



**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES
MELLITUS TIPE 2 DI POLI INTERNA RSD dr.
SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Annies Alfie Azila
NIM 092310101019**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2016**



**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES
MELLITUS TIPE 2 DI POLI INTERNA RSD dr.
SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

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

oleh

**Annies Alfie Azila
NIM 0923101019**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

SKRIPSI

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES
MELLITUS TIPE 2 DI POLI INTERNA RSD dr.
SOEBANDI JEMBER**

oleh

Annies Alfie Azila
NIM 092310101019

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Wantiyah, M.Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Nur Widayati. M.N.

PERSEMBAHAN

Skripsi yang berjudul Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember, saya persembahkan kepada:

1. Allah SWT. yang telah memberikan segala nikmat dan rencana yang begitu indah kepada saya sehingga sampai detik ini saya masih bisa hidup dan bernafas;
2. orang tua yaitu Ibu Cholifah dan Bapak Choiri yang tak pernah berhenti memberi doa dan dukungan, dan motivasi untuk saya dalam menjalani hidup ini;
3. kakakku Fajar Lazuardi dan adikku Firda Kurnia Rohmana yang selalu memberikan motivasi dan dukungan;
4. seluruh guru dan karyawan almamater tercinta TK Bhakti 4 Kebomas, SD Randuangung 2 Kebomas, SMP Negeri 1 Gresik, dan SMA Negeri 1 Gresik;
5. seluruh dosen, karyawan, dan mahasiswa/mahasiswi PSIK UNEJ;
6. seluruh responden di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember, seluruh karyawan RSD dr. Soebandi Jember, terutama di Poli Interna serta segenap instansi yang telah membantu dalam proses studi pendahuluan administrasi dan pelaksanaan penelitian;
7. Almamater tercinta Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang ku banggakan.

MOTTO

Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.

(terjemahan Surat *Al Insyirah* ayat 5-8)^{*)}

Hidup adalah sebuah tantangan, maka hadapilah. Hidup adalah sebuah nyanyian, maka nyanyikanlah. Hidup adalah sebuah mimpi, maka sadarilah. Hidup adalah sebuah permainan, maka mainkanlah. Hidup adalah cinta, maka nikmatilah

(Bhagawan Sri Sthya Sai Baba)^{**)}

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

^{**)} Kompasiana. 2012. Motivasi Hidup. [Serial Online] <http://filsafat.kompasiana.com/2012/12/24/motivasi-hidup-513501.html> [Diakses tanggal 10 Januari 2016].

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Annies Alfie Azila

NIM : 092310101019

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember” ini adalah benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, Januari 2016

Yang menyatakan,

Annies Alfie Azila

NIM 092310101019

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Selasa

tanggal : 19 Januari 2016

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji
Ketua

Ns. Wantiyah, M.Kep
NIP. 19810712 200604 2 001

Anggota I

Anggota II

Ns. Nur Widayati, M.N.
NIP.19810610 200604 2 001

Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep., Sp.Kep.J.
NIP. 19811028 200604 2 002

Mengesahkan
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember

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

Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Interna RSD dr.
Soebandi Jember (*The Quality of Life of Type 2 Diabetes Mellitus Patients in
Internal Outpatients Unit at dr. Soebandi Hospital Jember*)

Annies Alfie Azila

School of Nursing, The University of Jember

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a metabolic disease characterized by an increased levels of glucose in the blood and accompanied by other metabolic disorders caused by hormonal disturbances. The prevalence of DM increases every year. DM can give impacts on Quality of Life (QoL) due to complications and DM itself. The aim of this research was to describe the QoL of patients with type 2 diabetes mellitus in internal outpatients unit at dr. Soebandi Hospital Jember. This research was a descriptive quantitative research with cross sectional approach. The number of sample was 146 type 2 DM patients who were collected through consecutive sampling technique. The data were analyzed by using univariate analysis to define and categorize the QoL. The results showed that 77 respondents (52.7%) had good QoL and 69 respondents (47.3%) had less QoL. The lowest of QoL was found in physical health indicator and the highest was in environment indicator. Therefore, from the result, it is suggested that nurses should improve QoL and give support to patients to maintain their health status.

Keywords: *Quality of Life, Diabetes Mellitus*

RINGKASAN

Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember; Annies Alfie Azila, 092310101019; 2016: xviii + 109 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit metabolisme yang ditandai dengan keadaan kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia dan disertai dengan kelainan metabolik lain akibat gangguan hormonal. Prevalensi DM semakin meningkat tiap tahunnya. Berdasarkan data rekam medik RSD dr. Soebandi Jember, jumlah pasien DM di Poli Interna RSD dr. Soebandi berjumlah 4.300 pasien pada tahun 2012, dan 4.200 pasien diantaranya adalah pasien DM tipe 2 tanpa komplikasi. Data kunjungan pada tahun 2013 dari bulan Januari sampai dengan September 2013 berjumlah 4.625 pasien dan pada tahun 2014 jumlah pasien DM bertambah menjadi 5.694 pasien.

Penyakit DM dapat memberikan dampak pada kualitas hidup. Penyakit yang diderita serta pengobatan yang sedang dijalani oleh seorang pasien DM dapat mempengaruhi kapasitas fungsional, psikologis dan kesehatan sosial serta kesejahteraan pasien DM. Hal tersebut juga dapat memberikan pengaruh pada kualitas hidup pasien DM. Kualitas hidup adalah persepsi individu dalam hidup yang dapat ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai individu yang berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan gambaran kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Metode pengambilan sampel dengan *consecutive sampling*. Penelitian dilakukan pada sampel sebanyak 146 orang. Analisa data yang digunakan adalah analisa univariat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 77 orang (52,7%) berada pada kualitas hidup baik dan 69 orang (47,3%) berada pada kualitas hidup kurang. Pasien DM yang memperoleh kesehatan fisik baik sebanyak 73 orang (50,0%) dan responden DM yang memiliki kesehatan fisik kurang sebanyak 73 orang (50,0%). Pada indikator psikologi responden yang memiliki psikologi baik yaitu sebanyak 77 orang (52,7%) dan responden DM yang memiliki psikologi kurang sebanyak 69 orang (47,3%). Indikator selanjutnya yaitu indikator sosial diperoleh data bahwa responden dengan hubungan sosial baik yaitu sebanyak 86 orang (58,9%) dan responden DM tipe 2 yang memiliki hubungan sosial kurang sebanyak 60 orang (41,1%). Indikator lingkungan menunjukkan data bahwa responden DM tipe 2 sebagian besar memperoleh lingkungan baik sebanyak 104 orang (71,2%) dan responden DM tipe 2 yang memperoleh lingkungan kurang yaitu sebanyak 42 orang (28,8%).

Kesimpulan penelitian ini adalah lebih banyak pasien dalam kondisi kualitas hidup baik. Indikator kualitas hidup saling berkaitan dalam memberikan pengaruhnya terhadap kualitas hidup. Indikator kesehatan fisik dan psikologis merupakan indikator yang kemungkinan lebih memberikan dampak terhadap kualitas hidup dibandingkan dengan indikator hubungan sosial dan lingkungan. berdasarkan hal tersebut, diharapkan perawat dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan dukungan untuk mempertahankan status kesehatan pasien.

