetes Distress*

Diabetes Distress

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Distress Ringan	23	32,4	32,4	32,4
Distress Sedang	33	46,5	46,5	78,9
Distress Berat	15	21,1	21,1	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Descriptives

		Statistic	Std. Error
	Mean	2,3565	,07796
Distress	95% Confidence Interval for Lower Bound	2,2010	
	Upper Bound	2,5120	
	5% Trimmed Mean	2,3343	
	Median	2,3500	

Variance	,432	
Std. Deviation	,65690	
Minimum	1,12	
Maximum	4,41	
Range	3,29	
Interquartile Range	,94	
Skewness	,488	,285
Kurtosis	,428	,563

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
distress2	,060	71	,200*	,979	71	,291

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

a. Lilliefors Significance Correction

		Indikator Beban Emosi	Distress Tenaga Kesehatan	Distress Perawatan DM	Distress Interpersonal
N	Valid	355	284	355	213
	Missing	0	71	0	142
Mean		3,36	1,72	2,46	1,34
Median		3,00	1,00	2,00	1,00
Std. Deviation		1,796	1,178	1,519	1,000
Minimum		1	1	1	1
Maximum		6	6	6	6

d. Analisis Hubungan Religiusitas dengan *Diabetes Distress*

		Skor Religiusitas	Skor DDS
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,505**
	Skor Religiusitas Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	71	71
	Correlation Coefficient	-,505**	1,000
	Skor DDS Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	71	71

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

Lampiran H : Dokumentasi



Gambar 8.1 Pengisian Kuesioner di Ruang Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang



Gambar 8.2 Pengisian Kuesioner di Ruang Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang

Lampiran I : Lembar Surat Ijin

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

Nomor : 1018/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 8 Maret 2017
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 : Mashila Refani Putri
N I M : 132310101013
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul penelitian : Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Klien DM Tipe 2
lokasi : Dinas Kesehatan 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. Lutfi Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



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, 15 Maret 2017

Nomor : 440 / 119.27 / 311 / 2017
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
 Yth. Sdr. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
 Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2253/314/2016, Tanggal 13 Maret 2017, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Mashila Refani Putri
 NIM : 132310101013
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan Tentang Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Klien DM Tipe 2
 Waktu Pelaksanaan : 15 Maret 2017 s/d 15 April 2017

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.

a.n. Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JEMBER
 SEKRETARIS

DAMAN HURI SEJMM
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19590916 198503 1 009

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 15 Maret 2017

Nomor : 440/11927/311/2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth.Sdr. 1. Plt. Kepala Puskesmas Patrang
2. Plt. Kepala Puskesmas Sumbersari
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2253/314/2016, Tanggal 13 Maret 2017, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Mashila Refani Putri
NIM : 132310101013
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan Tentang Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Klien DM Tipe 2

Waktu Pelaksanaan : 15 Maret 2017 s/d 15 April 2017

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.

a.n. Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
SEKRETARIS



DAMAN HURI, SE-MM
Pembina Tingkat I
NIP. 19590916 198503 1 009

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT. PUSKESMAS PATRANG
Jl. Kaca Piring No. 5 Telp. 0331-484022

SURAT - KETERANGAN

NOMOR : 440/149/311.06/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

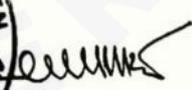
Nama : Dr.T.Ninik Widyawati
NIP : 19710827 200212 2 005
Pangkat/Gol : Pembina / IV a
Jabatan : Plt.Kepala Puskesmas Patrang

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Mashila Refani Putri
NIM : 132310101013
Alamat : Jl.Kalimantan no: 37 Jember
Fakultas : Program Study Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Benar-benar telah melaksanakan studi penelitian di Puskesmas Patrang terhitung mulai Tgl 10 April s/d 14 April 2017 tentang Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di wilayah Kerja Puskesmas Patrang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sehingga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tgl 29 Mei 2017
Plt. Kepala Puskesmas Patrang

dr. T. Ninik Widyawati
NIP 19710827 200212 2 005





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

Nomor : 1807/UN25.1.14/LT/2017 Jember, 4 Mei 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 : Mashila Refani Putri
N I M : 132310101013
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang 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 Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Lanting 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 : *0624* /UN25.3.1/LT/2017 09 Mei 2017
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

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 : 1807/UN25.1.14/LT/2017 tanggal 4 Mei 2017, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Mashila Refani P. / 132310101013
Fakultas / Jurusan : PSIK / Ilmu Keperawatan
Alamat : Jl. Nusa Indah V B No. 9 Jember /No Hp. 081334137113
Judul Penelitian : Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
Lokasi Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
Lama Penelitian : Satu Bulan (09 Mei – 09 Juni 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.

