Kode/Nama Rumpun Ilmu : 371/Keperawatan

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI

EFEKTIVITAS MODEL PERAWATAN BERKELANJUTAN DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP SISWA PENYANDANG *JUVENILE DIABETES*

TIM PENELITI

Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid	196105251984022001	Ketua
Dra.Atin Karjatin MKes	196109061986032016	Anggota
Lia Herliana, SKep, Ners, MKep	197304141997032001	Anggota

POLITEKNIK KESEHATAN BANDUNG

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

TAHUN 2018

PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI

Judul Penelitian	**Efektivitas Model Perawatan Berkelanjutan Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Siswa Penyandang *Juvenile Diabetes***	
Kode/Nama Rumpun Ilmu	**371/Keperawatan**	
Ketua Peneliti		
Nama Lengkap	Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid	
NIP	196105251984022001	
Jabatan Fungsional	Lektor Kepala/ IVC	
Program Studi	Keperawatan	
Nomor HP	08112312505	
Alamat Surel	Hotma_rumahorbo@yahoo.com	
Anggota Peneliti (1)		
Nama Lengkap	Dra.Atin Karjatin MKes	
NIP	196109061986032016	
Perguruan Tinggi	Poltekkes Kemenkes Bandung	
Anggota Peneliti (2)		
Nama Lengkap	Lia Herliana, SKep, Ners, MKep	
NIP	197304141997032001	
Perguruan Tinggi	Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya	
Alamat	Jalan Pajajaran N0.56 Bandung	
Penanggung Jawab	Direktur Poltekkes Kemenkes Bandung	
Tahun pelaksanaan/Lama	2018/10 bulan	
Biaya Penelitian Keseluruhan	Rp 99.970.000	
Sumber Dana Penelitian	PPSDM	Rp 99.970.000

	Dana Internal PT	Rp -
	Dana Institusi Lain	Rp -
	Inkind	-

Bandung, November 2018

Ketua Tim Peneliti

Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid

NIP. 196105251984022001

Mengesahkan,

Direktur Poltekkes Kemenkes Bandung

Dr. Ir. Osman Syarief, MKM

NIP. 196008061983121002

PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI

Judul Penelitian	**Efektivitas Model Perawatan Berkelanjutan Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Siswa Penyandang *Juvenile Diabetes***
Kode/Nama Rumpun Ilmu	**371/Keperawatan**
Ketua Peneliti	
Nama Lengkap	Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid
NIP	196105251984022001
Jabatan Fungsional	Lektor Kepala/ IVC
Program Studi	Keperawatan
Nomor HP	08112312505
Alamat Surel	Hotma_rumahorbo@yahoo.com
Anggota Peneliti (1)	
Nama Lengkap	Dra.Atin Karjatin MKes
NIP	196109061986032016
Perguruan Tinggi	Poltekkes Kemenkes Bandung
Anggota Peneliti (2)	
Nama Lengkap	Lia Herliana, SKep, Ners, MKep
NIP	197304141997032001
Perguruan Tinggi	Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Alamat	Jalan Pajajaran N0.56 Bandung
Penanggung Jawab	Direktur Poltekkes Kemenkes Bandung

Tahun pelaksanaan/Lama	2018/10 bulan	
Biaya Penelitian Keseluruhan	Rp 99.970.000	
Sumber Dana Penelitian	PPSDM	Rp 99.970.000
	Dana Internal PT	Rp -
	Dana Institusi Lain	Rp -
	Inkind	-

Bandung, November 2018

Mengetahui,

Ka.Bidang Penyelenggaraan Pendidikan
Pusat Pendidikan SDM Kesehatan

Dra. Trini Nurwati, MKes
NIP.196111101986603202 2

Ketua Tim Peneliti,

Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid
NIP. 196105251984022001

Mengesahkan,

Kepala Pusat Pendidikan SDM Kesehatan

H. Sugiyanto, SPd, M.App.Sc
NIP. 196607221989031002

Ringkasan

Juvenile Diabetes (JD) adalah diabetes tipe I atau *insulin dependent diabetes mellitus* (IDDM), terjadi pada masa kanak-kanak, bersifat herediter disebabkan oleh reaksi *autoimmune* pada sel betha pancreas. Kerusakan sel betha pancreas menyebabkan ketiadaan insulin yang berakibat pada peningkatan kadar glukosa darah, yang dapat menyebabkan komplikasi akut dan kronis. Komplikasi akut yang umum berupa ketoasidosis yang sangat berbahaya dan secara kronis menimbulkan komplikasi seperti penyakit jantung koroner, gagal ginjal, hipertensi, stroke, kebutaan dan luka gangren yang dapat berdampak pada amputasi. Sekalipun data tentang penyandang JD di Indonesia belum tersedia, namun diperkirakan jumlah kasus sebesar 5-10% dari jumlah kasus diabetes. Saat ini prevalensi kasus diabetes secara nasional 5,7% dan Jawa barat 5,4%. Jadi diperkirakan angka JD mencapai 0,2-0,26%. Kejadian JD pada masa kanak-kanak terbanyak dialami oleh anak usia 14-16 tahun, yaitu siswa kelas 8-9 meskipun beberapa kasus dijumpai pada anak dibawah usia 1 tahun. Penyandang JD memerlukan suntikan insulin secara rutin setiap hari, pengawasan komplikasi, keseimbangan pola makan dan pola aktifitas dan dukungan psikologiksosial yang optimal yang akan menentukan kualitas hidup penyandang JD. Kesemuanya itu merupakan perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan oleh penyandang JD khususnya *provider* kesehatan baik perawat maupun dokter. Penelitian ini bertujuan mengembangkan model perawatan berkelanjutan bagi penyandang JD yang efektif meningkatkan kualitas hidup penyandang JD. Penelitian dilakukan dalam 2 tahap yaitu pengembangan model dan uji coba dan validasi model. Dalam 12 minggu akan dilakukan pengembangan model dengan studi literature dan kajian *feasibilitas* di lapangan dilanjutkan dengan uji coba dan validasi model selama 18 minggu menggunakan kuasi eksperimen dengan kelompok kontrol dengan besar sampel 24 orang. Analisis dengan bivariat dengan uji T dan multivariat dengan regresi linier ganda.

Kata kunci : model perawatan berkelanjutan, kualitas hidup, Juvenile Diabetes

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Juvenile Diabetes (JD) adalah diabetes tipe I atau *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) yang terjadi pada masa kanak-kanak, bersifat herediter disebabkan oleh reaksi *autoimmune* pada sel betha pancreas [1]. Kerusakan sel betha pancreas menimbulkan ketiadaan insulin sehingga menimbulkan hiperglikemi dan komplikasinya. Penyandang JD membutuhkan suntikan insulin, pengaturan pola makan dan latihan fisik serta kondisi emosional yang selalu harus terjaga [2] agar glukosa darah tetap seimbang dan terhindar dari komplikasi akut yang mengancam. Komplikasi akut seperti hipoglikemia dan diabetik ketoasidosis merupakan ancaman terbesar bagi penyandang JD [3]. Data dari RSHS menunjukkan hampir seluruh penyandang JD datang ke unit gawat darurat dalam kondisi ketoasidosis sehingga penyandang JD harus menjalani perawatan intensif. Disamping itu, munculnya komplikasi kronis seperti penyakit jantung koroner, hipertensi, stroke, gangguan saraf, gagal ginjal, kebutaan [3] juga menjadi ancaman bagi penyandang JD. Dampak penyakit bukan hanya terhadap kerusakan organ tubuh tetapi juga berdampak terhadap kondisi psikologik-sosial. Penyandang JD dapat mengalami harga diri rendah, merasa terisolasi dan didiskriminasi oleh lingkungannya, yang kesemuanya akan memicu timbulnya depresi bahkan *suicide* (percobaan bunuh diri) [7]. Prevalensi gangguan psikiatrik yang terjadi pada penyandang diabetes berupa kecemasan 21%, menarik diri 7%, depresi 5,5% dan depresi berkepanjangan 3,5% serta risiko suicide 2%. Dari keseluruhan kasus, 42,5% mengalami gangguan psychiatric lebih dari satu. Kasus terbesar dijumpai pada DM tipe I termasuk didalamnya adalah penyandang JD [8]. Anak dengan diabetes memiliki prevalensi depresi dua kali lipat lebih besar, dan remaja hingga tiga kali lipat lebih besar daripada remaja tanpa diabetes[4]. Depresi pada anak dan remaja dengan diabetes berkorelasi dengan kondisi kesehatan yang buruk, kontrol glukosa darah dan kekambuhan komplikasi Ketoasidosis [5a] Gangguan psikologik menjadi penyulit bagi penyandang diabetes melaksanakan pengobatan dan aktivitas yang dianjurkan [1]

Meskipun secara statistik belum tersedia data di Indonesia yang dapat menunjukkan besaran kejadian JD namun perkiraan kejadian DM tipe I sebesar 5%-10% dari kejadian

DM keseluruhan [4]. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan peningkatan proporsi diabetes, toleransi glukosa terganggu (TGT), glukosa darah puasa (GDP) dibandingkan hasil Riskesdas 2007 [6]. Penelitian yang dilaporkan oleh Sutan-Assin, Rukman, Batubara, angka prevalensi JD di Indonesia mencapai 0,2-0,26% dengan rata-rata usia 6-20 tahun dan 40% penyandang mengalami ketoasidosis lebih dari satu kali. Sebagian besar adalah anak dengan orang tua social ekonomi rendah [7]. Dari anak yang akhirnya meninggal penyebab utama adalah infeksi berat dan pengobatan yang tidak adekuat.

Diabetes pada masa kanak-kanak sebagian besar mulai menunjukkan tanda dan gejala yang bermakna pada usia 14-16 tahun. Data yang diperoleh dari ruang perawatan penyakit dalam Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) Bandung, selama tahun 2013 terdapat 10 orang penyandang JD yang pernah dirawat dengan usia 9-14 tahun; data dari Poli Endokrin anak dari Januari 2013 sampai Maret 2014 terdapat 19 orang penyandang JD dan tahun 2017 terjadi penurunan jumlah penyandang JD yang berkunjung menjadi 18 orang.

Centres for Disease Control and Prevention (*CDC*, 2014) mengatakan penyandang JD memerlukan penanganan khusus [2], secara khusus lagi bila penyandang JD duduk di bangku sekolah. Penanganan khusus difokuskan pada perawatan berkelanjutan (*continuity care*) yang harus diperoleh terkait dengan penyuntikan insulin yang rutin setiap hari, diit dan latihan fisik seimbang, pemeriksaan kesehatan rutin, serta keseimbangan emosional dan pengelolaan stress yang optimal. Beberapa alasan perlunya penanganan khusus bagi penyandang JD antara lain penyakit diabetes merupakan penyakit yang serius dan fatal bila tidak dikelola secara optimal, komplikasi akut dan kronis yang sangat mengancam masa depan penyandang JD, penyakit kronis pada masa transisi kehidupan memungkinkan gangguan konsep diri yang akan mempengaruhi anak memandang masa depannya.

Di Indonesia khususnya di Jawa Barat, program perawatan berkelanjutan penyandang JD belum dijumpai. Program pelayanan khusus bagi masyarakat yang berpenyakit kronis yang disebut PROLANIS sudah dikembangkan di berbagai Puskesmas di Indonesia khususnya di Jawa Barat. Meskipun Prolanis diperuntukkan juga bagi penyandang JD namun faktanya penyandang JD melakukan pemeriksaan dan kontrol langsung ke RS. Wawancara dengan dokter dan perawat di Puskesmas bahwa perawatan penyandang JD seperti pasien lainnya mendapat insulin dan pemeriksaan darah. Wawancara dengan orang tua penyandang JD tidak memperoleh penjelasan khusus dan berkesinambungan tentang kondisi dan kebutuhan

perawatan serta seringnya anak tidak masuk sekolah, prestasi menurun dan kegiatan sosial anakpun berkurang. Wawancara dengan guru dibeberapa sekolah diperoleh data tentang adanya siswa yang menderita diabetes namun belum diketahui jelas tentang penyakit dan gejalanya serta bagaimana penanganan bila terjadi sesuatu pada anak.

Kebutuhan pengobatan yang utama ditujukan pada mencukupkan kebutuhan insulin dalam mendukung metabolisme tubuh. Terapi farmakologis pada penyandang JD berupa pemberian insulin setiap hari sepanjang kehidupan disertai pengaturan makan dan latihan jasmani serta pengelolaan kondisi psikologis secara optimal. Monitoring dan pemantauan kesehatan yang teratur dan rutin merupakan kebutuhan mendasar lainnya. Kebutuhan perawatan penyandang JD merupakan kebutuhan perawatan rutin yang diperoleh secara berkelanjutan. Perawatan berkelanjutan penyandang JD meningkatkan kualitas hidup [ ], ditopang oleh hubungan dan komunikasi yang optimal orang tua dan provider kesehatan, menajemen kasus yang berkesinambungan dan kemudahan penyandang JD dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan [ ].

Perawatan penyandang JD berupa perawatan berkelanjutan (*continuity care*) merupakan kebutuhan yang sangat mendasar. Perawatan berkelanjutan penyandang JD adalah proses dimana penyandang JD dan tenaga kesehatan khususnya perawat atau dokter bekerjasama dalam mengelola perawatan kesehatan penyandang JD agar diperoleh kualitas hidup yang optimal dan pembiayaan kesehatan yang efisien.[9,10] . Kualitas hidup bagi penyandang JD amatlah penting dalam mendukung optimalisasi perannya sebagai anggota keluarga yang produktif baik di sekolah maupun dalam keluarga sehingga tujuan, harapan dan keinginannya dapat tercapai. Hal ini sesuai dengan definisi yang dirumuskan oleh WHO (2004), *quality of life as 'an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns* [11].