PRAKATA

Assalamu'alaikum wr.wb,

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember”. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan proposal skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Wantiyah, M.Kep. selaku dosen pembimbing utama yang telah meluangkan banyak waktu, pikiran dan perhatian untuk membimbing dan memberikan masukan, motivasi serta saran dalam penyusunan skripsi ini;
3. Ns. Nur Widayati. M.N. selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini;
4. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep., Sp.Kep.J. selaku penguji yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyelesaian skripsi ini;
5. Ns. Hanny Rasni, M.Kep. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan dan motivasi hingga selesainya skripsi ini;
6. Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep. yang telah memberikan motivasi, saran, dan berbagi pengalaman hingga selesainya skripsi ini;
7. seluruh dosen, staf dan karyawan yang telah memberikan dukungan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;

8. seluruh keluarga terutama kedua orang tua, kakak dan adik saya yang telah memberikan do'a, semangat, dan motivasi yang sungguh luar biasa agar berusaha lebih baik demi terselesaikannya proposal skripsi ini;
9. Wahyu Aji Prasetyo yang selalu memberikan dukungan, dan motivasi yang hingga dapat diselesaikannya skripsi ini;
10. Superzeki Zaidatul Fadhillah yang tetap ada untuk memberikan motivasi selama proses panjang penyusunan skripsi ini;
11. teman-teman seperjuangan dalam proses panjang yaitu Riski Indra, Allusia, Lielys, Desi Rindra, Andriyani, Eko Cahyono, Wanda, Mas Jossi, Mbak Imelda, Mbak Devi dan Bu Nila yang banyak membantu dan memotivasi;
12. sahabat-sahabat yang banyak membantu memberikan dorongan dan dukungan yaitu Siwi, Riris, Nanik, Mega, Sari, dan Frinda.
13. teman-teman PSIK angkatan 2009 yang telah memberikan bantuan dan semangat selama penyusunan proposal skripsi ini;
14. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penyusunan proposal skripsi ini belum sempurna, masih terdapat banyak kekurangan dan kelemahan dalam proposal skripsi ini, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca guna mendapatkan hasil yang lebih sempurna dan bermanfaat. Akhirnya penulis mengharapkan semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua Amin.

Wassalamu'alaikum wr.wb

Jember, Januari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
HALAMAN PERSETUJUAN	vii
HALAMAN ABSTRAK	viii
HALAMAN RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	5
1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan.....	5
1.4.3 Manfaat bagi Instansi Pelayanan Kesehatan	6
1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat	6
1.5 Keaslian Penelitian	6

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Diabetes Mellitus.....	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Klasifikasi.....	9
2.1.3 Etiologi	10
2.1.4 Patofisiologi.....	11
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.6 Diagnosis	13
2.1.7 Pencegahan	14
2.1.8 Penatalaksanaan.....	16
2.1.9 Komplikasi	18
2.1.10 Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus.....	19
2.2 Kualitas Hidup	30
2.2.1 Definisi Kualitas Hidup.....	30
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup.....	31
2.2.3 Pengukuran Kualitas Hidup.....	32
2.3 Kerangka Teori	35
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	36
3.1 Kerangka Konsep	36
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	37
4.1 Desain Penelitian.....	37
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	37
4.2.1 Populasi Penelitian	37
4.2.2 Sampel Penelitian	38
4.2.3 Kriteria Subjek Penelitian	40
4.3 Lokasi Penelitian.....	41
4.4 Waktu Penelitian.....	41
4.5 Definisi Operasional	41
4.6 Pengumpulan Data	42
4.6.1 Sumber Data	42
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	42

4.6.3	Alat Pengumpulan Data.....	44
4.6.4	Uji Validitas dan Reliabilitas	46
4.7	Pengolahan Data	47
4.7.1	<i>Editing</i>	47
4.7.2	<i>Coding</i>	47
4.7.3	<i>Processing/entry</i>	48
4.7.4	<i>Cleaning</i>	48
4.8	Analisis Data	48
4.9	Etika Penelitian	51
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN	54
5.1	Hasil Penelitian.....	54
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	54
5.1.2	Analisis Univariat.....	55
5.2	Pembahasan.....	62
5.2.1	Karakteristik Klien DM	62
5.2.2	Kualitas Hidup Klien DM.....	71
5.3	Implikasi Hasil Penelitian Bagi Keperawatan	82
5.4	Keterbatasan Penelitian	84
BAB 6.	SIMPULAN DAN SARAN.....	85
6.1	Simpulan.....	85
6.2	Saran	86
	DAFTAR PUSTAKA	90
	LAMPIRAN.....	96

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Indikator dan Sub Indikator Kualitas Hidup	34
Tabel 4.1 Data Kunjungan Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember Tahun 2014	38
Tabel 4.2 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	41
Tabel 4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember.....	45
Tabel 5.1 Responden Berdasarkan Usia dan Lama Mengalami DM di RSD dr. Soebandi Jember pada Tahun 2015.....	55
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, dan Pengobatan DM di RSD dr. Soebandi Jember.....	56
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Keluhan Saat ini dan Komplikasi di RSD dr. Soebandi Jember.....	58
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup pada Pasien DM Tipe 2 di RSD Dr. Soebandi Jember	59
Tabel 5.5 Distribusi Responden DM Tipe 2 berdasarkan Indikator Kualitas Hidup di Dr. Soebandi Jember	60
Tabel 5.6 Distribusi Responden DM Tipe 2 berdasarkan Indikator Kualitas Hidup di Dr. Soebandi Jember	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.5 Kerangka teori	35
Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian	36

DAFTAR LAMPIRAN

A. INFORMED CONSENT	97
A.1 Lembar <i>Informed</i>	97
A.2 Lembar <i>Consent</i>	98
B. INSTRUMEN PENELITIAN	99
B.1 Karakteristik Responden.....	99
B.2 Kuesioner Kualitas Hidup	100
C. DISTRIBUSI RESPONDEN BERDASAR HASIL KUESIONER.....	102
D. HASIL ANALISA DATA	105
E. DOKUMENTASI	115
F. SURAT IJIN	117
F.1 Surat Ijin Studi Pendahuluan	117
F.2 Surat Ijin Studi Pendahuluan	118
F.3 Surat Ijin Penelitian	119
F.4 Surat Ijin Penelitian	120
F.5 Surat Ijin Penelitian	121
F.6 Surat Keterangan Selesai Penelitian	122

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolisme yang ditandai dengan hilangnya toleransi pada karbohidrat (Price & Wilson, 2005). DM adalah suatu keadaan hiperglikemi kronis yang disertai dengan kelainan metabolik yang diakibatkan oleh gangguan hormonal (Mansjoer *et al.*, 2000). DM yang berkembang penuh secara klinis dapat ditandai dengan hiperglikemi, aterosklerotik, mikroangiopati, dan neuropati (Price & Wilson, 2005). DM menyebabkan timbulnya berbagai komplikasi (Mansjoer *et al.*, 2000).

Penyakit DM diklasifikasikan menjadi beberapa jenis berdasarkan etiologinya yaitu diabetes tipe 1, tipe 2, tipe gestasional, dan tipe lain. Salah satu jenis DM yang paling banyak dialami penduduk di dunia adalah DM tipe 2, yaitu sekitar 90-95% dari seluruh pasien DM adalah DM tipe 2 (Smeltzer & Bare, 2001). Diabetes tipe 2 disebabkan oleh resistensi insulin (PERKENI, 2011).

