

# AKTIFITAS SELF-HEALING PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE-2 YANG MENJALANI PERAWATAN DI RUMAH

Ajeng Triani Laksmi<sup>1\*</sup>, Nabila Putri Nur Solikhah<sup>1</sup>, Supratman Supratman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Komunitas dan Geriatrik, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta

\*Email: [J210170071@student.ums.ac.id](mailto:J210170071@student.ums.ac.id)  
[nabillaputri325@gmail.com](mailto:nabillaputri325@gmail.com)  
[sup241@ums.ac.id](mailto:sup241@ums.ac.id)

---

## Keywords:

Diabetes melitus;  
Kualitas hidup; Self-healing; Surakarta.

## Abstrak

Menderita penyakit kronis seperti diabetes melitus akan berdampak pada menurunnya kualitas hidup penderita. Penyakit yang diderita ditandai dengan gejala fisik, mental dan sosial. Sehingga mengakibatkan penurunan hampir semua kemampuan diri pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat kualitas hidup penderita diabetes melitus yang sedang atau telah melakukan self-healing di rumah. Penelitian ini menggunakan survei deskriptif dan dilakukan pada bulan Desember 2020. Besar sampel yang digunakan adalah 96 responden. Teknik sampling menggunakan consecutive karena pengumpulan data tergantung pada kehadiran pasien di pusat kesehatan masyarakat. Alat ukur menggunakan kuesioner yang dirancang peneliti dengan konstruk uji reliabilitas sangat baik. Hasil penelitian menunjukkan 43,8% usia responden kategori 60-64 tahun, 44,8% adalah responden perempuan, 84,4% telah menikah. Aktifitas self-healing yang paling banyak dilakukan: shalat dan puasa (42,7%), terapi music (28,1%), aroma terapi (17,7%), konsumsi suplemen (7,3%), dan masase (4,2%). Kualitas hidup (77,1%) termasuk kategori rendah.

---

## 1. PENDAHULUAN

Penyakit diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit kronis yang semakin tahun semakin meningkat kasusnya (Tarwoto, 2012; Mufidah, 2018). Menurut data *International Diabetic Federation (IDF)* jumlah penderita DM

mengalami peningkatan empat kali lipat dari tahun 2013 sampai 2017. Jumlah penderita tahun 2013 sekitar 382 juta, meningkat menjadi 415 juta di tahun 2015, dan tahun 2017 menjadi 441 juta kasus. Kasus di Asia Tenggara, Malaysia adalah tertinggi kasus DM, disusul Singapura,

Thailand, dan Indonesia (Wahyuni et al., 2018). Data *World Health Organization (WHO)* diperkirakan pada tahun 2040 jumlah penderita DM akan meningkat menjadi 642 juta kasus di seluruh dunia. Dari jumlah itu 80% lebih penderita ada di negara berkembang. Angka Case Fatality Rate (CFR) di Indonesia adalah tertinggi ke-dua setelah Srilangka.

Data dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2017 diketahui prevalensi kasus DM di Indonesia adalah 8,4% dari total penduduk. Diperkirakan pada tahun 2030 meningkat menjadi 21,3%. Berdasarkan kelompok usia DM banyak diderita pada kelompok umur 55-64 tahun (6,3%) dan kelompok umur 65-74 tahun (6,0%). Penderita terbanyak adalah kaum hawa. Wilayah dengan prevalensi tertinggi adalah Jakarta 2,6%, Yogyakarta 2,4%, Kalimantan Timur 2,3% dan Jawa Tengah 1,5% kasus (*Badan Penelitian Pengembangan Dan Kesehatan*, 2018). Dua pertiga orang dengan Diabetes Melitus di Indonesia tidak mengetahui dirinya menderita Diabetes Melitus (Subandi, 2019). Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2018 menunjukkan kasus DM menduduki peringkat ke-2 penyakit tidak menular setelah hipertensi dan mengalami peningkatan dari 15% tahun 2015 menjadi 20% tahun 2018. Penanganan DM menjadi salah satu prioritas pengendalian penyakit tidak menular (PTM) di Jawa Tengah. Pemerintah serius menangani masalah ini karena dikawatirkan terjadi komplikasi lanjut yang membahayakan penderita dan masyarakat.