Di Indonesia, model perawatan berkelanjutan bagi penyandang JD belum di jumpai. Rumahorbo (2012) mengembangkan model SESAMA dalam membantu penyandang prediabetes mengelola pola makan dan latihan fisik agar terhindar dari diabetes. Model ini mensinergikan perawat puskesmas, kader kesehatan dan penyandang prediabetes dalam mengelola pola hidup sehingga keseimbangan glukosa darah optimal.[12]

Dalam berbagai jurnal terdapat beberapa model perawatan berkelanjutan bagi pasien berpenyakit kronis termasuk pasien diabetes. Freeman dan Huges (2010) mendefinisikan perawatan berkelanjutan berdasarkan dimensi hubungan dan dimensi pengelolaan kasus [13] ; Ontario (2013) mendefinisikan perawatan berkelanjutan dari 3 dimensi yaitu keberlanjutan informasi (*informational continuity),* manajemen kasus yang berkelanjutan *(management contuinuity)* dan hubungan yang berkelanjutan antara pasien dan petugas kesehatan *(relational continuity) [14]*

WHO (2002) dalam *The Innovative Care for Chronic Condition (ICCC) framework* menegaskan kualitas perawatan berkelanjutan bagi penyandang penyakit kronis melibatkan pasien dan keluarganya, masyarakat, tim kesehatan dan pengambil kebijakan [13]. Pada tingkat pelaksana, kerjasama pasien dan keluarga, masyarakat partner dan tim kesehatan dapat terbangun dengan baik melalui persiapan yang baik, motivasi, informasi dan komitmen untuk bekerja bersama-sama. Kerjasama juga perlu didukung oleh organisasi pelayanan kesehatan dan organisasi masyarakat yang dapat memberi iklim yang optimal bagi keberlangsungan kerjasama. Penggunaan model *ICCC Framework* efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien [13], menurunkan biaya kesehatan dan meningkatkan berbagai faktor dalam pemberdayaan pasien [14] serta menurunkan berat badan pada pasien kegemukan dan memberi dampak positif perawatan penyandang diabetes .

Keluarga sebagai bagian yang tak terpisahkan dari kehidupan penyandang JD menjadi bagian yang penting merawat dan mendidik serta menghadirkan lingkungan yang menunjang kondisi kesehatan anak [16]. Hasil wawancara dengan orang tua penyandang JD menunjukkan pemahaman yang kurang dalam merawat dan menciptakan lingkungan yang kondusif dalam mendukung penyandang JD menjalani aktifitas seperti layaknya anak sehat.. Intervensi edukasi dapat meningkatkan kontribusi keluarga dalam penanganan penyandang JD [23] . Konflik keluarga terkait diabetes pada anak merupakan prediktor kuat terhadap kualitas hidup penyandang JD [21]

Dengan mempertimbangkan berbagai hal tersebut diatas, maka perlu dikembangkan model perawatan berkelanjutan bagi penyandang JD dengan mempertimbangkan berbagai faktor baik faktor penyandang JD, keluarga dan *provider* kesehatan.. Model ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup penyandang JD.

Model yang akan dihasilkan akan menjadi model perawatan berkelanjutan bagi penyandang JD, **pertama dan satu-satunya** di Indonesia karena selama ini belum pernah ada. Menjadi temuan baru dalam peningkatan ilmu pengetahuan dan tekhnologi penanganan penyandang JD. Model ini juga akan menjadi masukan bagi pihak terkait dalam menyusun berbagai kebijakan terkait pelayanan bagi penyandang JD. Model diperoleh. melalui *mix method* dengan menggabungkan penelitian kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kualitatif dilakukan dengan studi literatur dan uji feasibilitas lapangan untuk menghasilkan rancangan model. Dengan kuasi eksperimen rancangan model akan diuji efektivitasnya dalam meningkatkan kualitas hidup penyandang JD.

B. Masalah Penelitian

Juvenile Diabetes (JD) merupakan Diabetes tipe 1 yang terjadi pada masa kanak-kanak dan remaja, disebabkan oleh reaksi auto-immun yang merusak sel beta Pankreas sehingga menimbulkan hiperglikemia. JD dapat mengancam hidup pasien karena secara akut dapat menimbulkan ketoasidosis dan secara kronis menimbulkan gangguan jantung, kerusakan ginajal, hipertensi dan kebutaan. JD merupakan penyakit kronik yang bersifat herediter yang *onset*nya terjadi di usia muda. Diabetes tidak dapat disembuhkan namun dapat dikendalikan melalui kontrol glukosa darah, pengelolaan penyakit termasuk penyuntikan insulin dan pemeriksaan kesehatan yang rutin. Bagi penyandang JD, penyakit diabetes yang dideritanya tidak saja berdampak secara fisik tetapi juga psikologik social. yang berdampak luas terhadap kualitas hidupnya. Oleh karena itu, siswa penyandang JD memerlukan perawatan berkelanjutan yang efektif dapat meningkatkan kualitas hidupnya, namun hingga saat ini di Indonesia dan khususnya di Jawa Barat belum ditemukan.

Dengan demikian, rumusan masalah penelitian adalah bagaimana efektivitas model perawatan berkelanjutan terhadap peningkatan kualitas hidup siswa penyandang Juvenile Diabetes di Jawa Barat?

BAB 2. TINJAUAN LITERATUR

A. Diabetes Melitus dan *Juvenile Diabetes*

Diabetes Melitus adalah suatu sindrom gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia sebagai akibat defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya aktivitas biologis insulin atau keduanya **[1].** Diabetes merupakan masalah kesehatan yang serius yang dihadapi banyak negara. Saat ini, Indonesia menempati urutan ke-empat jumlah penyandang diabetes terbanyak setelah Amerika Serikat, China dan India. Dari banyak studi, diabetes merupakan penyakit kronik yang dapat menimbulkan komplikasi serius seperti penyakit jantung koroner, stroke, hipertensi, gagal ginjal, kebutaan dan amputasi.. Lebih kurang 65 % kematian pada Diabetes disebabkan oleh penyakit Jantung dan Stroke; risiko penyandang Diabetes untuk menjadi Stroke 2-4 kali lebih tinggi serta risiko kematian penyandang stroke dengan diabetes 2,8 kali lebih tinggi dibandingkan yang tidak mengalami diabetes [18].. Diabetes juga merupakan penyebab utama gagal ginjal [17]. Pada tahun 2005 di AS, 44% kasus baru gagal ginjal stadium akhir disebabkan diabetes, dan sebagian besar hidup dengan hemodialisa atau transplantasi ginjal. Diabetis Retinopati merupakan penyebab munculnya 12.000-24.000 kasus baru kebutaan setiap tahunnya dan merupakan penyebab utama kebutaan pada kelompok usia 20-74 tahun. Lebih dari 60 % penyandang yang mengalami amputasi non traumatik terjadi pada penyandang Diabetes. Kejadian amputasi pada penyandang Diabetes 10 kali lebih tinggi dibandingkan pada yang bukan Diabetes [19].

Diabetes Melitus dapat dibedakan atas diabetes tipe I (DMT1) dan diabetes tipe 2 (DMT2), diabetes gestasional dan diabetes tipe lainnya. Diabetes merupakan penyakit kronis yang tidak dapat sembuh namun dapat dicegah [1]. DMT1 atau Diabetes "*Juvenile Onset*" atau *Insulin Dependent* merupakan jenis diabetes yang tanda dan gejala muncul pada usia remaja, membutuhkan insulin sepanjang hayat, menimbulkan komplikasi akut yang mengancam hidup berupa ketoasidosis. Meskipun insidensi JD relatif kecil dibandingkan jenis diabetes lainnya namun penyandang JD selayaknya ditangani secara khusus [2]. Terkait penyebab, 95% JD disebabkan oleh *autoimun* dan sebagian lainnya idiopatik [1]

B. Penanganan Juvenile Diabetes

Dari aspek patofisiologis, baik JD dan DMT2 menimbulkan ketidakseimbangan glukosa darah akibat ketidakadekuatan jumlah atau produksi insulin. Organ pankreas pada penyandang JD tidak memproduksi insulin sehingga harus menerima suntikan insulin tiap hari selama hidupnya [20]. Insulin sangat penting karena berfungsi untuk mengendalikan kadar glukosa dalam darah. Kadar glukosa darah yang terlalu tinggi dapat mengakibatkan kerusakan serius pada organ-organ tubuh karena itu sejumlah komplikasi dapat terjadi jika glukosa darah tidak dikendalikan dengan baik. Selain memperoleh suntikan insulin, penyandang JD juga harus menjaga kadar glukosa darah agar tetap seimbang dengan mempertahankan pola makan yang sehat, berolahraga teratur, menjaga keseimbangan psikologis, dan pemeriksaan glukosa darah secara rutin.

Berbagai gejala dan tanda penting yang harus dikenali oleh penyandang JD antara lain nafsu makan yang meningkat, sering merasa haus, sering kelelahan, sering buang air kecil, terutama di malam hari, berkurangnya massa otot dan turunnya berat badan [20]

Penanganan JD bertujuan untuk menjaga keseimbangan kadar glukosa darah dan mengendalikan gejala untuk mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Penyandang JD harus mampu mengelola berbagai hal terkait dengan penatalaksanaan penyakit seperti penyuntikan insulin, pengaturan pola makan, pengaturan pola aktivitas fisik, pemeriksaan glukosa darah, pemeriksaan kesehatan secara rutin serta pengelolaan stress yang efektif. Pola makan seimbang dan latihan fisik rutin dan teratur dapat menurunkan kadar glukosa darah penyandang JD [1].

Penyandang JD membutuhkan perawatan khusus yang berbeda dengan pasien DM usia dewasa. Perbedaan ini disebabkan oleh kematangan emosi dan kemampuan berfikir Egoisme pada anak dan remaja merupakan sifat dan karakter yang dominan [21] yang akan mempengaruhi perilaku kesehariannya sehingga dibutuhkan orang dewasa yang dapat membimbing dan mengarahkan penyandang JD sehingga pola hidup dan pengobatan dapat dilaksanakan sesuai program terapi. Orang dewasa di lingkungan penyandang JD antara lain orang tua dan guru sehingga pemahaman yang baik sangat dibutuhkan.

C. Model Perawatan Penyandang Diabetes

Di negara maju, beberapa model perawatan bagi penyandang berpenyakit kronis telah dikembangkan yang juga digunakan bagi para penyandang Diabetes, antara lain:

1. Model Promotora

Model Promotora disebut juga *Community health worker* (CHW) *model,* merupakan model yang dibangun dari kehadiran seorang anggota masyarakat yang terlatih dan bertugas untuk menjangkau masyarakat dan menyampaikan pesan pencegahan dan promosi kesehatan. Pada tahun 1978 WHO melalui deklarasi Alma Alta menetapkan"*promotora"*sebagai satu strategi kunci dalam pelayanan kesehatan dasar pada masyarakat [22](WHO, 1998) yang kemudian pada konferensi sehat untuk semua di tahun 2000, WHO memperkuat kembali posisi promotora, …. "*as one of the cornerstone of comprehensive health care* " (UCSF Center For the health Professions, 2004 ; Community Health workers and Promotores in California, 2007). Keberhasilan model promotora didukung oleh hadirnya seorang promotora sebagai bagian dari masyarakat, berperan sebagai diseminator, agen perubahan dan mediator yang efektif bagi peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Menurut *UCSF* (2009)," *A promotora is someone that is working in the community and comes from within the community* ". Promotora yang adalah anggota masyarakat, yang kesehariannya bergaul dengan masyarakat, berkomunikasi dengan kultur dan bahasa yang sama. Promotora juga memahami kebutuhan masyarakatnya dan dengan budaya yang sama promotora dapat dengan mudah berinteraksi dengan masyarakat dan menyampaikan informasi kesehatan dan hal ini menjadi kekuatan dari model. Promotora memiliki posisi strategis di tengah-tengah masyarakat yang memungkinkan hubungan dan dinamika dengan masyarakat dapat terbangun dengan baik. Promotora bekerja sebagai agen pembaharu dalam kelompok budaya yang sama sehingga pesan promosi dan pencegahan penyakit dapat tersampaikan ke masyarakat. Dalam bidang pelayanan dan edukasi penyandang diabetes, penggunaan model promotora telah terbukti meningkatkan akses masyarakat dalam pelayanan kesehatan, peningkatan perilaku dalam perawatan diri, monitoring glukosa darah, gaya hidup, nilai Hb1AC serta menurunkan pembiayaan pelayanan kesehatan secara bermakna.

2. Model Perawatan Penyakit Kronik

Model Perawatan penyakit Kronik /*The Chronic Care Model (CCM)*, pengembangan model didorong oleh adanya kesadaran akan adanya kebutuhan yang berbeda pada pasien dengan penyakit akut dan penyakit kronik. CCM menunjukkan pergeseran sikap dari reaktif sebagai pendekatan penanganan penyakit akut ke suatu sistem yang memungkinkan informasi dapat disampaikan optimal kepada pasien. Dengan *CCM*, pasien berpenyakit kronis, proaktif berinteraksi dengan tim kesehatan dalam membangun kemampuan pengelolaan diri sehingga pasien mengubah kebiasaan menjadi suatu aktivitas yang dapat meningkatkan kualitas kesehatannya. Berbagai hasil penelitian menunjukkan efektivitas penggunaan model dalam meningkatkan kualitas hidup pasien[24].Selain meningkatkan kualitas hidup, *CCM* menurunkan biaya kesehatan dan meningkatkan berbagai faktor dalam pemberdayaan pasien [25]

3. Model Koalisi

Model koalisi (C*oalition Model*) dikembangkan oleh *CDC* melalui pembentukan *Pacific Diabetes Today Resource Center (PDTRC)* [26]. Strategi penting dalam model ini adalah membangun koalisi dalam masyarakat dengan pendekatan budaya. Penggunaan model koalisi dalam pemberdayaan penyandang diabetes menekankan pada kerjasama berbagai organisasi yang ada dalam masyarakat, saling memberi dukungan serta menjadi bagian penting dalam membangun kesehatan pasien.