Prevalensi DM diperkirakan terus meningkat setiap tahunnya terutama di negara berkembang. Pasien DM di dunia pada tahun 2011 berjumlah 366,2 juta jiwa dan angka tersebut akan terus meningkat dan diperkirakan pada tahun 2030 menjadi 551,8 juta jiwa (IDF, 2011). Penyakit DM menempati urutan keempat penyakit penyebab kematian di negara berkembang (Sicree *et.al.*, 2009). Indonesia sebagai negara berkembang menempati urutan kesepuluh dengan jumlah pasien DM terbanyak (IDF, 2011). Data dari Badan Pusat Statistik (BPS)

pada tahun 2003 menyatakan pasien penyakit DM di Indonesia sebanyak 133 juta jiwa (PERKENI, 2011). Prevalensi pasien diabetes tersebut akan meningkat dan diprediksi pada tahun 2030 akan mencapai 21,3 juta jiwa (Kemenkes, 2012).

Propinsi Jawa Timur merupakan salah satu propinsi dengan prevalensi DM tipe 2 di atas prevalensi nasional (1,1%), yaitu mencapai 1,3%, dengan jumlah pasien DM yang cukup tinggi adalah Kabupaten Jember (BPS, 2010). Pada tahun 2012 pasien DM di Kabupaten Jember mencapai 8.619 orang (Harian Surya, 2013). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Oktober tahun 2013, jumlah pasien DM di Poli Interna RSD dr. Soebandi berjumlah 4.300 pasien pada tahun 2012, dan 4.200 pasien diantaranya adalah pasien DM tipe 2 tanpa komplikasi. Data kunjungan pada tahun 2013 dari bulan Januari sampai dengan September 2013 berjumlah 4.625 pasien dan pada tahun 2014 jumlah pasien DM bertambah menjadi 5.694 pasien.

Penyakit yang diderita serta pengobatan yang sedang dijalani oleh seorang pasien DM dapat mempengaruhi kapasitas fungsional, psikologis dan kesehatan sosial serta kesejahteraan pasien DM. Hal tersebut juga dapat memberikan pengaruh pada kualitas hidup pasien DM (Yusra, 2010). WHO (1997) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi dari individu terhadap posisinya dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dan kaitannya dengan tujuan, harapan serta standar yang ada. Berdasarkan penelitian Isa & Baiyewu (2006) didapatkan hasil 65,4% menunjukkan hasil kualitas hidup sedang pada pasien DM dan 13,9% menunjukkan kualitas hidup pasien DM yang buruk. Hasil

wawancara pada tiga pasien Poli Interna RSD dr. Soebandi didapatkan informasi bahwa pasien tidak mengalami gangguan pada kesehatan fisik dan lingkungan, tetapi merasa terganggu pada psikologi dan hubungan sosial.

Permasalahan pada kualitas hidup pasien DM merupakan masalah yang cukup kompleks. Hal tersebut karena akan berpengaruh pada beberapa aspek dalam kehidupan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Gautam *et al.* (2009) didapatkan hasil bahwa penyakit DM memberikan efek yang kurang baik terhadap kualitas hidup. Kualitas hidup yang rendah tersebut juga berhubungan dengan sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan aktivitas fisik (Yusra, 2010).

Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang bersifat kronis yang membutuhkan perawatan, pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan dukungan yang berkelanjutan untuk mencegah terjadinya komplikasi (ADA, 2010). Prinsip penatalaksanaan DM meliputi empat pilar yang terdiri dari (1) edukasi; (2) terapi gizi medis; (3) latihan jasmani; (4) dan intervensi farmakologis (PERKENI, 2011).

Peran keperawatan pada peningkatan kualitas hidup pasien DM yaitu dengan melakukan tindakan prevensi, yang meliputi prevensi primer, prevensi sekunder, dan prevensi tersier. Prevensi primer adalah tindakan pencegahan penyakit yang dapat dilakukan dengan cara promosi kesehatan. Prevensi sekunder merupakan tindakan pencegahan penyakit dengan melakukan deteksi dini dan pengobatan pada penyakit. Prevensi tersier adalah tindakan pencegahan yang bertujuan untuk mencegah kecacatan akibat suatu penyakit (Anderson & McFarlane, 2006). Pengendalian DM akan lebih efektif bila diprioritaskan pada

pencegahan dini melalui upaya perawatan mandiri pasien, hal tersebut akan memberikan pengaruh dalam kualitas hidup. Pengelolaan mandiri pada pasien diabetes melitus dapat menurunkan angka kesakitan berulang, komplikasi dan kematian (Sutandi, 2012).

Peneliti mendapatkan fenomena bahwa jumlah pasien DM khususnya tipe 2 di Kabupaten Jember masih tinggi. Berdasarkan Data Rekam Medik Rawat Jalan RSD dr. Soebandi pada September 2013, jumlah kunjungan pasien DM tipe 2 ke Poli Interna sebanyak 555 pasien dan rata-rata kunjungan per bulannya pada tahun 2013 adalah 514 pasien. Alasan tersebut menjadikan peneliti tertarik untuk melakukan penelitian gambaran kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan gambaran kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. mengidentifikasi karakteristik pasien dengan Diabetes Mellitus tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember;
- b. mengidentifikasi kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat bagi peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah untuk menambah pengetahuan dan wawasan mengenai gambaran kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus tipe 2. Diharapkan penelitian ini juga dapat menjadi awal penelitian-penelitian lain mengenai DM tipe 2 dan diharapkan dapat menjadi solusi penanganan DM tipe 2.

1.4.2 Manfaat bagi institusi pendidikan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi institusi pendidikan adalah sebagai sumber referensi pengembangan ilmu keperawatan terutama dalam asuhan keperawatan pasien DM tipe 2.

1.4.3 Manfaat bagi instansi pelayanan kesehatan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi instansi kesehatan khususnya bagi RSD dr. Soebandi adalah data dan hasil yang diperoleh dapat dijadikan sumber referensi dan sebagai dasar untuk menentukan intervensi keperawatan dalam penatalaksanaan pada diabetes mellitus, khususnya pada pasien DM tipe 2.

1.4.4 Manfaat bagi masyarakat

Manfaat yang dapat diperoleh oleh masyarakat adalah menambah informasi dan pengetahuan tentang DM tipe 2.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendukung penelitian sekarang yaitu penelitian yang dilakukan oleh Ningtyas (2013) dengan judul "Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan". Tujuan penelitian tersebut adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. Metode penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan menggunakan desain *cross sectional*. Sampel yang digunakan sebanyak 45 orang. Analisis data yang digunakan adalah uji regresi logistik dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha=0,05$). Hasil dari penelitian tersebut yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan, status sosial ekonomi berdasarkan pendapatan, lama menderita dan komplikasi Diabetes Mellitus dengan kualitas

hidup pasien Diabetes Mellitus tipe II, dan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi berdasarkan penggunaan asuransi/ jaminan kesehatan dengan kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus tipe II.

Judul penelitian saat ini yaitu “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember”. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya penelitian saat ini dilakukan pada pasien rawat jalan di Poli Interna RSD dr. Soebandi Jember yang memenuhi kriteria. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 146 responden. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Mellitus

2.1.1 Definisi

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit metabolik yang ditandai dengan keadaan hiperglikemia kronik dan disertai dengan kelainan metabolik lain akibat gangguan hormonal (Manjoer *et al.*, 2000). Penyakit DM merupakan penyakit gangguan metabolisme yang ditandai dengan hilangnya toleransi pada karbohidrat (glukosa) (Price & Wilson, 2005). DM merupakan kelainan yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Smeltzer & Bare, 2001). Diabetes Mellitus adalah suatu penyakit metabolik yang memiliki karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena gangguan sekresi insulin, kerja insulin, ataupun keduanya (ADA, 2010). Berdasarkan beberapa teori tersebut dapat disimpulkan bahwa Diabetes Mellitus adalah suatu penyakit metabolik yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa dalam darah yang diakibatkan oleh gangguan hormonal berupa resistensi insulin dan atau gangguan pada produksi insulin.