Jumlah kasus DM tertinggi di Kota Surakarta sebanyak 22.543 kasus (*Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.*, 2018). Data tersebut terus

meningkat sejak 2012 dengan 3,9% kasus, meningkat menjadi 4,5% di tahun 2013 dan 6,1% tahun 2014. Kota Surakarta adalah kota yang dinamis dengan aktifitas penduduk beragam dan pola perilaku kesehatan yang cukup baik. Dari lima kecamatan, kasus DM di Jebres adalah tertinggi dengan 430 kasus, sementara prevalensi terendah adalah Kecamatan Pasar Kliwon dengan 121 kasus (*Dinas Kesehatan Kota Surakarta*, 2017). Meningkatnya kasus DM dikaitkan dengan gaya hidup masyarakat, seperti makanan cepat saji, polusi, kurang beraktivitas, perilaku merokok dan minuman beralkohol. Penderita DM banyak yang mengalami masalah dan komplikasi. Dari sekian banyak masalah, gangguan psikologis stress adalah yang terbanyak. Stres merupakan gangguan mental psikologis dengan perasaan tertekan, kehilangan minat, perasaan bersalah atau harga diri, gangguan makan dan tidur, menurunnya konsentrasi dan kurang energi (WHO, 2010). Stres pada penderita DM berdampak pada menurunnya kualitas hidup penderita (Bahtiar & Suprpti, 2016).

Kualitas hidup penderita penyakit kronis dapat diamati dari aspek kondisi fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Penderita DM umumnya akan menurun kualitas hidupnya, mungkin pada satu aspek ataupun seluruh aspek (Erniantin et al., 2018). Penurunan kualitas hidup dapat dipengaruhi usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan dan lamanya menderita sakit (Hudatul Umam et al., 2020). Sangat dibutuhkan peran kolaborasi antara petugas kesehatan dan penderita untuk mempertahankan status kesehatan sehingga berdampak pada pemertahanan status kualita

hidup. Aktifitas yang bermanfaat bagi pasien sangat dianjurkan untuk meningkatkan kebugaran fisik. Salah satu aktifitas yang dapat dilakukan adalah *self-healing*. *Self-healing* adalah bentuk aktifitas diri untuk tujuan mendukung pengobatan. Bentuk kegiatan *self-healing* dapat berupa *guided imagery*, terapi musik, yoga, latihan kebugaran, *biofeedback*, meditasi, relaksaksi, latihan nafas (Domingo et al., 2017).

*Self-healing* dapat merupakan rangkaian latihan praktis terstruktur dengan metode tertentu, namun ada yang dilakukan secara insidental tidak terstruktur seperti aktifitas rutin harian. Dalam *self-healing* beberapa aspek dilibatkan seperti pernafasan, gerakan anggota tubuh, sentuhan, dan keheningan. *Self-healing* bersifat universal tidak mengacu agama, praktis dan dapat dipelajari semua orang. Filosofinya bertumpu pada manusia sebagai unit yang lengkap antara badan, jiwa, dan kemampuan individualnya (Gunawan, 2015; Redho et al., 2019).

Berdasarkan studi pendahuluan peneliti menemukan data penderita DM tipe-2 sebanyak 956 penderita. Perawat puskesmas menjelaskan pasien DM yang berobat diberikan terapi farmakologi, yaitu pemberian obat-obat kimiawi. Sementara itu hampir tidak pernah diberikan terapi non farmakologis. Selebihnya upaya-upaya promotif diberikan sebagai edukasi untuk menambah pengetahuan dan memperbaiki sikap. Pasien yang diwawancarai menyebutkan mereka merasa kondisi fisik menurun, berat badan relatif turun, asupan makanan seringkali kurang sesuai dengan nasihat petugas. Pasien dan keluarga melakukan aktifitas di rumah lebih banyak dengan menjalankan solat.

Berdoa kepada Allah mohon kesembuhan. Apabila ada sisa uang, dipakai untuk membeli vitamin, minum jamu, atau membeli sejenis herbal.