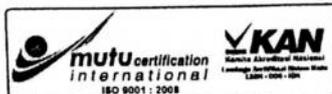
a.n Ketua
Sekretaris,



Dr. Zainuri, M.Si
NIP.196403251989021001

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

K e p a d a

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/2919/314/2017

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 09 Mei 2017 Nomor : 0624/UN25.3.1/LT/2017 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM.** : Mashila Refani P. / 132310101013
- Instansi** : PSIK / Ilmu Keperawatan / Universitas Jember
- Alamat** : Jl. Nusa Indah V B/9 Jember
- Keperluan** : Mengadakan Penelitian dengan judul :
 "Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember".
- Lokasi** : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
- Waktu Kegiatan** : Mei s/d Juni 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 : 15-05-2017

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

ACHMAD DAHLI F., S.Sos

NIP. 196909121196021001

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



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 18 Mei 2017

Nomor : 440 / *Siaga* / 3111 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Patrang
di - **JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2919/314/2016, Tanggal 15 Mei 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : MASHILA REFANI PUTRI
NIM : 132310101013
Alamat : Jl. Nusa Indah V B/9 Jember
Fakultas : PSIK/Ilmu Keperawatan/Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 18 Mei 2017 s/d 18 Juni 2017

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

1. Penelitian 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.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**



dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PATRANG
Jl. Kaca Piring No. 5 Telp. 0331-484022

SURAT - KETERANGAN

NOMOR : 440/475/311.06/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr.T.Ninik Widyawati
NIP : 19710827 200212 2 005
Pangkat/Gol : Pembina / IV A
Jabatan : Kepala Puskesmas Patrang

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

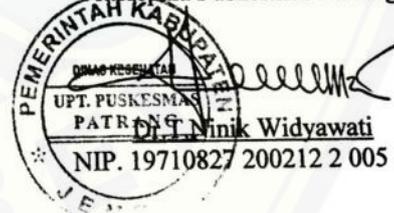
Nama : Mashila Refani Putri
NIM : 132310101013
Alamat : Jl.Kalimantan No : 37 Jember
Fakultas : Program studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Benar-benar telah melaksanakan studi penelitian di Puskesmas Patrang terhitung mulai Tgl 19 Mei 2017 s/d 30 Mei 2017 melaksanakan Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada klien DM tipe 2 .

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sehingga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, Tgl 22 Juni 2017

Pk Kepala Puskesmas Patrang



Lampiran J : Lembar Konsul DPU dan DPA

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

Nama Mahasiswa : Mashila Refani Putri
NIM : 132310101013
Nama DPA : Hanny Rasni, M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	Selasa, 4/09 2017	Bab 1 - Bab 4	Lengkapi sampai alat ukur	
2.	Senin, 17/04 2017	Alat ukur Bab 1 - bab 4	Acc. dan leng- kapi sampai alat ukur.	
3	Selasa, 18/04 2017	Alat ukur Bab 1 - 4	Acc.	
4.	Selasa, 13/06 2017	Konsul BAB 5-6 dan ringkasan.	lengkapi da- mud 5/2 lampiran.	
5	Kamis, 15/06 2017	Konsul Revisi BAB 5-6, ringkasan, abstrak.	lengkapi sampai belakang. dan lampiran.	
6.	Senin, 19/06 2017	Melengkapi BAB 5-6, ringkasan, dan abstrak.	Acc.	

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

Nama Mahasiswa : Mashila Refani Putri
NIM : 132310101013
Nama DPU : Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1	Jumat, 24 Februari 2017	Konsul terkait Judul yang akan di ajukan.	Baca literatur / jurnal peneliti	
2	Senin, 27 Februari 2017	Konsul terkait Judul	Baca jurnal - kelengkapan kesruhan yg akan digunakan oleh peneliti (reliabilitasnya)	
3	Selasa, 28 Februari 2017	Konsul terkait Judul dan kuesioner	Baca literatur / jurnal penelitian <u>10</u> jurnal	
4	Rabu, 1 Maret 2017	Konsul Judul	- Mula (kembali) bab I - 4	
5	Senin, 6 Maret 2017	Konsul Bab 1	- perbaiki penulisan - tambah penulisan yang mengacu ke sumber yang valid - proses bentuk 12in 5/8	
6		Bab 2 - 3	- perbaiki data-data epidemiologi - data - tabel - pahami konsep variabel - cari literatur sumber pertama	
7		Bab 1 - 3	- pahami konsep hubungan religio-spiritualitas kesehatan - pahami tafa hulin - Baca bab 4	

	11/4/2017	Bab 7	- Perbaiki revisi bab 7 - pelengkap analisis data	
9.	19/4/2017	Bab 2 - Bab 4 Lampiran.	- Revisi penulisan kutipan singkat - perbaiki bab 4 - Acc sampul	
10.	29/5/2017	Konsul Hasil Penelitian dan uji normalitas	- Lanjut BAB 5-6	
11.	12/06/2017	Konsul Bab 5-6	- Revisi pembahasan - Lanjut ringkasan dan abstrak.	
12.	15/06/2017	Konsul Revisi BAB 5-6, ringkasan dan abstrak.	- Penulisan diper- baiki - revisi pembahasan	
13.	19/06/2017	Konsul Revisi BAB 5-6, ringkasan, dan abstrak.	- Perbaiki revisi bab 5-6	
14.	21/06/2017	Konsul Revisi BAB 5-6	- Perbaiki revisi bab 5-6	
15.	3/07/2017	Konsul BAB 1-6	Acc.	