2.1.2 Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya, diabetes mellitus dibedakan menjadi beberapa jenis, antara lain (Manjoer *et al.*, 2000; Price & Wilson, 2005; Smeltzer & Bare, 2001):

a. DM tipe 1

DM tipe 1 ini disebut juga dengan *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM). DM tipe 1 disebabkan oleh dekstruksi sel beta pankreas akibat proses autoimun.

b. DM tipe 2

DM tipe 2 atau disebut dengan *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) merupakan diabetes yang disebabkan oleh kegagalan pada sel beta pankreas atau karena resistensi insulin. Resistensi insulin merupakan menurunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan menghambat produksi glukosa di hepar.

c. DM gestasional

DM gestasional merupakan diabetes yang dialami pada wanita hamil. Hal tersebut disebabkan oleh peningkatan sekresi pada berbagai hormon yang memiliki efek metabolik terhadap toleransi glukosa pada saat kehamilan.

d. DM tipe lain

DM tipe lain ini disebabkan oleh beberapa hal, seperti defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, karena zat kimia atau obat, infeksi, dan sindrom genetik lain.

2.1.3 Etiologi

Diabetes Mellitus disebabkan oleh adanya gangguan hormonal. Pada DM tipe 1 atau *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) disebabkan oleh adanya kerusakan pada sel beta pankreas akibat proses autoimun, sedangkan DM tipe 2 atau *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) disebabkan oleh resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin merupakan menurunnya kemampuan insulin dalam merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer, sehingga menghambat produksinya di hati (Mansjoer *et al.*, 2000; Smeltzer & Bare, 2001).

Faktor risiko DM berdasarkan PERKENI (2011) meliputi:

- a. faktor risiko yang dapat dimodifikasi
 1. berat badan lebih ($IMT > 23 \text{ kg/m}^2$);
 2. kurangnya aktivitas fisik;
 3. hipertensi;
 4. dislipidemia ($HDL < 35 \text{ mg/dL}$ dan atau trigliserida $> 250 \text{ mg/dL}$); dan
 5. diet tidak sehat.
- b. faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi
 1. ras dan etnik;
 2. riwayat keluarga dengan diabetes;
 3. usia;
 4. riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir lebih dari 4.000 gram atau pernah menderita DM gestasional; dan
 5. riwayat lahir dengan berat badan rendah (kurang dari 2.500 gram).

c. faktor lain yang terkait dengan risiko diabetes

1. pasien *Polycystic Ovary Syndrome* (PCOS) atau keadaan klinis lain yang terkait dengan resistensi insulin;
2. pasien sindrom metabolik yang memiliki riwayat toleransi glukosa terganggu (TGT) atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT) sebelumnya; dan
3. pasien yang memiliki riwayat penyakit kardiovaskular, seperti stroke, PJK, atau PAD (*Peripheral Arterial Diseases*).

2.1.4 Patofisiologi

Diabetes Mellitus adalah suatu penyakit metabolik yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa dalam darah yang diakibatkan oleh gangguan hormonal berupa resistensi insulin dan atau gangguan pada produksi insulin. Glukosa secara normal akan bersirkulasi dalam darah dalam jumlah tertentu. Glukosa tersebut dibentuk di hepar dan berasal dari makanan yang dikonsumsi. Kadar glukosa dalam darah akan dikendalikan oleh insulin yang merupakan suatu hormon yang diproduksi oleh pankreas (Smeltzer & Bare, 2001).

Diabetes Mellitus tipe 2 merupakan jenis diabetes yang disebabkan oleh resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Insulin merupakan salah satu hormon yang dihasilkan oleh sel beta pankreas dan berfungsi untuk mengatur produksi dan penyimpanan glukosa. Pada saat makanan masuk ke dalam tubuh, maka sekresi insulin akan ditingkatkan untuk mengedarkan glukosa ke dalam sel otot, hati dan lemak yang akan menimbulkan beberapa dampak yaitu

menstimulasi penyimpanan glukosa dalam bentuk glikogen di hati dan otot, meningkatkan penyimpanan lemak dari makanan dalam jaringan adiposa, serta mempercepat pengangkutan asam amino ke dalam sel (Smeltzer & Bare, 2001).

Secara fisiologis, insulin akan terikat dengan reseptor khusus dan terjadi reaksi metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe 2 disebabkan oleh menurunnya kemampuan insulin dalam melakukan fungsinya (Smeltzer & Bare, 2001).

Resistensi insulin atau penurunan kemampuan insulin mengakibatkan jumlah glukosa yang dimetabolisme menjadi berkurang. Resistensi insulin ini juga disertai dengan penurunan reaksi intrasel yang menyebabkan insulin menjadi tidak efektif dalam menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan, sehingga hal tersebut menyebabkan keadaan tingginya kadar glukosa dalam darah dan terjadinya DM tipe 2 (Smeltzer & Bare, 2001).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis atau tanda dan gejala pada diabetes mellitus dapat dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin (Price & Wilson, 2005). Tanda dan gejala yang khas terjadi meliputi poliuri, polidipsi dan polifagi (Mansjoer *et al.*, 2000).

a. Poliuri

Defisiensi insulin menyebabkan tidak dapat dipertahkannya kadar glukosa plasma secara normal. Jika terjadi kondisi hiperglikemi melebihi ambang ginjal, maka akan menyebabkan kadar gula dalam urin menjadi tinggi

(glukosuria). Glukosuria tersebut dapat menyebabkan diuresis osmotik dan akan meningkatkan pengeluaran urin (poliuri).

b. Polidipsi

Diuresis osmotik yang terjadi akibat glukosuria yang mengakibatkan pengeluaran cairan berlebih melalui urin akan menyebabkan timbulnya rasa haus (polidipsi).

c. Polifagi

Peningkatan pengeluaran urin menyebabkan hilangnya glukosa bersamaan dengan keluarnya urin, sehingga akan terjadi ketidakseimbangan kalori. Hal tersebut mengakibatkan timbulnya rasa lapar dan keinginan makan yang berlebih (polifagi) (Price & Wilson, 2005).

Gejala lain yang dapat muncul pada pasien dengan DM seperti kesemutan, gatal, penurunan penglihatan, impotensi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita (Mansjoer *et al.*, 2000).

2.1.6 Diagnosis

Diagnosis Diabetes Mellitus ditegakkan dengan indikator kadar glukosa darah, dan diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria. Berdasarkan Hasil Konsensus PERKENI (2011), diagnosis DM dapat ditegakkan melalui tiga cara, yaitu:

- a. Jika keluhan klasik ditemukan, maka pemeriksaan glukosa plasma sewaktu >200 mg/dL dapat untuk menegakkan diagnosis DM;

- b. Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL dengan adanya keluhan klasik;
- c. Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) lebih sensitif dan spesifik jika dibandingkan dengan pemeriksaan kadar glukosa plasma puasa.

Apabila hasil dari pemeriksaan tersebut menunjukkan tidak memenuhi kriteria normal atau DM, maka dapat dikelompokkan dalam Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) atau Glukosa Darah Puasa Terganggu (GDPT).

- a. Toleransi Glukosa Terganggu (TGT)

Diagnosis dapat ditegakkan apabila setelah pemeriksaan TTGO diperoleh glukosa plasma 2 jam setelah beban antara 140-199 mg/dl;

- b. Glukosa Darah Puasa Terganggu (GDPT)

Diagnosis dapat ditegakkan apabila setelah pemeriksaan glukosa plasma puasa diperoleh antara 100-125 mg/dl dan pemeriksaan TTGO gula darah 2 jam < 140 mg/dl.