4. Model Perawatan Berkelanjutan

Perawatan berkelanjutan (*Continuity Care)* bagi pasien berpenyakit kronis termasuk bagi penyandang diabetes mellitus telah banyak dikaji di negara maju.. Beberapa peneliti menggunakan dimensi yang berbeda dalam mendefenisikan perawatan berkelanjutan.

Freeman dan Huges (2010) mendefinisikan perawatan berkelanjutan berdasarkan dimensi hubungan dan dimensi pengelolaan kasus [26]. Dimensi hubungan atau relasi yang berkelanjutan disebut sebagai *relationship contuinity* artinya secara berkelanjutan pasien dan tenaga kesehatan menjalin hubungan yang terapetik ; dimensi pengelolaan kasus yang berkelanjutan disebut sebagai *management contuinity* artinya terbangun konsistensi dan keberlanjutan pengelolaan pasien termasuk pemberian informasi, perencanaan asuhan keperawatan, program terapi dan koordinasi kebutuhan perawatan. Hasil penelitian

dilaporkan bahwa perawatan berkelanjutan terbukti efektif meningkatkan kepuasan pasien, menurunkan biaya perawatan, dan kualitas hidup pasien yang lebih baik. Berbagai faktor berhubungan dengan perawatan berkelanjutan yang baik yaitu keyakinan yang berlanjut (*continuity belief)*, kontrol keluarga yang tinggi, ketersediaan tenaga kesehatan dan rating provider yang lebih baik. Sebaiknya yang menurunkan perawatan berkelanjutan yaitu jumlah kunjungan, usia pasien dan waktu kunjungan ke RS. Ketersediaan provider merupakan faktor terkuat meningkatnya kualitas keberlanjutan perawatan bagi penyandang JD [5a]

Ontario (2013) mendefinisikan perawatan berkelanjutan dari 3 dimensi yaitu keberlanjutan informasi (*informational continuity),* manajemen kasus yang berkelanjutan *(management contuinuity)* dan hubungan yang berkelanjutan antara pasien dan petugas kesehatan *(relational continuity[27]*. Keberlanjutan informasi diartikan sebagai tersedianya informasi tentang pasien pada semua tatanan dan setting pelayanan kesehatan. Keberlanjutan manajemen kasus dimaknai dengan tersedia **standard dan protokol** yang digunakan dalam perawatan pasien ,aksesibilitas pasien dalam memperoleh pelayanan serta kemudahan pasien membuat janji dengan tenaga kesehatan. Keberlanjutan hubungan diartikan sebagai hubungan terapetik yang terjalin antara pasien dan petugas kesehatan secara berkelanjutan.

Penelitian Van Walraven (2010), menunjukkan dampak positif perawatan berkelanjutan terhadap kondisi kesehatan dan meningkatkan kepuasan pasien [28]. Demikian pula pada tingkatan pelayanan dasar, perawatan berkelanjutan meningkatkan kualitas perawatan pada pasien berpenyakit kronik [29]. Perawatan berkelanjutan pada penyandang diabetes terbukti efektif mengurangi kunjungan ke RS; juga berdampak pada diabetes yang terkontrol, dapat mengurangi komplikasi diabetes sehingga pasien tidak memerlukan perawatan di RS serta dapat meningkatkan kualitas kualitas hidup pasien [28].

D. Kualitas Hidup Penyandang JD

Peningkatan kadar glukosa darah pada pasien diabetes berdampak luas pada kondisi kesehatan pasien mencakup kesehatan fisik, psikologi dan sosial yang akan menurunkan produktivitas kerja dan kualitas hidup pasien. Berbagai pembatasan yang harus dijalani oleh penyandang JD termasuk penyuntikan insulin dan pengendalian glukosa darah mempengaruhi kualitas hidup penyandang JD [415]. Kualitas hidup terkait kesehatan (*the health-related quality of life= HRQOL*) didefinisikan sebagai konstruksi multidimensional

yang dibangun dari persepsi pasien tentang dampak penyakit dan perawatan terhadap aspek kehidupan, termasuk aspek fisik, psikologis dan sosial [30,31]. WHO Quality of Life Group (WHOQOL Group) mendefenisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan pada konteks sistem nilai dan budaya dimana mereka tinggal dan mencapai tujuan, harapan, nilai yang menjadi satu kesatuan dalam kehidupannya yang akan mempengaruhi kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial dan keyakinan diri serta interaksinya dengan lingkungannya. Kualitas hidup terkait kondisi kesehatan atau *health-related quality of life (HRQOL)* merupakan presentasi perasaan, sikap atau kemampuan untuk mencapai kepuasan dalam domain kehidupan akibat kepentingan personal yang terganggu akibat proses penyakit atau *deficit* fungsi kesehatan. Kualitas hidup pasien diabetes rendah dibandingkan individu tanpa diabetes dan komplikasi yang terjadi merupakan dampak negatif tambahan terhadap kualitas hidup [ ] **112.** Disfungsi psikologik dan konflik dalam keluarga berhubunan dengan kondisi kesehatan penyandang JD [ ] **2716**

Penyandang JD adalah penderita diabetes tipe 1, sehingga dalam pengukuran kualitas hidup terkait penyakit diabetes yang dideritanya menggunakan instrument *HRQOL* pada anak dengan penyakit spesifik yaitu *The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) 4.0 Generic Core Scales [30,31], and the Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL) 3.0 diabetes Module*. Instrumen ini tepat digunakan untuk anak dan remaja yang mengintegrasikan skala inti generik dan modul khusus penyakit menjadi satu sistem pengukuran.Instrumen ini memiliki validitas dan reliabilitas yang baik [ ]1765. Instrumen Ini dirancang untuk pasien anak berusia antara 2 s.d 18 tahun, dan tersedia dalam versi laporan diri pasien dan versi laporan *proxy* untuk orang tua [31,32]...**631**

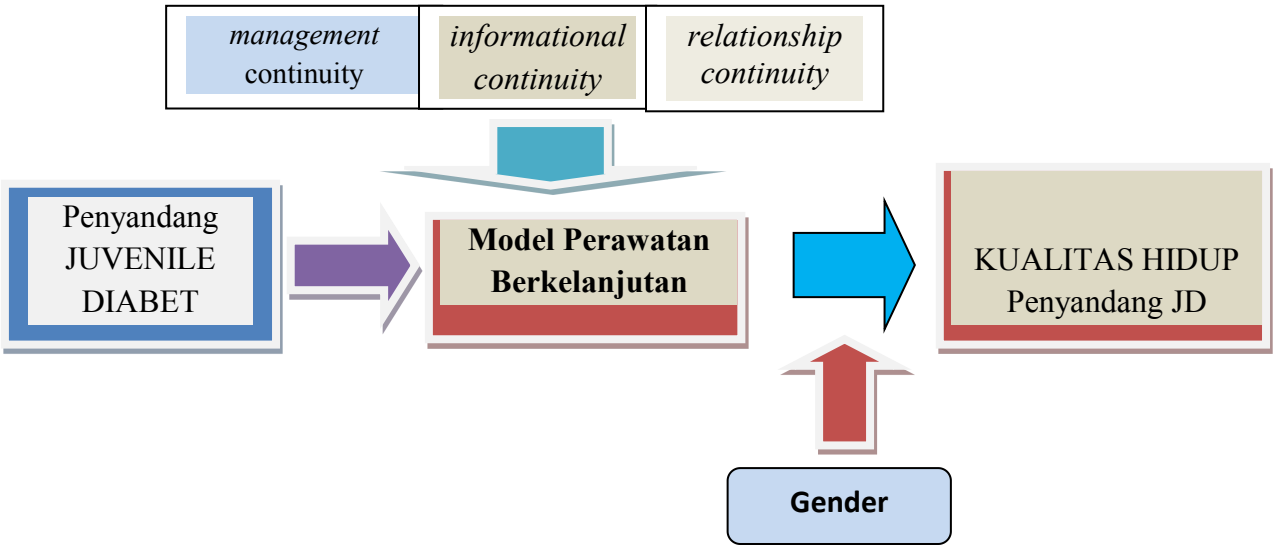
Instrumen PedsQL 4.0 inventory terdiri atas 23 item meliputi fungsi fisik (8 item), fungsi emosional (5 item), fungsi sosial (5 item) dan fungsi sekolah (5 item). Skala PedsQL terdiri dari laporan diri anak dan orang tua untuk anak usia 5-7, 8-12, dan 13-18 tahun. Laporan proxy orang tua mencakup anak usia 2-4 (balita), 5-7), 8-12 , dan 13-18 tahun.[ ]

Berbagai faktor mempengaruhi kualitas hidup penyandang JD adalah konflik dalam keluarga , jumlah anak dalam keluarga, depresi pada anak dan orang tua dan Hb A1C [ ] **94**. Beberapa penelitian menunjukkan ada korelasi jenis kelamin, status sosial ekonomi dan HbA1C mempengaruhi HRQOL [33,34]. Penyandang JD Wanita memiliki skor kualitas hidup yang

rendah dibandingkan pria; peningkatan HbA1C berkorelasi (negatif) dengan skor kualitas hidup penyandang JD.

E. Kerangka Konsep dan Hiptesa Penelitian

1. Kerangka Konsep



F. Hipotesa Penelitian

Dari berbagai konsep perawatan penyandang diabetes dan berbagai hasil penelitian terkait, hipotesa penelitian dirumuskan sebagai berikut:

1. Keberlanjutan informasional efektif meningkatkan kualitas hidup penyandang JD
2. Keberlanjutan relasional efektif meningkatkan kualitas hidup penyandang JD
3. Keberlanjutan managemen efektif meningkatkan kualitas hidup penyandang JD
4. Model Perawatan Berkelanjutan efektif meningkatkan kualitas hidup penyandang JD

BAB.3
TUJUAN DAN MANFAAT

A. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Untuk memperoleh Model Perawatan Berkelanjutan bagi penyandang Juvenile Diabetesyang efektif meningkatkan kualitas hidup

2. Tujuan Khusus

   a. Menggambarkan karakteristik penyandang *Juvenile Diabetes* berdasarkan gender, lama menderita Diabetes dan usia penyandang *Juvenile Diabetes*
   b. Menggambarkan karakteristik penyandang *Juvenile Diabetes* berdasarkan pendidikan orang tua dan pekerjaan orang tua
   c. Menggambarkan karakteristik penyandang *Juvenile Diabetes* berdasarkan riwayat lahir anak
   d. Memperoleh rancangan Model Perawatan Berkelanjutan penyandang *Juvenile Diabetes*
   e. Mengimplementasikan Model Perawatan Berkelanjutan pada penyandang *Juvenile Diabetes*
   f. Menganalisis effektifitas Model Perawatan Berkelanjutan dalam meningkatkan Kualitas Hidup Penyandang *Juvenile Diabetes*

B. Urgensi dan Manfaat Penelitian

Penelitian ini penting untuk memperoleh informasi yang dapat digunakan pada ,

1. Pengambilan kebijakan dalam mengoptimalkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien berpenyakit kronis khususnya pada pasien anak dengan *Juvenile Diabetes*. Selama ini, pelayanan kesehatan bagi anak *Juvenile Diabetes* masih bersifat rutinitas dan sangat prosedural.
2. Pengambilan Kebijakan dalam penataan sistem pelayanan kesehatan khususnya bagi anak dengan *Juvenile Diabetes*

C. Target Temuan Penelitian

1. Penelitain ini akan menghasilkan suatu model perawatan berkelanjutan yang dapat dijadikan alternatif dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan bagi penyandang *Juvenile Diabetes*.
2. Tersedia Buku pintar seri kartun bagi anak *Juvenile Diabetes*
3. Tersedia Buku Saku bagi orang tua anak dengan *Juvenile Diabetes*

BAB 4. METODE PENELITIAN

A. Disain Penelitian

Metode yang digunakan dalam menghasilkan model yang efektif dalam meningkatkan kualitas hidup penyandang JD adalah dengan *mix method* yaitu dengan metoda penelitian kualitatif dan kuantitatif.

1. Penelitian kualitatif dengan disain fenomenologi dimaksudkan untuk memperoleh rancangan model perawatan berkelanjutan penyandang JD

   Pengumpulan informasi dilaksanakan dengan indepht interview dan focus group discussion terhadap responden sebagai berikut,

   b. Indepht Interview terhadap Pasien JD (P) ; Orang tua pasien JD (OP); Pengelola Prolanis di Puskesmas Dr(Dokter) dan Pro (Perawat, Bidan)

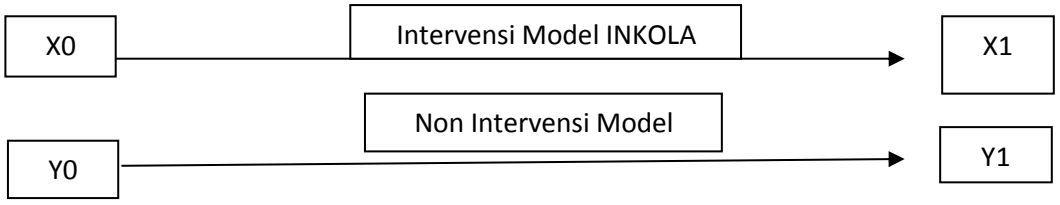
   c. Focus group discussion terhadap Guru UKS/BP (GS)

   Pengumpulan informasi dilaksanakan di rumah subjek, sekolah dan di puskesmas.

   Pengolahan dan analisis data menggunakan Pengolahan data dilakukan dengan analisis konteks dengan pendekatan Colaizzi (Streubert, Carpenter, 2003) dengan penyajian hasil analisis dalam bentuk tematik.

3. Penelitian kuantitatif dengan disain kuasi eksperimen menggunakan kelompok kontrol, dimaksudkan untuk menguji efektivitas model INKOLA.