## 2. METODE

Rancangan penelitian ini adalah rancangan survei deskriptif. Penelitian bertujuan memberikan gambaran atau deskripsi atas variabel kualitas hidup penderita DM tipe-2 tentang fenomena, kondisi, dan situasi masalah. Penelitian dilakukan pada bulan Desember 2020 di wilayah Pusat Kesehatan Masyarakat Ngoresan Kecamatan Jebres Kota Surakarta. Populasi terjangkau yang diteliti adalah pasien yang terdiagnosis DM tipe-2 sesuai dengan catatan medik pasien. Jumlah penderita DM tipe-2 sebanyak 965 orang. Dengan teknik consecutive sampling diperoleh besar sampel 96 orang. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner. Peneliti mengadaptasi kuesioner Diabetic Quality of Life (DQoL) dengan 22 pertanyaan dengan empat pilihan jawaban: 1: tidak pernah; 2: jarang; 3: sering; 4: selalu. Kategori kualitas hidup dibagi menjadi dua: kategori tinggi dan rendah. Pengumpulan data primer dilakukan selama tiga minggu. Pengumpulan data dilakukan oleh perawat dan voluntir. Analisa data menggunakan statistic deskriptif menggunakan nilai-nilai mean, median, dan standar deviasi. Hasil penyajian data menggunakan tabel kontingensi.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 3.1. HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian meliputi paparan hasil tentang karakteristik demografi, Responden Distribusi frekuensi karakteristik demografi responden disampaikan pada tabel berikut:

Tabel 1. Distribusi responden menurut kategori demografi

| Variabel                             | Frekuensi | Persentase |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Usia (tahun)</b>                  |           |            |
| 60-64                                | 42        | 43,8       |
| 65-69                                | 29        | 30,2       |
| 70-74                                | 19        | 19,8       |
| 75-79                                | 5         | 5,2        |
| 80-84                                | 1         | 1,0        |
| <b>Jenis kelamin</b>                 |           |            |
| Laki-laki                            | 42        | 43,8       |
| Perempuan                            | 54        | 56,2       |
| <b>Status perkawinan</b>             |           |            |
| Menikah                              | 81        | 84,4       |
| Duda                                 | 5         | 5,2        |
| Janda                                | 10        | 10,4       |
| <b>Pekerjaan</b>                     |           |            |
| Tidak bekerja                        | 35        | 36,5       |
| PNS                                  | 3         | 3,1        |
| Wiraswasta                           | 18        | 18,8       |
| Pensiunan                            | 15        | 15,6       |
| Karyawan swasta                      | 25        | 26,0       |
| <b>Tingkat Pendidikan</b>            |           |            |
| Pendidikan dasar                     | 24        | 25,0       |
| Pendidikan menengah                  | 29        | 30,2       |
| Pendidikan tinggi                    | 43        | 44,8       |
| <b>Lama menderita (tahun)</b>        |           |            |
| 2-6                                  | 25        | 26,1       |
| 7-11                                 | 39        | 40,6       |
| 12-16                                | 22        | 22,9       |
| 17-21                                | 8         | 8,3        |
| 21-26                                | 2         | 2,1        |
| <b>Anggota keluarga yang merawat</b> |           |            |
| Suami                                | 52        | 54,1       |
| Istri                                | 30        | 31,3       |
| Anak                                 | 14        | 14,6       |
| <b>Jenis self-healing di rumah</b>   |           |            |
| Solat / puasa                        | 41        | 42,7       |
| Konsumsi suplemen                    | 7         | 7,3        |
| Aroma terapi                         | 17        | 17,7       |
| Terapi musik                         | 27        | 28,1       |
| Masase                               | 4         | 4,2        |

Berdasarkan hasil pada tabel diatas 44,8% responden pernah menempuh pendidikan tinggi, 43,8% responden

berusia antara 60-64 tahun, 56,2% adalah perempuan, sebagian besar (84,4%) telah menikah, lebih dari

sepertiga responden (36,5%) tidak bekerja, sekitar 40,6% responden menderita DM antara 7-11 tahun, diantara jumlah itu 54,2% dirawat suami di rumah. Aktifitas self-healing yang paling sering dilakukan berturut-turut adalah solat/puasa (42,7%), terapi musik (28,1%), aroma terapi (17,7%), konsumsi suplemen (7,3%), dan masase (4,2%). Sementara itu kualitas hidup penderita berdasarkan karakteristik demografi disampaikan pada tabel berikut.