2.1.7 Pencegahan

Pencegahan DM berdasarkan PERKENI (2011) terdiri dari tiga tingkatan meliputi:

- a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan suatu upaya pencegahan yang ditujukan pada kelompok yang memiliki faktor risiko, yaitu kelompok yang belum mengalami DM tipe 2 tetapi memiliki potensi untuk mengalami DM tipe 2 karena memiliki faktor risiko. Pelaksanaan pencegahan primer dapat dilakukan

dengan tindakan penyuluhan dan pengelolaan pada kelompok masyarakat yang memiliki risiko tinggi merupakan salah satu aspek penting dalam pencegahan primer (PERKENI, 2011).

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder merupakan suatu upaya pencegahan timbulnya komplikasi pada pasien yang mengalami DM tipe 2. Pencegahan ini dilakukan dengan pemberian pengobatan yang cukup dan tindakan deteksi dini penyulit sejak awal pengelolaan penyakit DM tipe 2. Program penyuluhan memegang peranan penting dalam meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani program pengobatan dan menuju perilaku sehat (PERKENI, 2011).

c. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan suatu upaya yang ditujukan pada pasien DM tipe 2 yang mengalami komplikasi untuk mencegah kecacatan lebih lanjut. Upaya rehabilitasi pada pasien dilakukan sedini mungkin, sebelum kecacatan berkembang dan menetap. Penyuluhan dilakukan pada pasien serta pada keluarga pasien. Materi yang diberikan adalah mengenai upaya rehabilitasi yang dapat dilakukan untuk mencegah kecacatan lebih lanjut agar dapat mencapai kualitas hidup yang optimal (PERKENI, 2011).

Pencegahan tersier memerlukan pelayanan kesehatan yang menyeluruh antar tenaga medis. Kolaborasi yang baik antar para ahli di berbagai disiplin (jantung dan ginjal, mata, bedah ortopedi, bedah vaskular, radiologi, rehabilitasi medis, gizi, podiatris, dan lain sebagainya) sangat diperlukan dalam menunjang keberhasilan pencegahan tersier (PERKENI, 2011).

2.1.8 Penatalaksanaan

Tujuan umum penatalaksanaan Diabetes Mellitus adalah meningkatkan kualitas hidup dari pasien dengan diabetes (PERKENI, 2011). Tujuan lain penatalaksanaan pada DM adalah membuat aktivitas insulin dan kadar gula darah dalam rentang normal dan mengurangi terjadinya komplikasi yang dapat terjadi baik komplikasi vaskuler ataupun neuropatik. Penatalaksanaan pada Diabetes Mellitus meliputi lima hal yaitu (1) diet; (2) latihan; (3) pemantauan; (4) terapi; dan (5) pendidikan (Smeltzer & Bare, 2001).

Berdasarkan Konsensus PERKENI (2011) terdapat empat pilar penatalaksanaan DM tipe 2, antara lain:

a. Edukasi

Diabetes dan pola hidup memiliki hubungan yang erat, terutama pada DM tipe 2. Penatalaksanaan pada klien dengan DM memerlukan partisipasi aktif dari klien, keluarga ataupun masyarakat. Partisipasi aktif tersebut akan dapat dilakukan dengan adanya perubahan perilaku, sehingga diperlukan adanya edukasi atau pendidikan yang diberikan pada klien dan keluarga (PERKENI, 2011). Menurut Sutandi (2012), pemberian pendidikan kesehatan menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi penatalaksanaan pada pasien DM.

b. Terapi Gizi Medis

Terapi gizi dan diet merupakan salah satu kunci dasar dari penatalaksanaan DM. Prinsip pengaturan gizi dan nutrisi pada pasien DM tipe 2 yaitu makanan yang seimbang dan kebutuhan kalori serta zat gizi disesuaikan pada masing-masing individu. Penatalaksanaan gizi dan nutrisi tersebut memiliki tujuan,

yaitu (a) memenuhi unsur makanan esensial; (b) memperoleh berat badan yang sesuai dan mempertahankan berat badan ideal tersebut; (c) memenuhi kebutuhan energi; (d) memperoleh serta mempertahankan kadar glukosa darah dalam rentang normal dan mencegah kenaikan kadar gula darah; dan (e) menurunkan kadar lemak darah (Smeltzer & Bare, 2001).

c. Latihan Jasmani

Latihan jasmani atau latihan fisik merupakan salah satu pilar yang perlu dilaksanakan secara teratur. Kegiatan latihan fisik ini dapat menjaga kebugaran serta dapat memberikan dampak penurunan berat badan serta memperbaiki sensitivitas insulin. Hal tersebut akan memberikan dampak pada perbaikan pengendalian glukosa dalam darah. Latihan jasmani ini dapat dilakukan dengan berjalan kaki, berenang, atau aktivitas fisik yang tidak terlalu berat. Pelaksanaan aktivitas jasmani ini dapat disesuaikan dengan kemampuan klien dan dapat ditingkatkan sesuai dengan perkembangan yang ada (PERKENI, 2011).

d. Intervensi Farmakologis

Terapi farmakologis dilakukan beriringan dan diimbangi dengan pelaksanaan pengaturan diet dan latihan jasmani. Terapi farmakologis yang dapat diberikan terdiri dari obat hipoglikemik oral dan terapi insulin (PERKENI, 2011). Ada dua jenis obat hipoglikemik oral yaitu pemicu sekresi insulin dan penambah sensitivitas terhadap insulin. Obat yang termasuk dalam pemicu sekresi insulin yaitu sulfonilurea dan glinid, sedangkan yang termasuk dalam golongan obat penambah sensitivitas terhadap insulin yaitu biguanid,

tiazolidindion, penghambat glukosidase alfa dan inkretin mimetik (Yusra, 2010). Terapi farmakologis lain yang dapat dilakukan selain obat hipoglikemik oral adalah dengan terapi insulin. Berdasarkan PERKENI (2011) insulin dibagi menjadi lima jenis yaitu (a) insulin kerja cepat (*rapid acting insulin*); (b) insulin kerja pendek (*short acting insulin*); (c) insulin kerja menengah (*intermediate acting insulin*); (d) insulin kerja panjang (*long acting insulin*); (e) insulin campuran tetap, kerja pendek dan menengah (*premixed insulin*).

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi yang muncul akibat penyakit DM tipe 2 antara lain (Mansjoer *et al.*, 2000; Smeltzer & Bare, 2001):

- a. Akut, meliputi koma hipoglikemia, ketoasidosis, dan koma Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik (HHNK); dan
- b. Kronik, meliputi makrovaskuler (mengenai pembuluh darah besar seperti pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, dan pembuluh darah otak), mikrovaskuler (mengenai pembuluh darah kecil : retinopati diabetik, nefropati diabetik), neuropati diabetik, rentan infeksi, dan kaki diabetik. Komplikasi tersering dan paling penting adalah neuropati perifer yang berupa hilangnya sensasi distal dan berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus diabetik dan amputasi (PERKENI, 2011).

2.1.10 Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus

a. Pengkajian

Data pengkajian pada pasien DM bergantung pada berat dan lamanya ketidakseimbangan metabolik dan pengaruh fungsi pada organ. Menurut Doengoes (1999), fokus pengkajian pada klien dengan DM meliputi:

1. Pengkajian data dasar

a) Aktivitas/istirahat

Aktivitas/istirahat adalah kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup yang diinginkan atau diperlukan dan untuk mendapatkan istirahat/tidur yang adekuat.