   Rancangan penelitian dapat dilihat pada skema berikut:



Keterangan : X0 = Kelompok Intervensi sebelum Perlakuan Model INKOLA

X1 = Kelompok Interensi sesudah Perlakuan Model INKOLA

Y0 = Pre Kelompok Kontrol

Y1 = Post Kelompok Kontrol

a. **Definisi Operasional Variabel Penelitian**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Model Perawatan Berkelanjutan	Pola pelayanan kesehatan yang terbangun antara, keluarga, RS dan pihak sekolah dalam menjamin ketersediaan hubungan dan interaksi yang membangun, kebutuhan informasi yang cukup dan menyeluruh sesuai kebutuhan pengelolaan penyakit	Model INKOLA		1. Penyandang JD dan orang tua yang mendapatkan model perawatan berkelanjutan 2. Penyandang JD dan orang tua yang tidak mendapatkan model perawatan berkelanjutan	Kategorik
2	Kualitas hidup penyandang JD	Persepsi penyandang JD tentang dimensi hidup mencakup dengan fungsi fisik, mental, emosional, dan sosial.	*The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) 4.0 (PedsQL) 3.0 diabetes Module*	▪ Penyandang JD mengisi kuesioner dibantu peneliti ▪ Orang tua mengisi kuesioner	0-100	Ratio
3	Gender	Identitas seksual	Kuesioner	Penyandang JD mengisi kuesioner	1. Wanita 2. Pria	Nominal
4	HbA1C	Kadar hemoglobin terglikolisasi dalam darah vena dengan antikoagulan	Immuno assay	Pengukuran Laboratoris		Ratio

Keterangan:

Variabel intervensi berupa model perawatan berkelanjutan

Variabel hasil berupa kualitas hidup penyandang JD

Variabel lain : Gender; usia, dan nilai HbA1C

b. **Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian adalah siswa penyandang Juvenile Diabetes di Jawa Barat. Sampel diperoleh di beberapa RS rujukan (*Multi Center*) yaitu RSHS, RSU Tasikmalaya, RSUD Gunung Jati Cirebon dan RSUD Ciamis.

1. Besar Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang besarannya dihitung berdasarkan uji hipotesis rerata dua kelompok independen dua sisi, menggunakan rumus,

$$N = 2\sigma^2(Z1\text{-}\alpha + Z1\text{-}\beta)^2 / (\mu1 - \mu2)^2$$

$$Sp^2 = [(n1-1)\, s1^2 + (n2-1)s2^2]/(n1-1) + (n2-1)$$

Di mana μ1 adalah nilai mean HbA1C sebelum intervensi adalah 9,25 dan μ2 adalah nilai mean HbA1C setelah intervensi. Adalah 7,55 Data yang digunakan adalah hasil penelitian yang dilaporkan Masoud, K,et al., (2018) dimana perbedaan nilai sebelum dan sesudah intervensi edukasi adalah 1,70 dan simpangan baku 0,65. Dengan α 5% dan β 90%. Besar sampel minimal adalah 21 orang.

Jumlah sampel 44 orang, masing2 kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar 22 orang subjek siswa penyandang JD.

Kriteria inklusi : Penyandang JD dengan usia 5-18 tahun

2. Sampling

Penentuan sampel untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan kluster RS yaitu Subjek yang berobat di RSHS Bandung sebagai Kelompok Intervensi dan Subjek yang berobat di RSUD Tasikmalaya, RS Gunung Jati Cirebon dan RSUD Ciamis, sebagai kelompok Kontrol.

c. **Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner dan pengukuran langsung. 1). Kuesioner digunakan untuk biodata siswa penyandang JD dan orang tuanya serta informasi berbagai hal terkait siswa penyandang JD

Instrumen yang digunakan dalam mengukur kualitas hidup siswa penyandang JD adalah instrumen yang sudah baku yaitu PedsQL™ (Pediatric Quality of Life Inventory™). Instrumen ini dikembangkan oleh James W. Varni tahun 1998. *The Pediatric Quality of Life Inven-tory (PedsQL3.0 Generic Core Scales)* yang terdiri atas 5 komponen utama yaitu kesehatan fisik; kesehatan psikologik sosial; fungsi emosional; fungsi sosial dan fungsi sekolah*. Instrumen tersebut diatas digunakan setelah memperoleh ijin menggunakan instrumen (*user agreement* terlampir) serta instrumen dapat dialihbahasakan

ke dalam bahasa Indonesia (*translation agreement* terlampir). Instrumen telah memenuhi kecukupan nilai uji reliabilitas instrumen dengan nilai alpha Crohnbach

Kuesioner diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh lembaga bahasa profesional dan disajikan pada lampiran-----.

Pedoman penggunaan kuesioner seperti yang dipersyaratkan dalam penggunaan kuesioner *The Pediatric Quality of Life Inven-tory (PedsQL3.0 Generic Core Scales)* menjadi panduan peneliti dalam menggunakan kuesioner. Pedoman tersedia pada lampiran.....

2) Pengukuran kadar HbA1C di laboratorium klinik RS rujukan

d. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Jawa Barat mencakup kKabupaten Bandung, Kota Bandung, Kota Tasikmalaya, Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Kuningan. Waktu pelaksanaan dari bulan Juli sampai dengan Oktober

e. Cara pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan sebelum dan sesudah implementasi model perawatan berkelanjutan. Pengumpulan data dilakukan oleh 7 orang enumerator yang telah dilatih sebelum pelaksanaan penelitian.

f. Analisa Data

Dengan menampilkan nilai rerata dan simpangan baku terhadap data kontnue dan nilai frekuensi untuk data kategori. Penyajian data ini dimaksudkan untuk memberi gambaran karakteristik demografi responden. Analisa data bivariat menggunakan uji T dan uji regresi. Juga akan dilakukan uji multivariat untuk mengendalikan kemungkinan pengaruh variabel gender dan HbA1C terhadap kualitas hidup penyandang JD

g. Etika Penelitian

Etika penelitian diterapkan sejak sebelum penelitian dilakukan sampai akhir proses penelitian. Penelitian telah memperoleh persetujuan penelitian (*Ethical approval*) dari

Komite Etk Penelitian Poltekkes Kemenkes Bandung N0: 31/KEPK/TE/01/VII/17 serta juga memperoleh ijin dari RSHS dengan No.

Dalam pelaksanaan penelitian, beberapa prinsip etika penelitian menjadi acuan dalam melaksanakan penelitian ini antara lain,

1). Menghargai hak dan martabat subjek penelitian sebagai manusia melalui penyediaan informasi yang terbuka berkaitan dengan proses penelitian dan kebebasan subjek untuk berpartisipasi atau menolak ikut serta dalam kegiatan penelitian.

2). Memberi penjelasan tentang manfaat penelitian, kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan serta hak subjek termasuk hak mengundurkan diri kapan saja.

3). Menghargai *privacy* dan kerahasiaan subjek dengan tidak menampilkan informasi mengenai nama dan alamat jelas subjek dalam alat pengumpul data maupun formulir untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subjek.

4). Menghargai keadilan dengan memperlakukan subjek secara adil dengan melakukan penelitian secara jujur, hati-hati, profesional dan berprikemanusiaan.

5). Memperhatikan keseimbangan antara manfaat dan kerugian yang ditimbulkan terhadap subjek dengan peneliti berkata jujur dan memberikan bantuan pelayanan kesehatan bilamana subjek mengalami hal-hal yang tidak diinginkan baik secara fisik maupun emosional selama penelitian berlangsung.

Format Persetujuan setelah Penjelasan (PsP) disajikan dalam lampiran.....

h. Validasi Model

Validasi Model dilaksanakan dengan 2 kegiatan yaitu **implementasi model** dan **pengukuran hasi**l. Implementasi model dilaksanakan selama 16 minggu yang terdiri atas 2 minggu pra implementasi berupa pelatihan dan pendampingan perawat, subjek, orang tua dan guru

Implementasi selama 12 minggu melalui kunjungan ke rumah dan selama subjek kontrol ke RS dan melalui pertemuan2 serta komunikasi lewat media sosial (WA). Pengukuran hasil (post intervensi) dilaksanakan pada minggu ke 16.

i. Output Penelitian

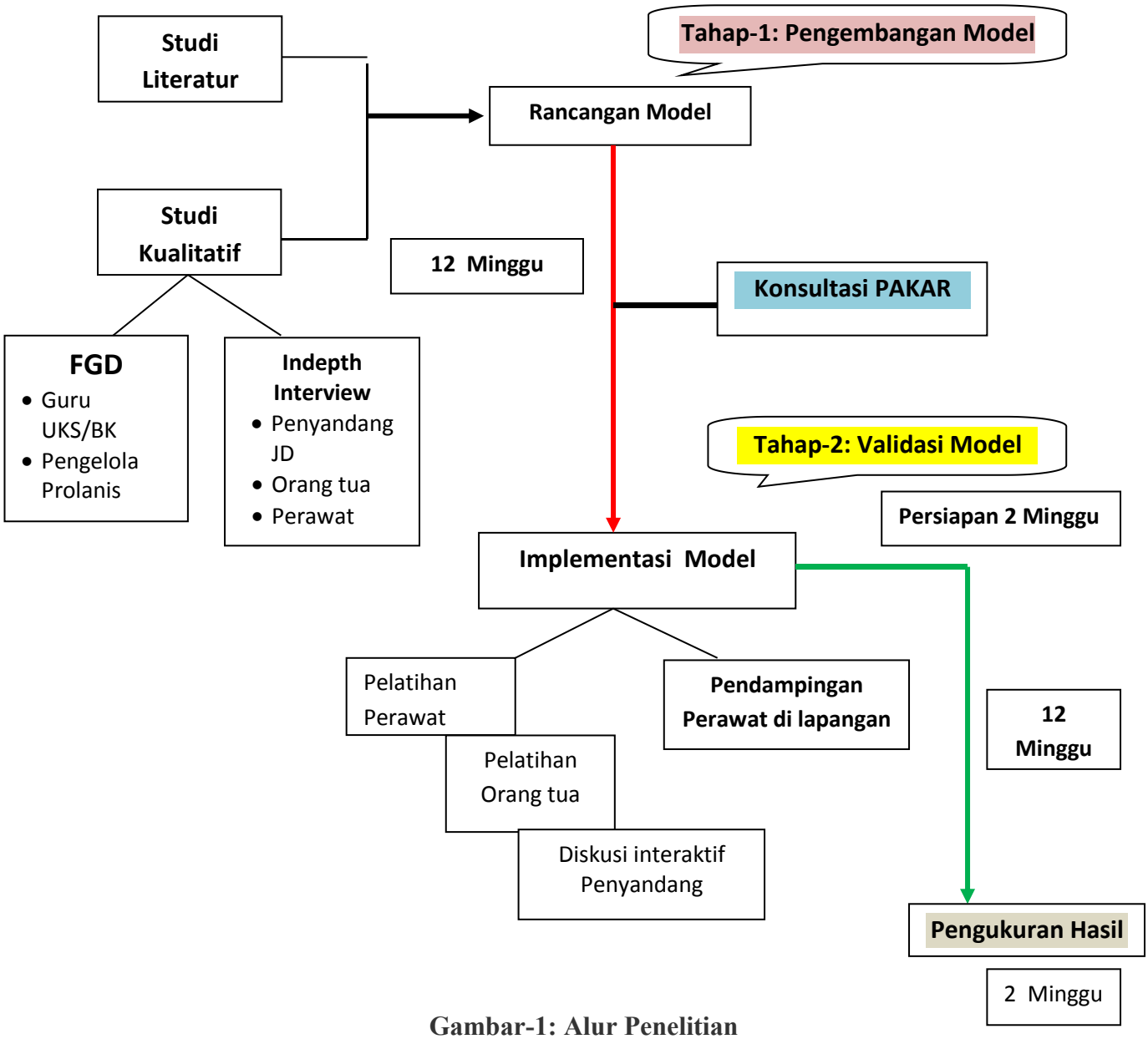
Out put penelitian berupa,

a. Model Perawatan Berkelanjutan yang efektif meningkatkan kualitas hidup penyandang JD
b. Hak Patent Model Perawatan Berkelanjutan
c. Tersusun buku pegangan
    - Buku saku untuk penyandang JD
    - Buku saku untuk Orang tua

Hasil penelitian juga akan dipublikasikan dalam jurnal nasional atau internasional dan akan disajikan juga dalam seminar agar model yang diperoleh diketahui oleh banyak pihak sehingga model dapat dijadikan sebagai model perawatan bagi siswa penyandang JD. Hasil penelitian juga akan disajikan dalam bentuk buku bahan ajar yang dapat dijadikan referensi bagi mahasiswa kedokteran dan keperawatan atau tenaga kesehatan lainnya dalam meningkatkan kualitas hidup siswa penyandang JD.

j. **Peta Alur Penelitian**

Alur penelitian dilaksanakan seperti gambar-1 berikut ini,



Gambar-1: Alur Penelitian

BAB 5. HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian disajikan sesuai dengan langkah penelitian yang dilakukan yaitu pengembangan model perawatan berkelanjutan dan validasi model, seperti berikut ini,

A. Model Perawatan Berkelanjutan

Ontario (2013) mendefinisikan perawatan berkelanjutan dari 3 dimensi yaitu keberlanjutan informasi (*informational continuity),* manajemen kasus yang berkelanjutan *(management contuinuity)* dan hubungan yang berkelanjutan antara pasien dan petugas kesehatan *(relational continuity.* Keberlanjutan informasi diartikan sebagai tersedianya informasi tentang pasien pada semua tatanan dan setting pelayanan kesehatan. Keberlanjutan manajemen kasus dimaknai dengan tersedia standard dan protokol yang digunakan dalam perawatan pasien, aksesibilitas pasien dalam memperoleh pelayanan serta kemudahan pasien membuat janji dengan tenaga kesehatan. Keberlanjutan hubungan diartikan sebagai hubungan terapetik yang terjalin antara pasien dan petugas kesehatan secara berkelanjutan.

1. Karakteristik responden

Responden "P" : terdiri atas 2 orang laki-laki dan 3 orang perempuan. Usia berkisar 7-14 tahun; pendidikan SD 3 0rang dan SMP 2 orang. Lama menderita diabetes antara 1-10 tahun

Responden "OP" : keduanya adalah ibu rumah tangga, usia antara 30-34 tahun, pendidikan SMP dan SMA, kepala keluarga bekerja sebagai swasta.