Tabel 2. Proporsi kualitas hidup menurut demografi

| Demografi                     | Kualitas hidup |            |
|-------------------------------|----------------|------------|
|                               | Rendah         | Tinggi     |
| <b>Usia (tahun)</b>           |                |            |
| 60-64                         | 31 (73,8%)     | 11 (26,2%) |
| 65-69                         | 22 (75,9%)     | 7 (24,1%)  |
| 70-74                         | 16 (84,2%)     | 3 (15,8%)  |
| 75-79                         | 5 (83,3%)      | 1 (16,7%)  |
| <b>Jenis kelamin</b>          |                |            |
| Laki-laki                     | 31 (73,8%)     | 11 (26,2%) |
| Perempuan                     | 43 (79,6%)     | 11 (20,4%) |
| <b>Lama menderita (tahun)</b> |                |            |
| 2-6                           | 20 (80,0%)     | 5 (20,0%)  |
| 7-11                          | 30 (76,9%)     | 9 (23,1%)  |
| > 12                          | 24 (75,0%)     | 8 (25,0%)  |

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 2 diketahui proporsi tingkat kualitas hidup pada kelompok usia responden relatif sama. Demikian juga pada responden laki-laki dan perempuan hanya terpaut 6%. Sementara itu pada kategori lamanya menderita sakit hampir tidak ada bedanya dengan dua kategori sebelumnya. Secara statistic tingkat kualitas hidup cenderung termasuk kategori rendah.

### 3.2. PEMBAHASAN

Tingkat kualitas hidup penderita DM dapat dikaitkan dengan tingkat pendidikan seseorang. Pendidikan sangat berpengaruh pada perubahan sikap dan perilaku hidup sehat penderita. Seseorang yang berpendidikan tinggi mungkin akan mudah memahami konsep sehat sakit dan pemanfaatan fasilitas kesehatan secara baik. Pendidikan akan memberikan respon yang lebih rasional dan lebih berpotensi dibanding mereka yang berpendidikan rendah (Ardiani et al., 2019). Namun penelitian ini menunjukkan fakta menarik. Cukup banyak responden berpendidikan tinggi namun hasil pengukuran data menunjukkan rendahnya tingkat kualitas hidup. Dalam banyak bukti bahwa tidak selalu pendidikan berhubungan signifikan dengan status kesehatan seseorang dan juga kualitas hidup mereka. Secara teoritis ada banyak factor yang berperan dalam memperbaiki status kesehatan seseorang.

*Self-healing* merupakan salah satu yang dapat dilakukan untuk membentuk kesatuan integral yang saling mempengaruhi. *Self-healing* adalah metode penyembuhan penyakit bukan dengan obat, melainkan dengan menyembuhkan dengan mengeluarkan perasaan dan emosi yang terpendam di dalam tubuh. Selain itu, *self-healing* juga dapat dilakukan dengan hipnosis, terapi qolbu atau menenangkan pikiran. *Self-healing* dilakukan oleh penderita dan dalam banyak kasus juga dapat dibantu oleh terapis terlatih (Redho et al., 2019). Menurut Cuningham (2016) self-healing adalah upaya relieving of suffering (Cunningham, 1985). Upaya yang dilakukan individu dengan self-healing adalah mengupayakan usaha-usaha dari dalam diri sendiri untuk mencari kekuatan melawan sakit yang

dideritanya. Sehingga dengan usaha tersebut diharapkan sakit atau masalah yang diderita dapat sembuh tanpa perlu mengkonsumsi obat-obatan. Dalam banyak kasus, individu juga melakukan upaya yang disebutnya *sufi-healing*, yaitu menggunakan semacam doa dan material tertentu untuk mengobati penyakit (Huda, 2020).

Tentang kaitan *self-healing* dengan kualitas hidup banyak bukti menunjukkan adanya hubungan positif. *Self-healing* dapat mempengaruhi suasana hati, mengurangi depresi, memberikan keseimbangan emosional, meningkatkan kepercayaan, meningkatkan potensi diri dan meningkatkan aktivitas fisik. Manfaat lain adalah adanya peningkatan yang signifikan dalam emosional, fisik, psikologis dan sosial (Friedman et al., 2016). Responden yang beragama Islam, solat dijadikan ritual sekaligus upaya penyembuhan (Cita et al., 2016). Dengan menjalankan solat fisik merasa sehat, mental dan pikiran lebih tenang dan hubungan social menjadi lebih baik. *Self-healing* lain seperti mengkonsumsi suplemen makanan atau multivitamin cenderung untuk tujuan kebugaran fisik. Termasuk juga adalah akupuntur dan bekam. Sementara itu *mind-body medicine* seperti yoga, taichi dan meditasi lebih sering dilakukan oleh kelompok tertentu atau etnis tertentu dengan tujuan untuk menyeimbangkan fisik dan batin. Bagi non muslim aktifitas spiritual healing atau prayer dilakukan hampir sama dengan tujuan solat bagi muslim (Berlian, 2017).