Tanda : takikardia dan takipneu pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas

Gejala : lemah, letih, sulit bergerak/berjalan, tonus otot menurun, gangguan tidur atau berjalan.

b) Sirkulasi

Sirkulasi adalah kemampuan untuk mengirimkan oksigen dan nutrien yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan sel.

Tanda : hipertensi, nadi yang menurun/tidak ada denyut nadi, takikardia, kulit kering.

Gejala : adanya riwayat hipertensi, kesemutan pada ekstermitas, luka sulit sembuh

c) Integritas ego

Integritas ego adalah kemampuan untuk mengembangkan dan menggunakan keterampilan dan tingkah laku untuk mengintegrasikan dan mengelola pengalaman hidup.

Tanda : ansietas, peka rangsang.

Gejala : stress, depresi, harga diri rendah.

d) Eliminasi

Eliminasi adalah kemampuan untuk mengeluarkan produk sisa.

Tanda : urin encer, pucat, kuning; poliuria.

Gejala : perubahan pola berkemih, nokturia, nyeri tekan abdomen, kesulitan berkemih (infeksi).

e) Makanan atau cairan

Makanan atau cairan adalah kemampuan untuk mempertahankan masukan dan penggunaan nutrien dan cairan untuk memenuhi kebutuhan fisiologis.

Tanda : kuling kering, turgor kulit buruk, pembesaran tiroid (peningkatan metabolisme), distensi abdomen, muntah.

Gejala : anoreksia, mual/muntah, polidipsia, polifagia.

f) Neurosensori

Neurosensori adalah kemampuan untuk merasakan, mengintegrasikan, dan berespon terhadap tanda-tanda internal dan eksternal.

Tanda : disorientasi, sirkulasi semakin memburuk, letargi.

Gejala : kesemutan, sakit kepala, parestesia, gangguan penglihatan.

g) Nyeri atau ketidaknyamanan

Nyeri atau ketidaknyamanan adalah kemampuan untuk mengontrol lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan kenyamanan

Tanda : wajah meringis dengan palpitasi.

Gejala : abdomen yang tegang atau nyeri (sedang atau berat).

h) Pernapasan

Pernapasan adalah kemampuan untuk menyediakan dan menggunakan oksigen untuk memenuhi kebutuhan fisiologis.

Tanda : perubahan frekuensi pernafasan.

Gejala : merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tanpa sputum.

i) Keamanan

Keamanan adalah kemampuan untuk memberikan rasa aman, lingkungan yang meningkatkan pertumbuhan.

Tanda : demam, diaforesis, kulit rusak, lesi atau ulserasi, menurunnya kekuatan umum, parestesia.

Gejala : kulit kering, gatal, ulkus kulit.

j) Seksualitas

Seksualitas adalah kemampuan untuk memenuhi kebutuhan atau karakteristik peran pria atau wanita.

Gejala : rabas vagina (cenderung infeksi), masalah impoten pada pria, kesulitan orgasme pada wanita.

2. Pemeriksaan fisik

a) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adanya pembesaran pada leher, adanya gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gusi mudah bengkak dan berdarah, penglihatan kabur / ganda, diplopia, lensa mata keruh.

b) Sistem integumen

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

c) Sistem pernafasan

Adanya sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada.

d) Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/ hipotensi, aritmia.

e) Sistem gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, diare, konstipasi, dehidrase, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen.

f) Sistem urinaria

Poliuri, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

g) Sistem muskuloskeletal

Penyebaran lemak, cepat lelah, lemah dan nyeri.

h) Sistem neurologis

Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, letargi, mengantuk, kacau mental, disorientasi.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan Diabetes Mellitus (NANDA, 2005) yaitu:

- 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif;
- 2) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan karena faktor biologis;
- 3) Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, peningkatan kebutuhan energi;
- 4) Kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan paparan informasi mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan;
- 5) Manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan kurang dukungan sosial, kehilangan kepercayaan terhadap regimen atau personel kesehatan;
- 6) Cemas berhubungan dengan faktor fisiologis.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus berdasarkan Wilkinson (2006) antara lain:

- 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif

Tujuan :

- a) kekurangan volume cairan akan teratasi, dibuktikan dengan keseimbangan cairan, keseimbangan elektrolit dan asam basa, hidrasi yang adekuat dan status nutrisi yang adekuat;
- b) keseimbangan elektrolit dan asam basa akan dicapai.

Kriteria hasil:

- a) keseimbangan elektrolit dan asam basa: keseimbangan elektrolit dan non elektrolit dalam ruang intrasel dan ekstrasel tubuh;
- b) keseimbangan cairan : keseimbangan air dalam ruang intrasel dan ekstrasel tubuh.

Intervensi:

- a) pengelolaan elektrolit : peningkatan keseimbangan elektrolit dan pencegahan komplikasi akibat dari kasma elektrolit serum tidak normal;
- b) pengelolaan cairan : peningkatan keseimbangan cairan dan pencegahan komplikasi akibat kadar cairan yang tidak normal;
- c) tentukan asupan cairan yang masuk dalam 24 jam;

- d) pastikan pasien terhidrasi dengan baik;
 - e) posisikan pasien dengan posisi tendelemburg atau tinggikan kakai pasien bila pasien hipotensi;
 - f) berikan cairan sesuai dengan kebutuhan;
 - g) tingkatkan asupan cairan oral yang disukai pasien.
- 2) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan karena faktor biologi .

Tujuan :

- a) menunjukkan status gizi yang baik : asupan makan, cairan, makanan dan zat gizi;
- b) pasien akan menyatakan keinginan untuk mengikuti diet;
- c) mempertahankan masa tubuh dan berat badan dalam batas norma;
- d) pasien akan melaporkan keadeguan tingkat energi.

Kriteria hasil: tingkat gizi yang tersedia memenuhi kebutuhan metabolisme, keadeguan zat gizi yang dikonsumsi oleh tubuh.

Intervensi:

- a) pengelolaan gangguan makan : pencegahan dan penanganan pembatasan diet yang berta dan aktivitas yang berlebih;
- b) pengelolaan nutrisi : bantuan atau pemberian asupan diet makan dan cairan seimbang;
- c) bantuan menaikkan berat badan : faslitasi pencapaian kenaikan berat badan;

- 3) Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, peningkatan kebutuhan energi.

Tujuan : pasien menunjukkan penghematan energi

Kriteria hasil:

- a) ketahanan keberdayaan energi yang memampukan seseorang untuk beraktifitas;
- b) penghematan energi: peningkatan pengelolaan energi untuk memulai dan mempertahankan aktivitas;
- c) status nutrisi dan energi: keadaan ketika nutrisi memberika energi selular.

Intervensi:

- a) pengelolaan energi : mengatur penggunaan energy untuk pengobatan atau pencegahan kelelahan dan mengoptimalkan fungsi;
 - b) ajarkan pada pasien untuk mengenali tanda dan gejala keletihan yang memerlukan pengurangan aktifitas;
 - c) ajarkan pengaturan aktifitas dan teknik mengatur waktu untuk mencegah keletihan;
 - d) rencanakan aktifitas yang mengurangi keletihan dengan pasien;
 - e) diskusikan dengan pasien atau keluarga cara memodifikasi lingkungan rumah untuk mengurangi keletihan.
- 4) Kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan paparan informasi mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan.