Responden "GS" : terdiri atas 3 guru UKS dan 2 wali kelas. Seluruhnya adalah perempuan, rata-rata lama mengenal pasien 1-2 tahun.

Responden "Dr" : keduanya wanita, rata-rata lama menangani prolanis 6 bulan -2 tahun.

Responden "Pro" : keduanya wanita, 1 orang bidan dan 1 orang perawat; rata-rata lama menangani prolanis 6 bulan-3 tahun.

2. Hasil Penelitian

a. Hasil Indepht interviewe dengan dokter, perawat dan pengelola prolanis di puskesmas terpilih diperoleh informasi bahwa pasien JD tidak mengikuti program prolanis yang di puskesmas, pasien JD langsung ke RS rujukan. Bila datang ke Puskesmas hanya untuk pemeriksaan darah.

   Dr : "baru bertugas setahun belakangan"

   Pro : "sudah bertugas selama 3 tahun"

   Pro : "baru bertugas menggantikan tenaga sebelumnya"

Dr, Pro : “Jarang pasien JD ke Puskesmas, biasanya langsung ke RS rujukan”
Dr :”di Puskesmas hanya periksa darah sebulan sekali untuk kontrol bulan berikutnya”
Pro : “ tidak ada asuhan untuk masing-masing pasien, hanya penyuluhan mengingatkan makanan dan obat-obatan”.
Pro : “Mengenal pasien JD yang datang ke Puskesmas meskipun tidak mendalam”
Pro : “ data rekam medik pasien JD yang berobat ada, hanya berisi waktu kontrol dan obat serta pemeriksaan dara yang dilakukan”

b. Hasil indepth interview terhadap orang tua anak tentang pelayanan kesehatan yang diterima menyangkut kecukupan informasi, hubungan dengan petugas kesehatan dan tata kelola pelayanan kesehatan.

1). Informasi yang diterima dari petugas kesehatan
OP1: “mendapat informasi dari dokter langsung” yachhhh,...dimengerti, cukup (tertawa, namun tampak keraguan)
OP1: “ kadang-kadang ingin bertanya tapi takut”
OP2: “kalau ditanya sih dijawab”
P1 : “ takut”
P2 : “enggak nanya”

2). Hubungan dengan petugas kesehatan
OP1,2 : “dokternya baik-baik semua”
OP1,2 : “perawatnya juga baik aja”
OP1 : “ sebatas orang tua pasien dan dokternya”

3). Bila orang tua membutuhkan nformasi dan ingin bertanya kepada dokter
OP1,2, : “ada no hp dokter tapi tidak berani mengirim sms”
OP1 : “pernah nanya lewat sms tapi tidak dijawab, jadi kapok”
OP2 : “takut mengganggu”

4). Pelayanan langsung dari RS rujukan (Faskes-1) tidak melalui puskesmas
OP1 : saya tidak pernah ke puskesmas, bahkan saya tidak tahu dimana Puskesmasnya
OP2 : dulu pernah, tapi sekarang-sekarang tidak lagi...langsung ke RS

5). Bila Dokter dapat dihubungi ketika orang tua menemui kesulitan dengan anak di rumah, bagaimana
OP1,2 “ wah...senang sekali”

6). Pengelolaan pelayanan kesehatan di Puskesmas

"OP2" : *dulu pernah sekali saja,...setelahnya langsung saja terus ke RS rujukan (Faskes-1).* Tidak diapa-apain, hanya ditanya-tanya saja.
"OP1" : tidak pernah ke puskesmas

c. Hasil indepth interview terhadap orang tua anak tentang pelayanan kesehatan yang diterima menyangkut kecukupan informasi, hubungan dengan petugas kesehatan dan tata kelola pelayanan kesehatan.

1) Informasi yang diterima dari petugas kesehatan
OP1: "mendapat informasi dari dokter langsung" yachhhh,...dimengerti, cukup (tertawa, namun tampak keraguan)
OP1: " kadang-kadang ingin bertanya tapi takut"
OP2: "kalau ditanya sih dijawab"
P1 : " takut"
P2 : "enggak nanya"
OP1,2 : perawat mengurus surat di meja pendaftara

2) Hubungan dengan petugas kesehatan
OP1,2 : "dokternya baik-baik semua", tetapi berganti-ganti.
OP1,2 : "perawatnya juga baik aja"
OP1 : " sebatas orang tua pasien dan dokternya"

3) Bila orang tua membutuhkan nformasi dan ingin bertanya kepada dokter
OP1,2, : "ada no hp dokter tapi tidak berani mengirim sms"
OP1 : "pernah nanya lewat sms tapi tidak dijawab, jadi kapok"
OP2 : "takut mengganggu"

4) Dokter dapat dihubungi ketika orang tua menemui kesulitan dengan anak di rumah
OP1,2 : " *wah...senang sekali"*
OP1,2 : "*tapi belum pernah, takut"*

5) Menggambarkan pengelolaan pelayanan kesehatan
Pelayanan langsung dari RS rujukan (Faskes-1) tidak melalui puskesmas
"OP1" : *saya tidak pernah ke puskesmas, bahkan saya tidak tahu dimana puskesmasnya*
"OP2" : *dulu pernah sekali saja,...setelahnya langsung saja terus ke RS rujukan (Faskes-1).*

6) Terkait pelayanan yang diterima dari RS rujukan (Faskes-1)
OP1,2 : pasien diperiksa langsung oleh dokter.

"langsung diperiksa dokter dan bagian pendaftaran. Interaksi dengan perawat hanya saat akan bertemu dengan dokter, yang memanggil pasien itu perawat"

7) Informasi yang diterima dari petugas, berbeda-beda, sehingga membingungkan.

" dokter suka ganti-ganti, jadi informasi sering kali berbeda-beda"

" dokter berganti-ganti"

8) Administrasi pendaftaran yang dikeluhkan sangat melelahkan tidak sesuai dengan waktu yang sudah diberikan.

OP1: *" pendaftarannya lama, nunggu dokter lama, nunggu resep lama"*

" anak sangat lelah"

" diperiksa dokter tidak lebih dari 15 menit, tapi waktu kita sampai seharian" (terkesan marah, kecewa, senyum).

P1 : *capek, ngantuk...nunggunya lama, bisa sampai magrib baru bisa pulang ke rumah*

P2 : *manin-main aja atau tiduran di kursi*

OP2: *" rasanya malas, kalau tidak ingat anak mah"*

9) Anak sering bolos, rata-rata 3-4 kali dalam sebulan

OP2 : *sering tidak sekolah karena sakit, kalau harus kontrol setiap bulannya yang pasti sedikitnya 2 hari*

P3,4 : "*tidak sekolah karena harus kontrol"*

P5 : "*malas sekolah (wajah bosan)"*

OP1 : *"Anak paling sedikit bolos 2 hari hanya untuk kontrol setiap bulannya"*

OP2 : *"belum lagi kalau anak sakit, jadi banyak bolosnya"*

10) Kesiapan orang tua dalam memberi perawatan bagi anak di rumah mengesankan ketidaksiapan karena belum mengetahui banyak tentang diabetes dan bagaimana merawat anak di rumah

OP1,2 : *"kalau nyuntik mah bisa..karena diajari dokternya"*

OP1: *" anak saya sudah bisa mandiri, nyuntik, ngatur makan dan menambah dosis insulin kalau makan makanan tambahan"*

OP2: *"anak saya suka tidak mau nyuntik, sering diingatkan"*

11) Setiap kontrol mendapat insulin sesuai resep namun tidak selalu diperoleh karena obat terbatas
OP1: " Obat insulin dibatasi"
OP2: " nyari-nyari di apotek lain barangkali diberikan", tapi anak bersyukur bisa dibilangin" (ekspresi sedih)
OP1: " jarang obatnya cukup untuk sebulan karena banyak dosis koreksi"
OP1: "habis anaknya tidak bisa dibilangin supaya makannya nurut, nangis , ngambek tidak mau disuntik"

12) Ke RS setiap bulan hanya untuk periksa darah dan dapat obat insulin
OP1,2 : "periksa darah sebelum ke dokter"
OP2 : "kalau ke puskesmas, hasil pemeriksaan darahnya dikasih tau bulan depannya"

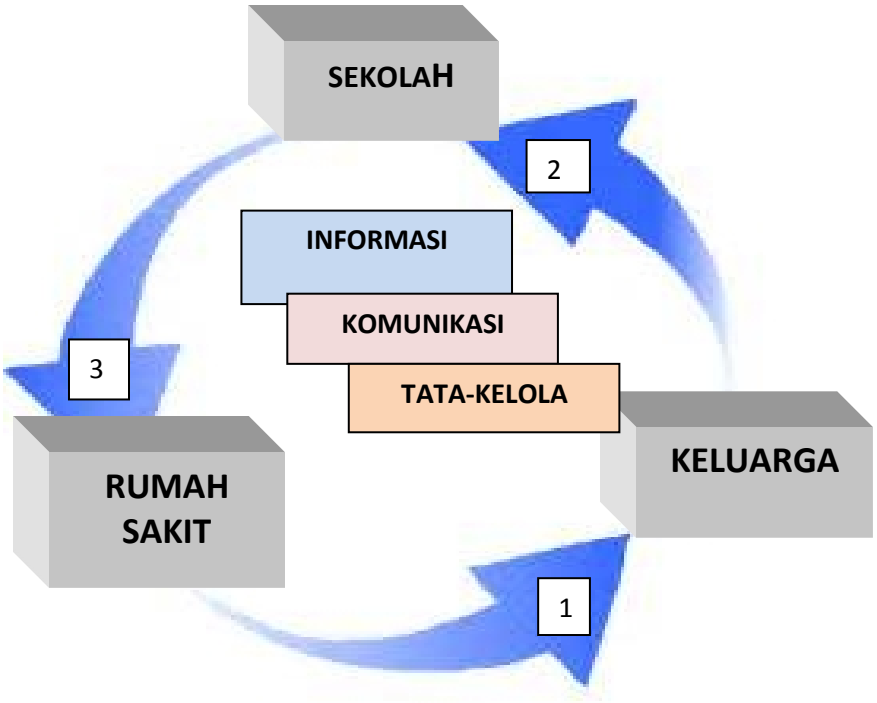
d. Hasil FGD dengan para guru di Sekolah tempat anak bersekolah
1). Pengetahuan guru di sekolah tentang penyakit diabetes pada anak murid
" Para guru asing dengan kencing manis pada anak"
" Tidak mengetahui kalau penyakit itu dapat membahayakan anak"
" Ingin mengetahu lebih jauh tentang diabetes"
" beberapakali anak dipulangkan karena tampak pucat dan berkeringat dingin"
" takut kalau anak mengalami hal yang tidak diinginkan di sekolah"
" ingin menolong anak bila mengalami hal yang tidak diharapkan"
" para guru perlu mengenal penyakit diabetes agar kalau terjadi sesuatu pada anak terkait penyakitnya, jadi paham apa yang mau dilakukan"

e. Hasil indepht interview dengan petugas puskesmas(dokter, perawat dan bidan prolanis)
Dr : "*baru bertugas setahun belakangan*"
Pro : "*sudah bertugas selama 3 tahun"*
Pro : "*baru bertugas menggantikan tenaga sebelumnya"*
Dr, Pro : "*semua pasien diperiksa dan kemudian diberi penyuluhan"*
Dr :"*periksa darah sebulan sekali untuk kontrol bulan berikutnya"*
Pro : *"tidak ada asuhan untuk masing-masing pasien, hanya penyuluhan makanan dan obat-obatan"*

Berdasarkan uraian informasi diatas, peneliti memperoleh beberapa tema terkait perawatan berkelanjutan bagi pasien Juvenile Diabetes

Dari keseluruhan informasi diperoleh gambaran model perawatan berkelanjutan berupa ketersediaan informasi yang cukup dari petugas kesehatan serta menyediakan ruang informasi ketika orang tua menghadapi kondisi yang sulit dalam penanganan anak di rumah; terbangun hubungan yang akrab dan harmonis dengan petugas kesehatan, orang tua dan guru dan saling membagi informasi tentang kondisi anak serta penataan sistem pelayanan yang dapat memberi kemudahan akses obat dan administrasi yang praktis serta informasi kondisi anak yang terpantau secara menyeluruh dan tersampaikan kepada orang tua.

Model Perawatan INKOLA (Informasi, Komunikasi dan Tata Kelola)



i. Komponen Model

1.1. Rumah Sakit,sebagai institusi penyedia layanan kesehatan mengembangkan berbagai kebijakan yang dapat memberi kemudahan pasien dalam mengakses pelayanan terkait sistem pendaftaran , pemeriksaan kesehatan ,layanan laboratorium. Kecukupan dan kemudahan dalam memperoleh obat.

Pelayanan yang holistik dan berkesinambungan, didukung oleh tenaga kesehatan yang relatif tetap dalam memeri pelayanan kepada pasien sehingga kesinambungan layanan dan informasi diwujudkan. Tatakelola yang baik yang memungkinkan penyandang Juvenile diabet dan keluarganya memperoleh pelayanan yang holistik dan berkesinambungan

1.2. Keluarga

Sebagai lingkungan terdekat kepada anak menjadi sumber kebutuhan fisik dan emosional anak sehingga keterlibatannya penting dalam perawatan anak di rumah. Orangtua dan atau anak diperlengkapi dengan informasi dan komunikasi yang terapetik bagi pertumbuhan pasien

1.3. Sekolah

Sekolah sebagai lembaga kedua setelah keluarga dimana sebagian besar waktu anak berada dan beraktifitas di sekolah. Sekolah tempat anak belajar membutuhkan kesiapan dalam mengenal kebutuhan anak siswa dengan diabetes. Pengetahuan dan sikap para guru terkait diabetes yang terjadi pada anak serta ketrampilan mengelola keadaan yang tidak diharapkan bila dialami anak di sekolah.