#### 4. KESIMPULAN

Responden sebagian besar adalah penderita perempuan dengan rentang usia 60-64 tahun adalah yang terbanyak. Sebagian besar telah menikah. Sebagian dari penderita

pernah mengenyam pendidikan tinggi. Rerata lama menderita sakit DM adalah antara 7-11 tahun. Berdasarkan analisis data tingkat kualitas hidup penderita DM tipe-2 termasuk kategori rendah. Aktifitas *self-healing* di rumah antara lain dengan solat dan puasa, terapi music, aroma terapi, konsumsi suplemen, dan masase.

*Self-healing* pada intinya merupakan metode yang menumbuhkan diri sendiri dan erat hubungannya dengan kesehatan fisik dan mental. Mereka merupakan dua sisi yang sama dimana kebiasaan, disposisi, dan reaksi yang secara langsung dan tidak langsung saling berhubungan dan mempengaruhi (Friedman et al., 2016).

#### REFERENSI

- Ardiani, H., Lismayanti, L., & Rosnawaty, R. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Lansia di Kelurahan Mугarsari Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya Tahun 2014. *Healthcare Nursing Journal*, 1(1), 42–50.
- Badan Penelitian Pengembangan dan Kesehatan. (2018). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Bahtiar, Y., & Suprpti, H. B. (2016). Pengaruh Terapi Hipnosis Terhadap Kadar Gula Darah Pda PAsien Dm Tipe 2 Di Kota Tasikmalaya. *Journal Poltekkes Tasikmalaya*.
- Berlian, R. (2017). Terapi Modalitas: Food Combining, Pengobatan Tradisional, dan Meditasi untuk Penderita Diabetes Melitus. *Jurnal Kesehatan*.
- Cita, E. E., Wulandari, T., & Istanti, Y. P. (2016). Terapi Islamic Self Healing Terhadap Quality of Live Pada Klien Gagal Ginjal Kronis Dengan Terapi Hemodialisa. *Indonesian Journal of Nursing Practices*, 3, 43–56.
- Cunningham, A. (1985). Healing from

- within. *Healing from Within*, 7(1), 81–82.
- Dinas Kesehatan Kota Surakarta. (2017). Dinas Kesehatan Kota Surakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2018). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dominggo, J. A., Parjo, & Herman. (2017). Pengaruh Self-Healing metode doa Terhadap Skor Kecemasan Pada Lansia Di Panti Jompo Graha Kasih Baapa Kecamatan Sungai Raya Kabupaten Kebun Raya. *Jurnal.Untan.Ac.Id*, 3.
- Erniantin, D., Martini, Udiyono, A., & Saraswati, L. D. (2018). Gambaran Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus pada Anggota Dan Non Anggota Komunitas Diabetes Di Puskesmas Ngrambe. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(1), 215–224.
- Friedman, H., Duggan, K., & Heilmayr, D. (2016). Self-Healing Personalities. *Journal Of Oncologi Nurssing*, 101.
- Huda, M. S. (2020). Sufi Healing Commodification Throughout East Java Urban Environments. *EL-HARAKAH (TERAKREDITASI)*, 22(2), 287–307. <https://doi.org/10.18860/eh.v22i2.10021>
- Hudatul Umam, M., Solehati, T., & Purnama, D. (2020). Gambaran Kualitas Hidup Pasien Dengan Diabetes Melitus Di Puskesmas Wanaraja. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada, January*, 70–80. <https://doi.org/10.34035/jk.v11i1.419>
- Mufidah, S. (2018). *BAB 1 Pendahuluan Latar Belakang*. Eprints.Ums.Ac.Id.
- Redho, A., Sofiani, Y., & Warongan, A. W. (2019). *Pengaruh Self-Healing Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien OP*. 1.
- Subandi, E. (2019). *Efektifitas Modern Dressing Terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetes Melitus Tipe 2*. 40.
- Wahyuni, A., Kartika, I. R., & Pratiwi, A. (2018). Relaksaksi Autogenik Menurunkan Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Real In Nursing Journal (RNJ)*, 134.