Tujuan : meningkatkan pemahaman pasien tentang proses penyakit

Kriteria hasil: menunjukkan peningkatan pengetahuan dan pemahaman pasien tentang proses penyakit

Intervensi:

- a) Pengajaran proses penyakit: membantu pasien dalam memahami informasi yang dibutuhkan yang berhubungan dengan proses timbulnya penyakit secara khusus;
 - b) memfasilitasi pasien dalam penggunaan pelayanan kesehatan yang tepat;
 - c) pengajaran individu: perencanaan, implementasi dan evaluasi penyusunan program pengajaran yang dirancang untuk kebutuhan khusus pasien;
 - d) memberikan pengajaran sesuai dengan tingkat pemahaman pasien, mengulangi informasi bila perlu;
 - e) pengajaran dapat dilakukan dengan demonstrasi dan secara verbal serta umpan balik tertulis.
- 5) Manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan kurang dukungan sosial, kehilangan kepercayaan terhadap regimen atau personel kesehatan

Tujuan :

- a) menunjukkan perilaku patuh;
- b) menunjukkan partisipasi;
- c) mengikuti program kesehatan yang ditentukan;

- d) mengembangkan dan mengikuti rencana untuk mencapai program terapeutik.

Kriteria hasil: pengetahuan program pengobatan: tingkat pemahaman tentang pengobatan yang disampaikan spesifik

Intervensi:

- a) modifikasi perilaku: peningkatan perubahan perilaku;
 - b) bantu pasien untuk mengidentifikasi hambatan yang mengganggu ketaatan pada program terapeutik berikan informasi tentang penyakit, komplikasi dan penanganan yang dianjurkan;
 - c) berikan latihan dan dukungan untuk memotivasi kepatuhan pasien yang kontinu terhadap terapi;
 - d) bantu pasien untuk mengembangkan rencana yang realistis untuk mencapai kepatuhan pada program pengobatan;
 - e) lakukan kolaborasi dengan pemberi perawatan kesehatan yang lain untuk menentukan bagaimana untuk modifikasi program kesehatan tanpa membahayakan program kesehatan.
- 6) Cemas berhubungan dengan faktor fisiologis.

Tujuan :

- a) ansietas berkurang;
- b) menunjukkan kontrol ansietas.

Kriteria hasil:

- a) kontrol agresi : kemampuan untuk menahan perilaku kekerasan atau perilaku destruktif pada orang lain;

- b) kontrol ansietas : kemampuan untuk mengurangi atau menghilangkan perasaan khawatir;
- c) koping : tindakan untuk mengatasi stressor yang membebani individu;
- d) ketrampilan interaksi sosial : penggunaan diri untuk melakukan interaksi yang efektif.

Intervensi:

- a) pengurangan ansietas : meminimalkan kekhawatiran, ketakutan, gelisah yang dikaitkan dengan sumber masalah yang tidak dapat diidentifikasi.;
- b) pendidikan kesehatan pada pasien/ keluarga : instruksikan pada pasien tentang penggunaan teknik relaksasi, sediakan informasi terkait dengan diagnosis penyakit, perawatan dan prognosis penyakit, kembangkan rencana pengajaran dengan tujuan yang realistis, termasuk untuk kebutuhan dukungan dan pujian dari tugas yang dipelajari;
- c) beri dorongan pada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan terhadap intervensi keperawatan yang telah disusun oleh perawat sesuai dengan kondisi pasien.

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan pada tahap akhir setelah implementasi keperawatan dilakukan kepada pasien. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk membandingkan hasil yang telah dicapai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi keperawatan dikatakan berhasil jika pasien menunjukkan perilaku yang

sesuai dengan tujuan untuk masing-masing diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan dikatakan tercapai sebagian jika pasien menunjukkan perilaku tetapi tidak sebaik yang ditentukan dalam pernyataan tujuan. Evaluasi keperawatan dikatakan belum tercapai jika pasien tidak menunjukkan perilaku yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dibagi dalam dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif terjadi secara periodic selama dilakukannya perawatan, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan pada akhir yaitu pada saat pemulangan, dipindahkan ke tempat lain, atau pada akhir kerangka waktu tertentu (Iyer *et al.*, 2004).

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah persepsi individu dalam hidup yang dapat ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai individu yang berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian. Hal tersebut merupakan konsep yang terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik seseorang, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan individu terhadap lingkungan (WHO, 1997). Menurut Polonsky (2000, dalam Yusra, 2010) kualitas hidup adalah perasaan individu mengenai kesehatan dan kesejahteraannya yang meliputi fungsi fisik, fungsi psikologis dan fungsi sosial.

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien DM tipe 2 meliputi:

a. Usia

Sebagian besar pasien DM adalah dewasa dengan usia lebih dari 40 tahun.

Hal tersebut disebabkan resistensi insulin pada DM tipe 2 akan cenderung meningkat pada usia 40-65 tahun (Smeltzer & Bare, 2001; Yusra, 2010).

b. Jenis Kelamin

Penelitian Gautam *et al.* (2009) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup wanita dan laki-laki. Wanita memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan laki-laki.

c. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan berkaitan erat dengan pengolahan pengetahuan serta pengolahan informasi yang didapatkan. Berdasarkan penelitian Stipanovic (2002 dalam Yusra, 2010) didapatkan bahwa pendidikan merupakan faktor penting pada pasien DM untuk bisa memahami dan melakukan pengelolaan secara mandiri.

d. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi berkaitan dengan pendapatan yang diterima oleh responden. Berdasarkan penelitian Rubin (2000) dalam Yusra (2010) membuktikan bahwa sosial ekonomi yang rendah dapat menjadi prediktor rendahnya kualitas hidup pasien DM tipe 2.

e. Lama Menderita DM

Lama menderita DM menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien DM. Reid & Walker (2009) dalam Yusra (2010) menyatakan bahwa lama menderita DM berhubungan dengan tingkat kecemasan yang akan berakibat terhadap penurunan kualitas hidup pasien DM.

f. Komplikasi Akibat DM

Komplikasi akut ataupun kronis yang dialami oleh pasien DM akan merupakan masalah yang serius. Komplikasi tersebut dapat meningkatkan ketidakmampuan pasien secara fisik, psikologis, dan sosial. Gangguan fungsi dan perubahan tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM tipe 2 (Yusra, 2010).

2.2.3 Pengukuran Kualitas Hidup

Banyak instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup. WHO (1997) menjelaskan bahwa pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100) dan *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF). Struktur WHOQOL-100 memiliki enam domain yaitu (a) kesehatan fisik; (b) psikologis; (c) tingkat aktivitas; (d) hubungan sosial; (e) lingkungan; dan (f) spiritualitas/ agama/ kepercayaan. WHOQOL-BREF merupakan instrumen untuk mengukur kualitas hidup yang merupakan versi singkat dari WHOQOL-100.

WHOQOL-BREF terdiri dari empat domain. Struktur dari WHOQOL-BREF merupakan gabungan dari beberapa domain yang terdapat pada WHOQOL-100. Domain yang digabungkan adalah domain 1 dan 3, dan juga penggabungan domain 2 dan 6, sehingga menciptakan empat domain kualitas hidup yaitu (a) kesehatan fisik; (b) psikologis; (c) hubungan sosial; dan (d) lingkungan (WHO, 1997).

Kualitas hidup pada pasien DM dapat diukur dengan *Diabetes Quality of Life* (DQOL). DQOL merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengevaluasi kualitas hidup yang berhubungan dengan DM (Rahman, 2010). Berdasarkan Burroughs *et al.* (2004) kuesioner DQOL dapat digunakan pada pasien DM tipe 1 ataupun tipe 2. Indikator dari kualitas hidup ini terdiri dari (a) kesehatan fisik; (b) psikologis; (c) hubungan sosial; dan (d) lingkungan. Sub indikator dari kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 2.1.