2. Kegiatan

2.1. Menyediakan informasi yang holistik bagi anak berupa buku saku seri animasi (Komik "Aku sehat, disiplin dan berprestasi")

2.2. Menyediakan informasi bagi keluarga berupa buku "catatan penting untuk keluargaku"

2.3. Meningkatkan pemahaman dan pengenalan kebutuhan perawatan anak dengan Diabetes, berupa Refreshing bagi Perawat Poliklinik Rawat Jalan RS Rujukan Anak Diabetes

2.4. Membangun komunikasi orang tua dengan sekolah

2.5. Membangun kerjasama pihak RS dengan sekolah melalui pertemuan rutin yang disepakati

Tahap-2: Implementasi Model

A. Subjek Penelitian

Jumlah sampel penelitian masing-masing 24 orang untuk kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi adalah subjek yang berobat ke RSHS Bandung dan kelompok kontrol adalah subjek yang berobat di RS lain di wilayah Jawa Barat seperti RSUD Tasikmalaya, RSUD Kuningan, RSUD Cirebon, dll

Sampai saat ini (29 Agustus 2018) sesuai kriteria inklusi, sebanyak 20 subjek penelitian telah teridentifikasi sebagai kelompok intervensi dan 10 subjek penelitian sebagai kelompok kontrol.

Gambaran Subjek Penelitian

No	Variabel	Kelompok				P
		Intervensi (n=20)		Non Intervensi (n=10)		
1	Umur Subjek Penelitian					
	Median	12		13		
	Mean ±SD	11,23		12,19		
2	Umur Subjek Penelitian					
	5 – 6 tahun	2	10			
	7 - 13 tahun	13	65	5	50	
	14 - 18 tahun	5	25	5	50	
3	Lama sakit DM					
	,< 1 tahun			1	10	
	1-3 tahun	3	15	7	70	
	>3-5 tahun	2	10	2	20	
	>5 tahun	15	75			
4	Gender					
	Pria	10	50	3	30	
	Wanita	10	50	7	70	
5	Riwayat DM dalam keluarga					
	Ada Riwayat	8	40	4	40	
	Tidak Ada Riwayat	12	60	6	60	
6	Tingkat Pendidkan Orang tua (Ayah)					
	Tidak tamat SD					
	Tamat SD	1	10	6	60	
	Tamat SMP	2	20	1	10	
	Tamat SMA	8	80	1	10	
	Tamat PT	9	90	2	20	
7	Pekerjaan Orang Tua (Ayah)					
	Buruh/tani					
	Wiraswasta	3	15	5	50	
	Karyawan/pegawai	17	85	5	50	
	Pensiunan					

	Tidak bekerja					
	Ibu RT					

B. Kelengkapan Implementasi Model
   1. Tersedia Buku Saku Anak " Aku sehat, Disiplin dan Berprestasi"
   ii. Pengembangan buku edukasi bagi orang tua

C. Implementasi Model
   1. Refreshing Course Perawat
   2. Pelatihan orang tua JD
   3. Pelatihan dan pendampingan Anak JD
   4. Pelatihan Guru

Format Catatan Harian (*Logbook)*

No	Tanggal	Kegiatan
1	..25..../...7..../ 2017	Catatan : Memperoleh Hasil telaah etik penelitian . Dokumen pendukung : Surat Nomor: 31/KEPK/TE/01/VII/17 Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)
2	Januari sd Maret 2018	Tahap Pra Penelitian : telusur data subjek penelitian Catatan : Responden dari Bandung dan Tasikmalaya/Ciamis 1) Menelusuri data – data tentang calon subyek di Puskesmas Pasirkaliki dan RSHS 2) Menelusuri data – data tentang calon subyek di Puskesmas dan RS Tasikmalaya, RS Gunung Jati dan RSUD Ciamis 3) Menetapkan subyek penelitian sesuai kriteria inklusi 4) Membuat pemetaan lokasi subyek dan menentukan kelompok intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan kluster RS Dokumen pendukung : Daftar responden dari Bandung dan Tasikmalaya/Ciamis

3	April sd Juni 2018	Tahap Pra Penelitian Catatan : Model perawatan berkelanjutan Anak dengan DM Tahap1 : Pengembangan Model 1) Studi Fenomenology 2) Studi Literatur 3) Konsultasi pakar 4) Membuat modul untuk anak JD, orang tua Dokumen pendukung 1.Model perawatan berkelanjutan Anak dengan DM 2.Pakar DM Type 1 :Dr.Faisal.,SP,A.,M.Kes 3.Modul untuk anak JD dan orang tua
4	April sd Juni 2018	Catatan : Informasi secara lisan dari guru,pengelola puskesmas dan anak JD serta orangtua Mengumpulkan informasi melalui : 1) FGD dengan guru UKS, guru BP di 3 sekolah 2) Indepth interview dengan perawat dan dokter puskesmas pengelola prolanis 3) Indepth dengan anak dan orang tuapenyandang JD Dokumen pendukung: ***Field note*** 1. Catatan tentang pemahaman cara penangan anak penyandang JD 2.Catatan tentang mekanisme pengelolaan kasus di puskesmas, anak dengan JD kontrol keadaan umum dan gula darah yang bisa dilakukan di Puskesmas selajutnya di rujuk ke RS untuk penangan oleh dr anak ahli endokrin 3. Catatan tentang persepsi orangtua tentang pembiayaan pengobatan anak , kebutuhan biaya yang cukup besar untuk alat dan sarana pemeriksaan gula darah serta waktu yang cukup lama untuk dapat kontrol ke RS Rujukan 4. Catatan tentang keluhan orang tua dalam melaksanakan , waktu, tidak mudah dan kelelahan serta anak harus

		meninggalkan /izin sekolah
5	1 September 2018	Refreshing Course Perawat poli Rawat Jalan RS PPK-2 Dengan Narasumber : dr Faisal, SpA ; Dra Yuyun, S Psi, MPSi (Psikolog Anak) Tim Peneliti
5	....16../....7.../ 2018	Catatan :..Izin Penelitian.. Dokumen pendukung : Surat Nomor : LB.02.01/X.2.2.2/12538/2018 RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung

Keterangan : Hasil yang dicapai pada setiap kegiatan (foto,grafik,tabel, catatan, dokumen, data dsb),dilampirkan

BAB 6. RENCANA SELANJUTNYA

Sesuai dengan uraian kegiatan dalam proses penelitian yang telah diuraikan diatas, maka selanjutnya akan dilaksanakan:

1. Melengkapi pengumpulan data pre intervensi untuk kelompok intervensi dan kontrol yaitu untuk kelompok Intervensi sejumlah 4 subjek dan kelompok kontrol 14 subjek (Subjek sudah tersedia hanya data belum dimasukkan)
2. Melengkapi intervensi model pada kelompok intervensi berupa,
   a. Pelatihan dan pendampingan anak
   b. Pelatihan orang tua (ayah dan ibu)
   c. Pelatihan guru (guru BP atau guru UKS)
      Pelatihan guru akan dilaksanakan melalui kerjasama dengan Dinas Pendidikan Kota/kabupaten terkait
3. Pengumpulan data Post Intervensi untuk kelompok intervensi dan kontrol
4. Pengolahan dan analisis data
5. Penyusunan laporan
6. Pelaksanaan Intervensi untuk kelompok Kontrol

Daftar Referensi

1. American Diabetes Association (ADA), 2005, *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*, Diabetes Care, 28 (1), S 37-42.

2. Website of Centers for disease Control and Prevention (CDC), 2014, http://www.cdc.gov/diabetes/, diakses 5 Januari 2014

3. Centers for disease control and prevention, *national diabetes fact sheet*, 2007, diperoleh dari www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdfndfs_2007.pdf, diakses 23 Desember 2010.

4. Grey M, Whittemore R, Tamborlane W. Depression in type 1 diabetes in children. Journal of psychosomatic research. 2002 Oct 1;53(4):907-11.

5. American Diabetes association, Living With Type 1 Diabetes, http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/recently-diagnosed/living-with-type-1-diabetes.html, 5 Januari 2014

6. InfoDATIN, Situasi dan Analisis Diabetes dalam rangka Hari Diabetes Sedunia Tahun 2014, diakses pada 12 Mei 2017 di *http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf*

7. Sutan-Assin, M Rukman, Y Batubara (1990), *Childhood onset of diabetes mellitus, Report on diabetes on hospital cases*, Paediatric Indonesia, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2075023

8. Nouwen, A, Neps, G, Caramlau, I, Connock, M, Winkley, K, Lloyd, C. E, Peyrot, M, et al, (2011), *Prevalence of depression in individuals with impaired glucose metabolism or undiagnosed diabetes*, A systematic review and meta-analysis of the European depression in diabetes, Diabetes Care, 34, 752-762.

9. Maia AC, Braga Ade A, Brouwers A, Nardi AE, Oliveira e Silva AC. Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes types 1 and 2, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22521330, diakses pada 2 mei 2012

10. Alazri M, Heywood P, Neal R D, Leese B (2007), Continuity Care Literature review and implications, Department of medicine and Public Health, Colege of Medicine and Healyh Science, p.197-205

11. The American Academy of Family Physicians, http://www.aafp.otg/about/policies/all/definition-care.html, 3 Februari 2014

12. WHOQOL Group Development of WHOQOL : Rationale and current status. Int Journal Mental Health 1994; 23, 24-56

13. Rumahorbo Hotma, Model SESAMA, Model Pencegahan Diabetes Berbasis Masyarakat, 2013

14. WHO, 2002, The Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Frame work, available at :http//www.who.int/chronic_conditions/icccreport/en/, diakses 4 Februari 2014

15. Coleman, M. T, & Newton, K. S, (2005), *Supporting self-management in patients with chronic illness, American Family Physician*, 72 (8), 1503-1510, www.aafp.org/afp, diakses 22 Juni 2010.

16. Siminerio, L. M, Piatt, G. A, Emerson, S, Ruppert, K, Saul, M, Solano, F, et al, (2006), *Deploying the chronic care model to implement and sustain diabetes self-management training programs. The Diabetes Educator*. 32 (2), 1 – 8.

17. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar, 2012, Pedoman Pelaksanaan UKS di Sekolah, edisi revisi, http://www.usahakesehatansekolah.com/, diakses 2 Februari 2014

18. Brunilda, N.M.D.. (2009), *Diabetes Complications: What's Your Risk?,* WebMD Feature, diambil dari www.fda.gov pada tanggal 6 November 2009

19. American Diabetes Association, NIDDKD. (2004), Prevention or delay of diabetes, *Diabetes Care*, 27 (1).

20. Boulton. (2004), Neuropathic diabetic foot ulcers, *N Eng J Med*, 48-55.

21. Smeltzer, S. C, & Bare, B. (2007), *Medical-surgical nursing*, 10th edition, St. Louis: Lippincott Williams & Wilkins, 1149-1156.

22. Friedman MR, Bouden VR, Jones E, (2002), Family Nursing, Research, Theory, and practice (5 th edition), Prentice Hall

23. Health initiative of The Americas, UC Barkley school of public health (2010), Promotoras as agents of change in public health emergenciesial and cultural factors, *Electronic Journal of Applied Psychology*, 3(2), 14-26.

24. Fiandt, K. (2006), The chronic care model: description and application for practice, Advanced Practice Nursing, *E journal Medscape*.

25. Coleman, M. T., & Newton, K. S. (2005), Supporting self-management in patients with chronic illness, *American Family Physician*, 72 (8), 1503-1510, www.aafp.org/afp, 22 Juni 2010.

26. Siminerio, L. M., et al. (2006), Deploying the chronic care model to implement and sustain diabetes self-management training programs. *The Diabetes Educator*. 32 (2), 1 – 8.

27. Freeman G, Hughes J, Continuity of care and the patient experince, 2010

28. Van Walraven C, Mamdani M, Fang J, Austin PC, Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge, journal of general internal medicine, 204 Jun 1,19 (6), 624-31

29. Van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ, The ascociation between continuity of care and outcomes: a sistematic and critical review, Journal of evaluation in clinical practice,2010 Oct 1, 16(5), 947-56

30. Jee SH, Canaba MD, Indices for continuity of care of a systematic review of the literature, Medical care research and review, 2006 Apr 63(2) 158-88

31. Varni JW, Seid M, Kurtin PS: PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care* 2001, 39:800-12.

32. Varni JW, Burwinkle TM, Jacobs JR, Gottschalk M, Kaufman F, Jones KL. The PedsQL™ in type 1 and type 2 diabetes: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ generic core scales and type 1 diabetes module. Diabetes care. 2003 Mar 1;26(3):631-7.

33. James W. Varni, Tasha M. Burwinkle, Jenifer R. Jacobs, Michael Gottschalk, Francine Kaufman, Kenneth L. Jones, The PedsQL™ in Type 1 and Type 2 Diabetes Diabetes Care Mar 2003, 26 (3) 631-637; DOI: 10.2337/diacare.26.3.631

34. Murillo, M., Bel, J., Pérez, J., Corripio, R., Carreras, G., Herrero, X., … Rajmil, L. (2017). Health-related quality of life (HRQOL) and its associated factors in children with Type 1 Diabetes Mellitus (T1DM). *BMC Pediatrics*, *17*, 16. http://doi.org/10.1186/s12887-017-0788-x

35. Barbara J. Anderson, et.al , Factors Associated With Diabetes-Specific Health-Related Quality of Life in Youth With Type 1 Diabetes: The Global TEENs Study, Diabetes Care Aug 2017, 40 (8) 1002-1009; DOI: 10.2337/dc16-1990

Lampiran-1

Justifikasi Anggaran Penelitian

A. Honorarium

Petugas	Honor/Jam(Rp)	Waktu (Jam/minggu)	Minggu	Jumlah (Rp)
Sekretaris Peneliti	Rp 25.000	5	32	4.000.000,-
Enumerator1	Rp 20.000	5	10	3.200.000,-
Enumerator1	Rp 20.000	5	10	3.200.000,-
Tenaga administrasi	Rp 20.000	5	32	3.200.000,
Narasumber Pelatihan	Rp 900.000	3 jam	-	2.700.000
Jumlah				**16.300.000**

B. Bahan Habis Pakai

N0	Jenis	Volume	Unit Cost	Jumlah
1	Kertas HVS 70 gr	5 rim	Rp 40.000	Rp. 200.000
2	Kertas HVS 80 gr	5 rim	Rp 50.000	Rp. 250.000
3	Kertas flip chart	100 lembar	Rp 2.000	Rp. 200.000
5	Spidol	12 bh	Rp 5.000	Rp. 50.000
6	Biaya Foto copy angket	1000 lbr	Rp 250.	Rp. 250.000
7	ATK Pelatihan	30 orang	Rp 15.000	Rp. 4.500.000
	J u m l a h			**Rp.5.450.000**

C. Biaya Perjalanan Pengumpulan Data, Pelatihan dan Pendampingan

N0	Kegiatan	Volume	Unit Cost	Jumlah
1	Survey sekolah (penyelenggara UKS)	2 org x 3 Inst	Rp. 110.000	Rp. 660.000
2	Indepth interv guru UKS/BP dan subjek (penyandang JD)	2 org x 4 Inst	Rp. 110.000	Rp. 880.000
3	Indepth interv. Perawat Puskesmas	2 org x 4 Inst	Rp. 110.000	Rp. 880.000
4	FGD dg keluarga dan subjek (Penyandang JD)	2 org x 3 kel	Rp. 110.000	Rp. 660.000
5	Transport lokal pendampingan/kunjungan Penyandang JD /ortu	2 org x 6 lokasi	Rp 110.000	Rp. 1.320.000

6	Transport lokal pendampingan/kunjungan ke sekolah	2 org x 6 lokasi	Rp 110.000	Rp. 1.320.000
7	Transportasi Bandung-Tasikmalaya, Cirebon, Ciamis, (PP)	2 orang x 3 lokasi x 3 kali x 2(pp)	250.000	Rp.9.000.000
8	Penginapan/akomodasi Peneliti Di Tasik, Cirebon, Ciamis	2 orang x 3 lokasi x 3 kali	500.000	Rp. 9.000.000
9	Transpot dan penginapan Tasikmalaya ke Bandung	1 org x 2 kali	750.000	Rp.1.500.000
10	Uang harian	3 org x 8 hari	350.000	Rp. 8.400.000
J u m l a h				**Rp 39.060.000**

D. Biaya Lain-lain

1. **Konsumsi Kegiatan**

N0	Kegiatan	Volume	Unit Cost	Biaya
1	Konsumsi FGD-Indepth Interview	20	Rp 25.000	Rp. 500.000
2	Konsumsi Pelatihan (Perawat, Orang tua JD dan JD)	10 org x 2 hari + 23 JD + 23 org tua	Rp 40.000	Rp. 3.080.000
3	Konsumsi Pendampingan	10 org x 5 kali	Rp 25.000	Rp. 1.250.000
J UMLAH				Rp**. 8.150.000**

2. **Pengadaan BUKU PEGANGAN**

N0	Jenis	Volume	Unit Cost	Biaya
1	Buku Saku Penyandang JD	30 (2)	Rp 25.000	Rp 1.500.000
2	Buku Saku Orang Tua JD	30 (2)	Rp 25.000	Rp 1.500.000
3	Buku Panduan Perawat	10(2)	Rp 50.000	Rp 1.000.000
J UMLAH				**Rp 3.200.000**

3. **Pemeriksaan**

Pemeriksaan Darah HbA1C	**23 x 2(Inter dan Kontrol) x 2 (Pre-post) x Rp 150.000= Rp 13.800.000**

4. **Konsultasi Pakar (Subtansi) dan Monev**

N0	Jenis	Volume	Unit Cost	Biaya
1	Biaya Konsultasi Pakar	2 kali	Rp 2.000.000	Rp. 4.000.000
2	Biaya Monev (Spj, transport dan honor)	2 org	Rp 2.500.000	Rp 5.000.000
J UMLAH				**Rp. 10.000.000**

5. **Publikasi dan Laporan**

Jenis	Volume	Unit Cost	Jumlah
Pendaftaran HAKI		Rp .550.000	Rp. 550.000
Laporan		Rp 1.000.000	Rp. 1.00.000,-
Jumlah			Rp.**1.650.000**

6. **Pengganti Transport Peserta Pelatihan**

Jenis	Volume	Unit Cost	Jumlah
Perawat	8 org x 2 hari	Rp .110.000	Rp. 1.660.000
Penyandang JD	23 org x 1 hari	Rp 100.000	Rp. 2.300.000
Orang Tua JD	23 orang x 1 hari	Rp 100.000	Rp.2.300.000
Jumlah			Rp.**7.060.000**

7. **Pembayaran Royalti Penggunaan Instrumen**

Biaya Penggunaan Instrumen	.....	.....????

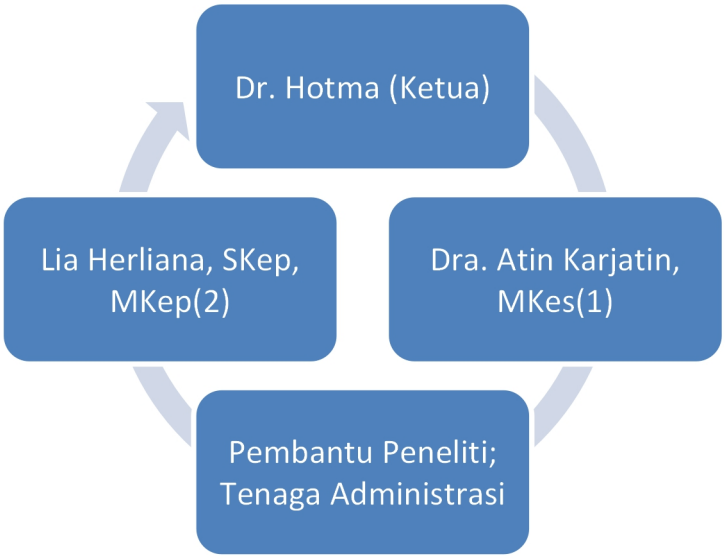
Lampiran-2

Sarana dan Prasarana Penunjang

Kebutuhan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan penelitian tersedia di Poltekkes Kemenkes Bandung dan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya serta penggunaan alat dari pihak ketiga. Penelitian ini juga memerlukan bahan2 referensi berupa buku dan jurnal terkait yang kesemuanya ini dapat diperoleh di Poltekkes Bandung dan Tasikmalaya

Lampiran-3

Susunan Organisasi Penelitian



Uraian Tugas

Ketua Peneliti	• Memimpin kerja kelompok tim peneliti • Merumuskan dan membuat rencana kegiatan penelitian • Melakukan kegiatan penelitian bersama anggota1 dan 2 dan 3 • Mengarahkan, membimbing, dan mengawasi pelaksanaan kegiatan penelitian • Menyiapkan materi bahan seminar dan jurnal • Menyiapkan laporan
Anggota-1	• Membantu membuat perencanaan kegiatan penelitian • Membuat surat-surat perijinan pada instansi terkait penelitian • Melakukan kegiatan penelitian • Bekerja sama dengan anggota-2 dalam kegiatan penelitian • Menyiapkan bahan penyajian pada seminar
Anggota-2	• Membantu dalam merencanakan kegiatan penelitian • Mengirimkan surat-surat ijin terkait penelitian • Melakukan kegiatan penelitian dengan pengawasan • Menerbitkan dan menyebarluaskan hasil penelitian • Melaksanakan pengadaan barang dan bahan untuk penelitian

	• Menyiapkan sarana dan fasilitas untuk kegiatan lapangan
Pembantu Peneliti; Tenaga administrasi	• Membantu dalam pengiriman surat-surat terkait penelitian • Membantu persiapan pelaksanaan kegiatan lapangan • Menyelesaikan administrasi keuangan • Menyiapkan bahan yang diperlukan untuk kegiatan penelitian • Membantu anggota-2 menyiapkan pengadaan alat dan bahan untuk kegiatan pelatihan dan pendampingan di lapangan • Membantu tim peneliti dalam entry dan analisis data

Lampiran-4

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BANDUNG
Jalan Pajajaran No. 56
Bandung - 40173
Telepon (022) 4231627 & (022) 4231639
Faximile (022) 4231640

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Ir. Osman Syarief, MKM
NIP : 196008061983121002
Pangkat/Golongan : Pembina Utama IV C
Jabatan : Direktur Poltekkes Kemenkes Bandung

Dengan ini menyatakan bahwa Poltekkes Kemenkes Bandung bersedia bekerjasama dengan Poltekkes Kemenkes Surabaya dalam pelaksanaan penelitian ungglukosan PT dengan judul :

EFEKTIVITAS MODEL PERAWATAN BERKELANJUTAN DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENYANDANG *JUVENILE DIABETES*

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Bandung, Maret 218

Yang menyatakan

Materai 6000

Dr. Ir. Osman Syarief, MKM

Lampiran-5

BIODATA KETUA PENELITI

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr. Hotma Rumahorbo, SKp,MEpid
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	196105251984022001
5	NIDN	4025056101
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Hutabayu 25 Mei 1961
7	E-mail	Hotma_rumahorbo@yahoo.com
8	Nomor Telepon/HP	08122231184
9	Alamat Kantor	Jl.dr.Otten No.32 bandung
10	Nomor Telepon/Faks	022-4231057/Faks 022-4213391
11	Lulusan yang Teleh dihasilkan	S-1=…orang; S-2=… orang; S-3=…..orang
12	Mata Kuliah yang diampu	1 Keperawatan Medikal Bedah I,II
		2Keperawatan Medikal Bedah III
		3 Riset Keperawatan
		4. Komunikasi Keperawatan
		5. Etika keperawatan

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	UI	UI	UI
Bidang Ilmu	Keperawatan	Epidemiologi	Keperawatan
Tahun Masuk Lulus	1988/1990	1997/1999	2009/2012

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir
(Bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)

N0	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber *	Jml (Juta Rp)
1	2007	Kompetensi Instruktur Klinik Keperawatan	Risbinakes	Rp 20 Juta
2	2010	Gambaran Model Pemberdayaan Pasien Prediabetes di wilayah Kerja Puskesmas Cimahi Utara	Litbin Poltekkes	Rp 20 Juta
3	2014	Hubungan minat menjadi perawat dengan prestasi belajar di kalangan mahasiswa baru keperawatan (Dalam proses)	Penelitian Mandiri	17.5 Juta
4	2014	Faktor risiko kejadian PMS pada Remaja di Kota Bandung (Dalam proses)	Penelitian Mandiri	20 Juta

5	2015	Efektivitas terapi relaksasi progresif daam menurunkan kecemasan dan depresi serta pengendalian kadar glukosa darah pasien DM tipe 2	Risbinakes	14 Juta
6	2016	Pengaruh Model Pembelajaran Simulation based learning (SBL) terhadap kompetensi dan motivasi mahasiswa keperawatan	Penelitian Ungglukosan PT Nasional	100 Juta
7	2018	Efektivitas Model perawatan berkelanjutan dalam meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes	Penelitian Ungglukosan PT Nasional	100 Juta

D.Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Artkel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume Nomor/Tahun
1	Peran Kurikulum Berbasis Kompetensi Tingkatkan Kualitas Lulusan Perawat	Buletin SDM Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan Kemenkes RI	ISSN:0216-3594 Edisi Feb 2013
2	Gambaran Model pemberdayaan penyandang prediabetes di wilayah kerja puskesmas cimahi utara tahun 2011	Jurnal riset Kesehatan	ISSN:1979-8253 Volume 6, Nomor 3, Oktober 2013
3	Study Qualitative of Empowering Model of Prediabetes Patients in Cimahi, West Java in Indonesia	Health and nursing sciences journal-online	Nursing and health science
4	Pemberdayaan, Sarat Akan Makna	Buletin SDM Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan Kemenkes RI	ISSN:0216-3594 Edisi Agustus 2014
5	Progressive muscle relaxation effectiveness of the blood sugar patients with type 2 Diabetes	Open journal of nursing, 6, 248-254	http://dx.doi.org/10.4236/ojn. 2016.63025
6	Three-partied Colaboration Model as an Effective Solution to Improve Diet and blood glucose balance of Prediabetic Patients	Journal of Physical Activity & Health	Dalam proses
7	The Effectiveness of Human	Asian Nursing	Dalam proses

	Patient Simulator on Knowledge, Motivation, and Clinical Competence of the Student's Nursing about Diabetic Ketoacidosis Management	Research	

F.Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun terakhir

No	Nama Pertemuan/Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1.	Semiloka Praktek Klinik Keperawatan dan Kebidanan	Pembelajaran Klinik pada Pendidikan Keperawatan dan Kebidanan	2008 RSUD Cibabat Cimahi
2.	Pelatihan Implementasi KBK bagi Dosen D III Keperawatan se Jawa Tengah	RPP dan Silabus Pembelajaran pada Kurikulum Berbasis Kompetensi	2008 Assosiasi Pendidikan Keperawatan Jawa Tengah
3.	Workshop penyusunan Instrumen Evaluasi KBK di Poltekkes Palangka raya.	Evaluasi Pembelajaran pada KBK	2008 Poltekkes Palangka Raya
4.	Workshop penyusunan Instrumen Penilaian kurikulum berbasis kompetensi bagi Dosen Keperawatan 12-15 Maret	Evaluasi Pembelajaran pada KBK	2008 Poltekkes Malang
5.	Workshop penyusunan Instrumen Penilaian kurikulum berbasis kompetensi bagi Dosen Keperawatan 24-27 Maret	Evaluasi Pembelajaran pada KBK	2008 Poltekkes Malang
6.	Pelatihan Nasional Pembimbing Klinik berbasis kompetensi	Peran Instruktur Klinik dalam Implementasi KBK Keperawatan	2008 Poltekkes Malang
7.	Pelatihan Clinical Instructor	Peran Instuktur Keperawatan dalam meningkatkan Kualitas Pelayanan di RS Santosa	2009 RS Sanstosa Internasional
8.	Workshop Implementasi KBK Pendidikan DIII Keperawatan.	Pengembangan RPP dan Silabus Pembelajaran	2010 Poltekkes Kalimantan Timur
11	Workshop Bedah Kurikulum KBK	Pengembangan Kurikulum Berbasis Kompetensi pada pendidikan	2011 STIKES Suaka

		keperawatan	Insani, Banjarmasin
12	Narasumber pada Pelatihan Clinical Instructor	Penilaian Kompetensi di Lahan Praktek	2011 Kerjasama RS Dustira dengan Stikes Unjani Cimahi
13	Narasumber pada Talk Show " Obrolan Sehat Berisi"	Pencegahan Diabetes Melitus untuk Orang Awam	RPK FM 96,30, Jakarta Timur
14	Presenter Oral	Efektivitas Model SESAMA dalam memperbaiki Pola makan dan pola latihan fisik Penyandang Prediabetes	Seminar Nasional FIK UNPAD Tahun 2013
15	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan kerjasamAIPDIKI Pusat	Pengembangan Kurikulum	2014 Hotel Cempaka Jakarta
16	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan kerjasama AIPDIKI Pusat	Pengembangan Kurikulum	2014 Hotel Horison Semarang
17	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan 2014	Pengembangan Kurikulum Institusional dan RPS	Tahun 2014 Poltekkes Palngkaraya
18	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan 2014	Pengembangan Kurikulum Institusional dan RPS	Tahun 2014 Poltekkes Kupang
19	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan 2014	Pengembangan Kurikulum Institusional dan RPS	Tahun 2014 Poltekkes Ambon dan Tual
20	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan kerjasama AIPDIKI Pusat	Pengembangan Kurikulum	Tahun 2014 AIPDIKI Regional Jateng dan Jogja
21	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan 2014	Pengembangan Kurikulum Institusional dan RPS	Tahun 2014 Poltekkes Padang
22	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan 2014	Pengembangan Kurikulum Institusional dan RPS	Tahun 2014 Stikes Budi Luhur Cimahi
23	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan kerjasama AIPDIKI Pusat	Pengembangan Kurikulum	Tahun 2014 AIPDIKI Regional Sumbar-Riau
24	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan 2014	Pengembangan Kurikulum Institusional dan RPS	Tahun 2015 Stikes BTH Tasik

25	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan 2014	Pengembangan Kurikulum Institusional dan RPS	Tahun 2015 Akper pemda Serang
26	Narasumber Pelatihan KBK Keperawatan 2014	Pengembangan Kurikulum Institusional dan RPS	Tahun 2016 Akademi Kesehatan Provinsi Riau

G.Karya Buku dalam 5 Tahun terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Buku Pegangan Belajar (Modul) Tingkat Nasional PJJ DIII Keperawatan Judul Modul : Asuhan Keperawatan Gangguan Peradangan Sistem Persyarafan	2007	54	Pusdiknakes Dep Kes RI
2	Buku Pegangan Belajar (Modul) Tingkat Nasional PJJ DIII Keperawatan Judul Modul : Asuhan Keperawatan Pasien dengan Diabetes Melitus	2007	52	Pusdiknakes Dep Kes RI
3	Buku Pegangan Belajar (Modul) Tingkat Nasional PJJ DIII Keperawatan Judul Modul : Modul Proposal Penelitian	2007	44	Pusdiknakes Dep Kes RI
4	Mencegah Diabetes Melitus dengan Perubahan Gaya Hidup	2014	165	InMedia

.H. Perolehan HKI dalam 5~10 Tahun Terakhir.

No	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1	Model "SESAMA" Model Pemberdayaan Prediabetes berbasis Masyarakat Dalam Mencegah Diabetes	2013	Buku	065559

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidak sesuaian dengan kenyataan saya sanggup menerima sangsi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu peesyaratan dalam pengajuan hibah

Bandung, Februari 2018

Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BANDUNG
Jalan Pajajaran No. 56
Bandung - 40173
Telepon (022) 4231627 & (022) 4231639
Faximile (022) 4231640

SURAT PERNYATAAN KETUA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid
NIDN : 4025056101
Pangkat/Golongan : Pembina Tk I/ IVC
Jabatan : Lektor Kepala

Dengan ini menyataklan bahwa proposal pengabdian pada masyarakat dengan judul :

EFEKTIVITAS MODEL PERAWATAN BERKELANJUTAN DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENYANDANG *JUVENILE DIABETES*

Yang diusulkan dalam skema Penelitian Ungglukosan PT untuk tahun anggaran 2017- 2018 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga /sumber dana lain. Bilamana di kemudian hari diketemukan ketidak sesuaian dengan pernyataan ini. Maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas Negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Bandung, Maret 2018

Yang menyatakan

Materai 6000

Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid
NIP: 196105251984022001

BIODATA ANGGOTA PENELITI-1

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	:	Dra Atin Karjatin M.Kes
2	Jenis kelamin	:	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	:	Lektor Kepala
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	:	196109061986032016
5	NIDN	:	4006096101
6	Tempat dan Tanggal Lahir	:	Bandung, 6 September 1961
7	E –mail	:	atinkarjatin@yahoo.co.id
8	Nomor Telepon/HP	:	0811221685
9	Alamat Kantor	:	Jln dr.Otten No 32 Bandung
10	Nomor Telepon/Faksimail	:	022 4231057/ Faks 022 4213391
11	Mata Kuliah yang diampu	:	1.Keperawatan Maternitas 2.Etika Keperawatan

B.Riwayat Pendidikan

	S1	S2
Nama Perguruan Tinggi	UNINUS BANDUNG	UNIVERSITAS INDONESIA
Bidang Ilmu	Pendidikan	Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Reproduksi)
Tahun Masuk/Lulus	1985/1987	2000/2002

C.Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir
(Bukan Skripsi, Tesis maupun Disertasi)

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1	2013	Pengaruh Hypnobirthing terhadap penurunan tingkat kecemasan ibu primigravida masa parturient pada fase laten kala 1 di Rumah Bersalin Handayani Kota Cimahi	Risbinakes	Rp.11.000.000,-
2.	2015	Deteksi kanker servic pada pekerja seks di Klinik Mawar PKBI Jawa Barat	PDP	Rp.7.000.000,-

D.Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal 5 Tahun Terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor /Tahun
1	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Dalam Melaksanakan Kemoterapi Pada Penyandang Kanker	Immanuel Jurnal Ilmu Kesehatan	Volume 7, Nomor 1, Juni 2013.ISSN 1410 – 234 X

	Payudara di Ruang Kemoterapi RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung		
2	Hubungan Perdarahan Antepartum pada kehamilan lanjut dengan kejadian kelahiran prematur di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Kota Cimahi	Immanuel Jurnal Ilmu Kesehatan	Volume 8, Nomor 1, Juni 2014.ISSN 1410 – 234 X
3	Pengetahuan dan Sikap Ibu Post Partum dalam Perawatan luka Episiotomi di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kota Bandung	Jurnal Riset Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung,	Volume 1, Nomor 2, November 2014

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan saya sanggup menerima sangsi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan hibah.

Bandung, Maret 218

Dra.Atin Karjatin MKes
Nip.196109061986032016

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BANDUNG
Jalan Pajajaran No. 56
Bandung - 40173
Telepon (022) 4231627 & (022) 4231639
Faximile (022) 4231640

SURAT PERNYATAAN PENELITI-1

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dra Atin Karjatin M.Kes
NIDN : 4006096101
Jabatan : Lektor Kepala

Dengan ini menyataklan bahwa proposal pengabdian pada masyarakat dengan judul :

EFEKTIVITAS MODEL PERAWATAN BERKELANJUTAN DALAM MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PENYANDANG *JUVENILE DIABETES*

Yang diusulkan dalam skema Penelitian Ungglukosan PT untuk tahun anggaran 2017- 2018 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga /sumber dana lain. Bilamana di kemudian hari diketemukan ketidak sesuaian dengan pernyataan ini. Maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas Negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Bandung, Maret 2018

Mengetahui , Yang menyatakan

Ketua Unit PPM

Materai 6000

Dr. Hotma Rumahorbo, SKp, MEpid
NIP: 196105251984022001

Dra.Atin Karjatin MKes
NIP.196109061986032016

BIODATA PENELITI-2

Nama : Lia Herliana
Tempat/tgl lahir : Tasikmalaya, 14 April 1973
Pangkat/Jabatan : Penata Tk 1, III/ d
Jabatan : Lektor
NIP : 197304141997032001
Status : Menikah
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat rumah : Jalan Raya Sindangkasih No. 78 RT 014 RW 004 Dusun Ancol II Desa/ Kecamatan Sindangkasih Kabupaten Ciamis 46168
Instansi kerja : Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Agama : Islam

A. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun lulus
1	SDN Pengadilan V Tsm	1986
2	SMPN III Tasikmalaya	1989
3	SMAN 1 Tasikmalaya	1992
4	Akper Depkes Dr. Otten Bandung	1995
5	S1 PSIK – FK UGM Yogyakarta	2001
6	S2 FIK UI	2011

B. Pengalaman Penelitian

No	Tahun	Keterangan
1	2001	Pengaruh terapi bermain terhadap tingkat kooperasi anak di Ruang IRNA IV RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
2	2006	Penerapan perawatan atraumatik pada terapi intravena bagi anak usia toddler dan prasekolah di Ruang Anak bawah RSUD Kota Tasikmalaya
3	2007	Faktor-faktor penyebab kecemasan primigravida di Puskesmas Bojong Gambir Kabupaten Tasikmalaya
4	2008	Gambaran pengetahuan klien tentang pencegahan dan penularan

		HIV/AIDS di Poliklinik Teratai RSUD Kota Tasikmalaya
5	2009	Hubungan pengetahuan dan sikap wanita menopause dengan sindrom menopause di desa Cigadog Kecamatan Leuwisari Kabupaten Tasikmalaya
6	2011	Pengaruh developmental care terhadap respon nyeri akut pada bayi prematur yang dilakukan terapi invasif di RSUD Kota Tasikmalaya dan RSUD Ciamis
8	2012	Hubungan pelaksanaan prinsip asuhan keperawatan anak dengan kepuasan orang tua klien di Ruang Anak Bawah RSUD Kota Tasikmalaya
9	2012	Gambaran tingkat kecemasan pada penderita Diabetes Melitus Type II di Poliklinik Penyakit DalamRSUD Kota Tasikmalaya
10	2012	Pengaruh Developmental care terhadap aspek perkembangan motorik bayi di RSUD Kota Tasikmalaya
11	2013	Pengaruh psikoedukasi terhadap peningkatan kualitas hidup pasien thalasemia di RSUD Kota Tasikmalaya
12	2014	Gambaran tingkat kecemasan mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Tasikmalaya saat akan dilakukan skrining HIV/ Aids
13	2015	Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya
14	2016	Pengaruh hiperbilirubinemia pada masa neonatus terhadap tingkat perkembangan anak usia todler (1 – 3 tahun) di Wilayah Kota Tasikmalaya

C. Pengalaman Kegiatan Pengabdian Masyarakat

No	Tahun	Keterangan
1	2004	Pelatihan Clinical Instructur/Preseptoring & Mentoring (Narasumber)
2	2006	Perawat Pelaksana pada Balai Keperawatan Kesehatan Terpadu Poltekkes Tasikmalaya
3	2006	Pelayanan kesehatan satuan tugas penangglukosangan bencana
4	2007	Pelayanan kesehatan terpadu pada masyarakat

5	2008	Pelayanan kesehatan terpadu kepada masyarakat
6	2009	Penyuluhan: Kesehatan Ibu dan Anak serta NAPZA (Narasumber)
7	2011	Pelatihan Manajemen Ruang Rawat (Narasumber)
8	2011	Pelatihan Clinical Instructur (CI) tenaga Keperawatan (Narasumber)
9	2011	Pelayanan kesehatan terpadu
10	2012	Pelatihan Manajemen Ruang rawat (Narasumber)
11	2012	Pelatihan Clinical Instructur (CI) tenaga Keperawatan (Narasumber)
12	2012	Pelatihan Manajemen Perawatan Luka (Narasumber)
13	2012	Pelatihan Infeksi Nosokomial, Manajemen Bangsal dan Kejang pada Anak (Narasumber)
14	2012	Seminar Ilmiah: Bantuan Hidup Dasar dan Penatalaksanaan Cairan pada Anak (narasumber)
15	2013	Tindak lanjut penyuluhan tanaman obat keluarga di RW 03 Desa Sukahurip Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya
16	2013	Membimbing mahasiswa dalam deteksi dini TB paru di Kecamatan Cilembang Tasikmalaya
17	2014	Melaksanakan deteksi tumbuh kembang pada balita di wilayah kerja Puskesmas Tamansari Kota Tasikmalaya
18	2015	IbM upaya peningkatan kemampuan masyarakat dalam kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat
19.	2017	IbM melalui pemberdayaan anak usia sekolah dan peningkatan kesehatan di sekolah melalui pembentukkan kader kecil dan optimalisasi pelaksanaan UKS di wilayah Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya

D. Pengalaman Pekerjaan

No	Pekerjaan	Tahun
1	Guru SPK Muhammadiyah Tasikmalaya	1995 – 1997
2	Guru SPK Depkes Tasikmalaya	1997 - 2000
3	Staf dosen Akper Depkes Tasikmalaya	2000-2001
4	Staf Poltekkes Tasikmalaya	2001- sekarang

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan saya sanggup menerima sangsi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan hibah.

Tasikmalaya, Maret 218

Lia Herliana, Skep, MKep
NIP: 19730414199703200

Lampiran-Dokumen Foto Penelitian

Hello
#TR