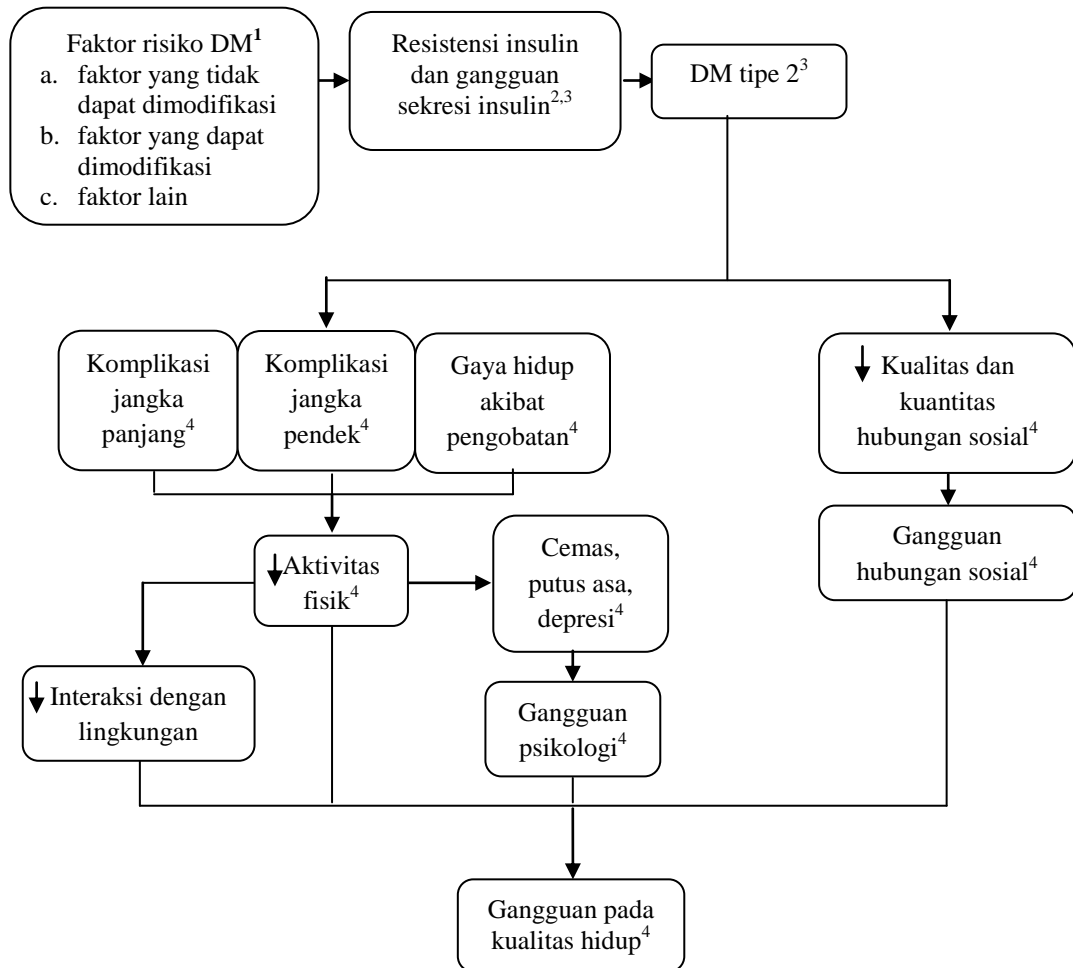
Tabel 2.1 Indikator dan Sub Indikator Kualitas Hidup

Indikator	Sub Indikator
Kesehatan Fisik	a. ADL (<i>Activities of Daily Living</i>) b. ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis c. energi dan kelelahan d. mobilitas e. nyeri dan ketidaknyamanan f. tidur dan istirahat g. kemampuan bekerja
Psikologis	a. gambaran diri dan penampilan b. perasaan negatif c. perasaan positif d. harga diri e. spiritualitas/agama/kepercayaan f. berpikir, belajar, ingatan (memori) dan konsentrasi
Hubungan sosial	a. hubungan personal b. dukungan sosial c. aktivitas seksual
Lingkungan	a. sumber pendapatan b. kebebasan, keamanan secara fisik c. kesehatan dan perawatan sosial: aksesibilitas dan kualitas d. lingkungan rumah e. peluang untuk mendapatkan informasi baru dan keterampilan f. partisipasi dan peluang untuk rekreasi g. lingkungan fisik (polusi/bising/lalu lintas/ iklim) transportasi

Sumber: WHOQOL-BREF (1996)

Instrumen ini terdiri dari dua kelompok pertanyaan yaitu tentang kepuasan yang dirasakan pasien mengenai penyakit dan pengobatannya, dan kelompok kedua yaitu mengenai dampak yang dirasakan oleh pasien akibat penyakit DM (Yusra, 2010). Berdasarkan penelitian *The DCCT Research Group* (1988), hasil uji validitas DQOL pada sampel sebanyak 192 adalah $r = 0,66-0,92$, sedangkan hasil dari uji reabilitas dari DQOL adalah $r = 0,78-0,92$. Uji validitas juga dilakukan oleh Yusra (2011) di Indonesia dan hasil yang didapatkan adalah $r = 0,428-0,851$, sedangkan hasil uji reabilitas pada kuesioner DQOL oleh Yusra yaitu $r = 0,963$.

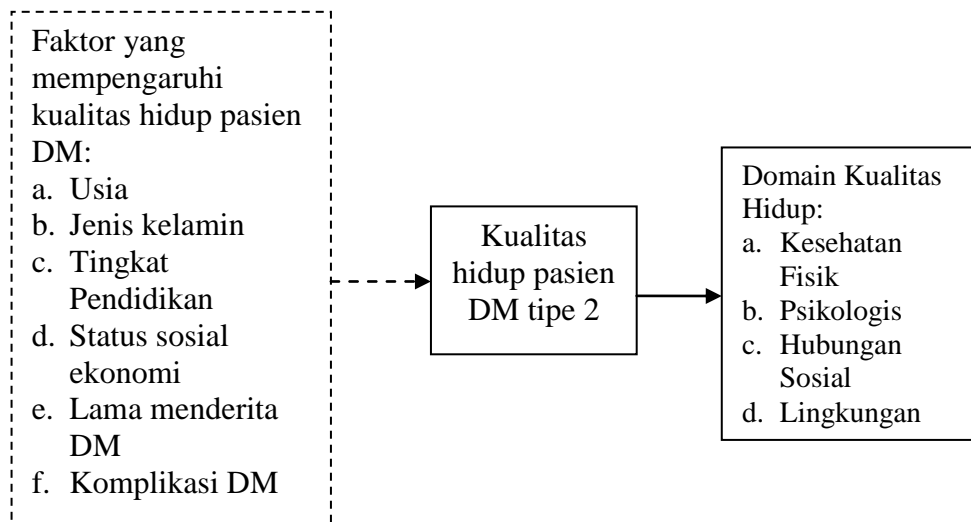
2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Kerangka teori penelitian (adaptasi dari ¹PERKENI, 2011; ²Mansjoer *et al.*, 2000; ³Smeltzer & Bare, 2001; ⁴Polonsky, 2000;

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan:

□ = diteliti

□ (dashed) = tidak diteliti

→ = diteliti

- - - - -> = tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian