

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
PASIEN DM DI RUMAH SAKIT RSUD KABUPATEN
TEMANGGUNG TAHUN 2018**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Muhammadiyah Magelang



Disusun oleh :

FEBRI MUGI HARTANTO

14.0603.0005

**PRODI ILMU S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELAN
2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
PASIENT DM DI RUMAH SAKIT RSUD KABUPATEN
TEMANGGUNG TAHUN 2018**

**Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi
Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah**

Magelang

**Magelang, Agustus 2018
Pembimbing I**



**Puguh Widiyanto, S.Kp, M.kep
NIDN. 0621027203**

Pembimbing II

**Ns. Sodik Kamal S.kep, M.Sc
NIDN. 0610128001**

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Febri mugihartanto

NPM : 14.0603.0005

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di rumah sakit RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2018

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. RetnaTri Astuti, M.kep

(.....)

Penguji II : Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep

(.....)

Penguji III : Ns. Sodik Kamal, M.Sc

(.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : Agustus 2018

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN HALAMAN
PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya seni ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Febri Mugi Hartanto
NPM : 14.0603.0005
Tanggal : Agustus



Febri Mugi Hartanto

14.0603.0005

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda di bawah ini :

Nama : Febri Mugi Hartanto
NPM : 14.0603.0005
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Kesehatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (Non-Exclusive-Royalty-Fee Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien DM di RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2018.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalih-media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Magelang

Pada tanggal : Agustus



nyatakan

Febri Mugi Hartanto

14.0604.0005

HALAMAN MOTTO

**“Rasa malas akan menghambat kita menuju sebuah keberhasilan
dan kesuksesan yang akan diraih diesok hari”
(Penulis)**

LEMBAR PERSEMBAHAN

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi dan atas dukungan serta do'a dari orang-orang tercinta, akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya khaturkan rasa syukur dan terimakasih saya kepada:

Allah SWT, karena hanya atas izin dan karunian-Nyalah maka skripsi ini dapat dibuat dan selesai pada waktunya. Puji syukur yang tak terhingga pada Allah SWT yang meridhoi dan mengkabulkan segala do'a

Kepada Ayahanda Mugi Waluyo dan Ibunda Darningsih, Ninik Sihandayani tercinta, yang telah memberikan dukungan moral maupun materi serta do'a yang tiada henti untuk kesuksesanku, karena tiada kata seindah lantunan do'a dan tiada do'a yang paling khusus selain do'a yang terucap dari orang tua. Ucapan terimakasih saja takkan cukup untuk membalas kebaikan orang tua, karena itu terimalah persembahan bakti dan cintaku untuk kalian bapak ibuku.

Kepada kakakku Rosa Lina Ayuningtyas, adikku Rossa Sulistyo Ningsih tersayang yang juga turut mendo'akan yang terbaik buatku serta dukungannya yang terus mengalir dan membuat hidupku lebih berarti

Kepada Kintan Dwi Hapsari, yang selalu memberikan perhatian dan membuat hidupku lebih berwarna, terimakasih atas kesbaran, semangat dan motivasi yang diberikan selama proses menyelesaikan skripsi ini. Thank you for being the reason I smile...

Kepada Sahabat setiaku (Ade, Sapto, Faris, Tanjung, Sariono, Andi dan Rohmad) tak lupa teman-teman Kopuno terimakasih atas supportnya dan terimakasih selalu memberi tawa saat hati resah terimakasih telah lewati suka duka bersama.

Kepada teman-teman seperjuangan khususnya rekan-rekan FIKES S1 Keperawatan dan terimakasih selalu memberi tawa saat hati resah terimakasih telah lewati suka duka bersama.

Terimakasih juga kepada Almamaterku kampusku UMM, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis

Nama : Febri Mugi Hartanto
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup
Pasein DM di RSUD Kabupaten Temanggung Tahun
2018

ABSTRAK

Latar Belakang : Dukungan keluarga diperlukan untuk memberikan kenyamanan fisik dan psikologis seseorang saat mengalami sakit. Dukungan keluarga sangat penting bagi kelangsungan hidup penderita DM, sehingga dengan dukungan keluarga yang baik maka kualitas hidup penderita DM akan baik. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM di RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2018. **Metode:** Jenis penelitian ini menggunakan *description corelation* dengan pendekatan *cross-sectional*. **Hasil:** dari uji *spearman-rank* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada penderita DM di RSUD Kabupaten Temanggung nilai $p = 0,001$ ($p \text{ value} < \alpha 0,05$) sehingga didapatkan hasil bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. **Kesimpulan:** Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2018 yaitu semakin baik dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga semakin baik pula kualitas hidup pada pasien DM. **Saran:** Hasil penelitian ini diharapkan dapat diteruskan dengan mengkaji tentang analisis faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita DM.

Kata kunci : Dukungan Keluarga, Kualitas Hidup, Diabetes Melitus

Name : Febri Mugi Hartanto
Study Program : S1 Nursing Science
Title : Relationship of Family Support with Quality of Life DM Patients in Temanggung District Hospital in 2018

ABSTRACT

Background : Family support is needed to provide physical and psychological comfort of a person when experiencing pain. Family support is very important for the survival of DM patients, so that with good family support, the quality of life of DM patients will be good. **Objective** : This study aims to determine the relationship of family support to the DM Patient's at RSUD Temanggung in the year of 2018 quality of life **Methods** : This type of research used was *description corelation with cross-sectional* approach. **Results** : from the test *spearman-rank* showed that there was a significant relationship between family support and quality of life in patients with diabetes mellitus at RSUD p value of 0.001 (p value $<\alpha$ 0.05) so that the results were H_0 rejected and H_a accepted. **Conclusion** : There is a relationship between family support and quality of life of DM patients in RSUD Kabupaten Temanggung in 2018, the better family support provided by the family, the better the quality of life in DM patients. **Suggestion** : The results of this study are expected to be continued by reviewing the analysis of the factors that most influence the quality of life of DM patients.

Keywords : Family Support, Quality of Life, Diabetes Mellitus

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di rumah sakit RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2018”. Dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menghaturkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep., selaku Dekan Fakultas ilmu Kesehatan Universitas Muhamadiyah Magelang dan selaku pembimbing 1, yang bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam penyusunan skripsi.
2. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep., selaku Ketua Prodi Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhamadiyah Magelang.
3. Ns. Sodik Kamal S.Kep M.Sc selaku pembimbing 2, yang telah bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam penyusunan skripsi.
4. Kepala Direktur RSUD Kabupaten Temanggung yang telah memberikan izin dalam melakukan studi pendahuluan.
5. RSUD Kabupaten Temanggung yang telah memberikan izin dalam pengambilan data responden.
6. Seluruh dosen dan Staff Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhamadiyah Magelang.
7. Keluarga besarku tercinta yang selalu memberikan motivasi dan doa sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Teman-teman Program Studi S1 Ilmu Keperawatan angkatan 2014 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhamadiyah Magelang yang memberikan motivasi dan bantuan selama ini.

9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang tidak memberikan bantuan selama penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari skripsi ini jauh dari sempurna, baik dalam tata laksana ataupun tata cara penyajiannya. Oleh karena itu, semoga Allah SWT membalas semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Magelang, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN HALAMAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS	v
MOTTO.....	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT.....	ix
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR SKEMA.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	5
1.6 Keaslian Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Diabetes Mellitus	7
2.2 Dukungan Keluarga.....	13
2.3 Kualitas Hidup.....	21
2.4 Kerangka Teori.....	26
2.5 Hipotesis	27
BAB 3 METODE PENELITIAN	28
3.1 Desain Penelitian.....	28

3.2 Kerangka Konsep	29
3.3 Definisi Operasional Penelitian.....	30
3.4 Populasi dan Sampel	31
3.5 Waktu dan Tempat Penelitian	33
3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data	34
3.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data.....	36
3.8 Etika Penelitian	38
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	40
4.1 Hasil Penelitian	40
4.2 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien DM	44
4.3 Pembahasan.....	45
4.4 Keterbatasan.....	50
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	51
5.1 Kesimpulan.....	51
5.2 Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA	53
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.6 Keaslian Penelitian.....	5
Tabel 3.2 Definisi Operasional.....	30
Tabel 3.3 Kisi-kisi Dukungan Keluarga.....	34
Tabel 3.4 Kisi-kisi Kualitas Hidup.....	35
Tabel 4.1 Analisis Karakteristik Penderita DM Berdasarkan Usia	40
Tabel 4.2 Analisis Karakteristik Penderita DM Berdasarkan Lama Menderita.....	41
Tabel 4.3 Analisis Karakteristik Penderita DM	42
Tabel 4.4 Analisis Dukungan Keluarga pada Penderita DM	43
Tabel 4.5 Analisis Kualitas Hidup pada Penderita DM	43
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita DM	44

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	26
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	29

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus merupakan sekelompok penyakit metabolik dengan karakteristik terjadinya peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi), yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, aktivitas insulin dan keduanya (Smeltzer & Bare, 2008). Prevalensi penderita DM tiap tahun meningkat, di dunia penderita DM tahun 2002 mencapai 171 juta orang dan akan terus meningkat hingga 366 juta orang ditahun 2030 (WHO, 2006). Indonesia sendiri memiliki kasus penyakit diabetes mellitus dengan presentase penyakit dengan penderita yang cukup banyak, pada tahun 2013, penderita diabetes mellitus di Indonesia sebanyak 7,6 juta jiwa dan diperkirakan akan bertambah setiap tahunnya sebanyak 6 persen. Indonesia menduduki peringkat ke 7 penderita DM terbanyak di dunia. (Rachmaningtyas, 2013).

DM merupakan penyakit kronis yang menimbulkan berbagai macam komplikasi yang cukup berat. Komplikasi DM meliputi meningkatnya resiko penyakit jantung dan stroke dan *neuropati* (kerusakan syaraf), retinopati diabetikum dan gagal ginjal (Kemenkes RI, 2014). Berbagai komplikasi tersebut yang terjadi dapat mempengaruhi terhadap kualitas hidup penderita DM (Tamara, Byhakki, Nauli, 2014).

Kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisi dalam hidup pada konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan pendekatan yang digunakan dalam tujuan, harapan, standar yang ditetapkan, kualitas hidup yang kurang baik dapat mempengaruhi semangat untuk penderita dan keluarga yang mengasuh sehingga mempengaruhi kualitas hidup penderita (Fayers, P. M., & Machin, D., 2013). Kualitas hidup penderita DM meliputi beberapa aspek. Buruk/rendahnya kualitas hidup penderita disebabkan oleh berbagai komplikasi diabetes melitus seperti obesitas, hipertensi, dan perubahan

fungsi seksual. Selain dari faktor komplikasi kualitas hidup juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Menurut Javanbakht (2012), pasien DM umumnya mengalami penurunan kualitas hidup.

Berdasarkan Studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Kabupaten Temanggung di Poliklinik dan Bangsal penyakit dalam, didapatkan data dari 10 pasien, sebagian pasien yang diwawancara mengatakan kurangnya dukungan dari keluarga dan kualitas hidupnya rendah. Studi pendahuluan ini dilakukan dengan melakukan wawancara dan pengisian kuesioner dukungan keluarga dan kualitas hidup. Dari dukungan keluarga hasil menunjukkan pasien dengan dukungan instrumental yang kurang 8 orang, dukungan informasi yang kurang 7 orang, dukungan penghargaan yang kurang 6 orang. Sedangkan pada kualitas hidup terhadap 10 pasien yang menderita DM. Hasil menunjukkan pasien dengan kualitas hidup rendah 5 orang (50%), pasien dengan kualitas hidup sedang 2 orang (20%) dan dengan kualitas hidup tinggi terdapat 3 pasien (30%).

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Faktor tersebut adalah kesempatan yang potensial, perubahan lingkungan, perubahan politik, pengalaman hidup, sumber daya, kejadian dalam hidup dan dukungan keluarga (Yusra, 2011). Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, dukungan keluarga merupakan faktor yang paling penting yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita DM di poliklinik penyakit dalam RSUP fatmawati Jakarta (Yusra, 2011).

Dukungan keluarga merupakan faktor penting untuk mempertahankan kualitas hidup (Robinson, Byhakki, Nauli, 2010). Dukungan keluarga merupakan bentuk dukungan yang diberikan oleh salah satu anggota keluarga untuk memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada seseorang yang mengalami sakit (Friedman, 2014). Miller & DiMatteo (2013) menyampaikan bahwa dukungan keluarga dan sosial adalah aspek penting untuk mendukung kepatuhan dalam menjalani terapi DM. Beberapa penelitian korelasi menunjukkan adanya

hubungan yang positif dan signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan terapi pada pasien DM (Miller & DiMatteo, 2013). Yun&Kim (2009) menyampaikan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan dengan terapi diet pasien DM dan gula darah.

1.2 Rumusan Masalah

Diabetes mellitus adalah penyakit kronis menahun yang membutuhkan penanganan untuk mencegah komplikasi. Komplikasi yang muncul pada penderita DM menyebabkan kualitas hidupnya rendah. Dalam rangka mencegah komplikasi maka dibutuhkan perawatan yang rutin. Perawatan rutin yang harus dijalani oleh penderita DM membutuhkan dukungan keluarga. Dukungan keluarga tersebut meliputi dukungan instrumental, emosional, penghargaan, dan informasi. Sebagian penderita DM di RSUD Temanggung yang menjadi responden dalam studi pendahuluan yang kali lakukan memiliki kualitas hidup rendah. berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk mengkaji "Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di RSUD Kabupaten Temanggung "

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus di RSUD Kabupaten Temanggung.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik demografi pasien DM

1.3.2.2 Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dukungan keluarga pasien DM

1.3.2.3 Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas hidup pasien DM

1.3.2.4 Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di RSUD Kabupaten Temanggung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pendidikan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dipergunakan sebagai bahan acuan dalam proses belajar mengajar khususnya mata kuliah keperawatan penyakit dalam (KMB) dengan topik hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM.

1.4.2 Bagi Institusi Rumah Sakit dan Petugas keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan informasi pada pasien dalam hal dukungan keluarga hubungannya dengan kualitas hidup pasien Diabetes Melitus yang sehingga memberikan pelayanan kesehatan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pasien DM. Petugas kesehatan terutama perawat dapat memberikan program pengontrolan DM dengan berfokus pada dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien yang sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM.

1.4.3 Keluarga dengan pasien DM

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengetahuan atau stimulus untuk memberikan dukungan kepada pasien DM bahwa pentingnya peran keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

1.4.4 Pasien DM

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai stimulus untuk meningkatkan kualitas hidup. Pasien DM akan merasa lebih nyaman dengan dukungan yang diberikan oleh keluarganya sehingga akan menjalani pengobatan dengan rutin, merasa dirinya lebih berharga walaupun dengan penyakit DM dan kualitas hidupnya akan meningkat.

1.4.5 Penelitian selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi bahan acuan/dasar penelitian selanjutnya untuk melakukan penelitian yang berhubungan dengan dukungan keluarga dan kualitas hidup pada pasien DM.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini masuk dalam ilmu keperawatan penyakit dalam (KMB) yang akan membahas tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di RSUD Kabupaten Temanggung

1.6 Keaslian Penelitian

Tabel 1.6 Keaslian Penelitian

PENELITI	JUDUL	METODE	HASIL	PERBEDAAN
Romadhani Tri Purnomo, Supardi 2013	Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi klien diabetes mellitus untuk melakukan latihan fisik di dinas kesehatan dan kesjahteraan sosial kabupaten Klaten	Metode <i>diskriptif korelatif</i> dengan rancangan <i>Coss sectional design</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi klien diabetes mellitus untuk melakukan latihan fisik dengan perhitungan uji korelasi <i>Rank Spearman</i> diperoleh nilai $r = 0,6000$ dan $p\text{ value} = 0,000$.	Variabel dalam penelitian ini adalah hubungan dukungan keluarga dengan motivasi klien diabetes mellitus untuk melakukan latihan fisik sedangkan dalam penelitian yang akan dilakukan yaitu hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM
Zumeli, dkk 2014	Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialis	Metode <i>diskriptif korelasi</i> dengan pendekatan <i>Coss sectional design</i>	Hasil ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien GJK yang menjalani terapi hemodialisa	Variabel bebas pada penelitian tersebut hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup. Variabel terikat pada penelitian tersebut pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis. Variabel bebas pada penelitian ini hubungan dukungan keluarga. Variabel terikat kualitas hidup pasien DM
Mabsusah, 2016	Kualitas hidup (<i>quality of life</i>) pasien diabetes melitus di RSUD.DR.H. Slamet	Deskriptif	Kualitas hidup penderita diabetes melitus secara keseluruhan baik dan	Alat ukur pada penelitian ini adalah dengan menggunakan kuisioner WHOQOL-

	martodirjo kabupaten pamekasan madura		persepsi penderitanya adalah memuaskan	BREEF, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan menggunakan kuisisioner HDFSS dan DQOL
Aini yuzra, 2011	Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam RSUP Fatmawati jakarta	Analitik <i>cross sectional</i>	Didapatkan variabel yang berhubungan dengan kualitas hidup yaitu umur (<i>p vaule</i> 0.001; α 0.05), pendidikan (<i>p vaule</i> 0.001; α 0.05) dan komplikasi (<i>p vaule</i> 0.001; α 0.05).	Penelitian ini mengunakan uji t- independen dan regresi linier berganda. Sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan menggunakan uji spearman rank

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Diabetes Militus

2.1.1 Definisi

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis yang sangat kompleks, dalam perawatannya membutuhkan perawatan yang teratur karena diabetes melitus merupakan penyakit seumur hidup sehingga perlu cara perawatan yang baik, dari segi dukungan orang-orang terdekat juga sangat penting dalam pencegahan komplikasi dari diabetes melitus yang tidak terkontrol serta dapat meningkatkan intervensi DM (ADA, 2015).

Menurut Soegondo (2009), diabetes melitus adalah penyakit kelainan dari kinerja insulin dan merupakan penyakit kronis yang sulit untuk disembuhkan yang dalam perawatannya membutuhkan perawatan yang serius untuk mencegah terjadinya komplikasi dan meningkatkan intervensi.

Diabetes melitus adalah suatu keadaan, dimana kadar gula darah lebih tinggi dari nilai normal, (normal : 60 mg/dl sampai dengan 145 mg/dl). Hal tersebut disebabkan karena tidak dapatnya gula memasuki sel-sel (Mirza, 2009). Dapat diambil kesimpulan bahwa DM merupakan penyakit seumur hidup yang tidak dapat disembuhkan hal tersebut akan mempengaruhi dari segi kualitas hidup penderita DM.

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Militus

2.1.2.1 Diabetes tipe 1

DM tipe 1 adanya sebuah kerusakan pada sel-sel beta yang ada dipankreas disebabkan oleh virus autoimun yang menyebabkan pankreas tidak mampu menghasilkan insulin. DM tipe 1 sering terjadi pada usia kurang dari 35 tahun sehingga disebut *baby diabetes mellitus* (ADA, 2015, Suyono, 2009).

2.1.2.2 Diabetes tipe 2

Dalam DM tipe 2 merupakan kelainan pada heterogen dengan tanda-tanda adanya retensi insulin perifer, gangguan *hepatic glucose production* (HGP), serta penurunan dari fungsi sel beta sehingga mengakibatkan kerusakan pada sel beta (Suyono, 2009).

2.1.2.3 Gestational diabetes melitus (GDM)

Adalah penyakit DM yang diderita oleh wanita hamil pada masa kandungan 6 bulan kehamilan. Penyakit ini sangat perlu dikendalikan dikarenakan beresiko terhadap kandungan dengan kelainan sejak lahir seperti berhubungan dengan jantung, cacat otot, dan berat badan bayi lahir lebih dari 4kg atau disebut (*makrosomia*). Selain beresiko bagi bayi juga dapat beresiko bagi ibu karena hanya 20-25 % ibu hamil dengan GDM dapat bertahan hidup (Sari, 2012).

2.1.2.4 Diabetes melitus karena penyakit lain

DM dengan penyakit lain ini dikarenakan oleh penyakit seperti sindrom diabetes monogenik yaitu diabetes neonatal dan diabetes onser muda, penyakit pankreas eksokrin, bisa juga dikarenakan bahan kimia seperti pengobatan HIV, narkoba dan setelah transplantasi organ (ADA, 2015).

2.1.3 Faktor Resiko

Kemampuan sosial ekonomi yang meningkat, dengan perubahan gaya hidup yang kurang baik dapat mengakibatkan banyak manusia terkena penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, hipertensi, diabetes, dan lain-lain. Di negara berkembang tingkat penderita DM meningkat dikarenakan hal tersebut (Suyono, 2009). Faktor resiko dari DM antara lain ada faktor usia, faktor keturunan atau gen, faktor obesitas (kegemukan), dan faktor demografi. Faktor usia adalah diabetes secara umum dialami oleh usia lebih dari 45 keatas. Sebagian banyak menyerang orang dengan berat badan lebih dikarenakan orang yang obesitas dalam tubuhnya tidak peka terhadap insulin. Faktor keturunan atau gen adalah DM menyerang orang dengan keturunan riwayat DM dikarenakan kelainan pada tubuh yang tidak dapat memproduksi insulin. Faktor demografi adalah jumlah penduduk yang meningkat sehingga meningkatnya juga populasi dari usia 40

tahun ke atas dan kekurangan gizi (Sustrani, Alam & Hadibroto dalam Yusra, 2011).

2.1.4 Manifestasi klinik

2.1.4.1 *Polyuria* (kencing banyak)

Penyakit DM sering terjadi dengan tandai kadar gula darah yang melebihi normal diatas 160-180 mg/dl sehingga akan sampai ke urine. Glukosa yang sampai ke urine tersebut jika bertambah tinggi maka hal tersebut akan memicu ginjal bekerja lebih keras membuang air tambahan untuk mengencerkan glukosa tersebut karena sifat dari gula yang menarik air sehingga mengakibatkan *polyuria* (banyak kencing) (Sari, 2012).

2.1.4.2 *Polydipsia* (banyak minum)

Terkait *polyuria* atau banyak kencing yang dialami penderita DM akan menggantikan cairan yang keluar tersebut dengan banyak minum. Penderita DM yang sering minum atau sering meminum minuman yang segar dan dingin untuk menghindari dehidrasi. Kadaan seperti ini sering disalahartikan oleh penderita DM sebagai rasa haus yang disebabkan karena cuaca yang panas (Subekti, 2009).

2.1.4.3 *Polyphagia* (banyak makan)

Seorang yang menderita DM akan mengalami kekurangan pasokan gula ke dalam sel-sel tubuhnya sehingga proses pembentukan energi di dalam tubuh tidak akan berjalan secara optimal sehingga penderita DM akan merasakan lapar yang nantinya akan menyebabkan banyak makan (Subekti, 2009).

2.1.5 Komplikasi

Diabetes melitus dapat menimbulkan komplikasi antara lain komplikasi akut dan komplikasi kronis :

A. Komplikasi akut

Terjadinya kenaikan dan penurunan glukosa darah secara tajam dalam waktu yang singkat. Komplikasi akut ini antara lain :

1) Hiperglikemia

Hipoglikemia ditandai dengan keadaan kadar gula darah di bawah nilai normal. Yaitu kurang dari 50 mg/dl. Penyebab dari hipoglikemia adalah penggunaan obat *hipoglikemik* oral seperti sulfonilurea khususnya klorpropamida dan glibenklamida. Gejala-gejala yang sering timbul yaitu lapar, tekanan darah turun, lemah, lesu, kesulitan dalam menghitung sederhana, keringat dingin dan tidak sadar (koma) dengan atau tanpa kejang (Boedisantoso, 2009).

2) Ketosidosis diabetik atau koma diabetik

Koma diabetik adalah suatu keadaan yang sangat kekurangan insulin dan terjadinya mendadak, terjadi akibat tingginya kadar gula darah sehingga dapat memenuhi energi dalam tubuh dan mengakibatkan metabolisme tubuh berubah. Dengan terpenuhinya energi dalam tubuh membuat sel lemak pecah dan membentuk senyawa hasil metabolisme lemak (*keton*). *Keton* tersebut nantinya akan dibawa oleh urine dan baunya dapat tercium saat bernafas sehingga mengakibatkan kerusakan jaringan tubuh bahkan tidak sadarkan diri atau koma. Komplikasi ini disebabkan oleh infeksi dan kelainan dalam pemberian insulin pada pasien DM (Sari, 2012).

3) Koma hiperosmoler non ketotik (KHNK)

Adalah koma yang terjadi dengan ditandai tidak adanya penimbunan lemak dalam tubuh sehingga pernafasan menjadi cepat dan dalam (*kussmaul*). Pada keadaan lanjut dapat mengalami koma biasanya mempunyai gejala seperti dehidrasi yang berat, hipotensi, dan menimbulkan *shock* (Sari, 2012 & Boedisantoso 2009).

4) Koma laktoasidosis

Keadaan dimana asam laktat di dalam tubuh tidak dapat mengubah menjadi *bikarbonat* sehingga terjadi *hiperlaktatemia* dan akhirnya terjadi koma. Komplikasi ini terjadi karena infeksi gangguan faal hepar dan ginjal (Sari, 2012).

B. Komplikasi Kronis Diabetes Melitus

1) Retinopati diabetika (RD)

Retinopati diabetika ditandai dengan penglihatan yang mendadak menjadi buram dan perlu bantuan dari kaca mata. Kadar gula darah yang tinggi dapat merusak

pembuluh darah di retina sehingga menyebabkan kekaburan pada lensa mata (Ndraha, 2014).

2) Nefropati diabetika (ND)

Dengan bekerjanya ginjal selama 24 jam untuk membersihkan darah dari racun. Membuat ginjal yang terdapat racun didalamnya, protein yang seharusnya dipertahankan ginjal bocor keluar. Penderita DM akan mengalami tekanan darah tinggi yang dapat mempengaruhi kerusakan pada ginjal (Ndraha, 2014).

3) Neuropati diabetik

Merupakan ketidakmampuan saraf untuk mengirim pesan-pesan ke salah satu implus saraf, terjadi salah kirim dan lambat kirim . Pada penderita DM kadar gula darah yang lama tidak terkendali akan melemah dan merusak dinding dari pembuluh kapiler yang memberi makan ke saraf sehingga terjadi kerusakan saraf (Ndraha, 2014).

2.1.6 Adaptasi Psikologis Pada Pasien DM

Stres merupakan hal yang dialami oleh seseorang, merupakan keadaan dimana tuntutan non spesifik mengharuskan seseorang untuk berespon dan melakukan sesuatu. Respon tersebut berupa respon fisiologis dan psikologis. Stres dapat menyebabkan perasaan negatif, yang tidak sejalan dengan yang diinginkan atau mengancam kesejahteraan emosional. Stres juga dapat mengganggu cara seseorang melihat kenyataan, menyelesaikan masalah, berfikir secara umum, hubungan seseorang dan rasa memiliki. Stress diakibatkan oleh pengalaman atau persepsi individu terhadap perubahan (Potter & Perry, 2005). DM dengan berbagai perubahan fisik yang mengharuskan kepatuhan penderita untuk mengontrol penyakit dapat menjadi stres.

Adaptasi bisa diartikan sebagai mekanisme coping. Berorientasi pada tugas, yang mencakup penggunaan teknik penyelesaian masalah secara langsung untuk menghadapi suatu ancaman, pertahanan ego, yang bertujuan mengatur stress emosional. Reaksi pasien DM dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Semiardji, 2006).

2.1.6.1 Sikap menyangkal

Setiap pasien pastinya memiliki kemampuan adaptasi, beberapa diantaranya dapat memperlihatkan perilaku menyangkal pada pertama kali terdiagnosa penyakit. Pasien DM terkadang tidak menerima kenyataan bahwa dari pola makan dapat mempengaruhi penyakit yang dideritanya sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama untuk dapat merubah kebiasaan dan gaya hidup.

2.1.6.2 Obsesif

Suatu sikap yang berbanding terbalik dengan sikap penyangkalan terhadap DM. Pasien yang terobsesi akan melakukan sesuatu dengan sesempurna mungkin untuk mengatasi DM. Akibatnya adalah terjadi kelelahan dan kekecewaan dan merasa bahwa DM membatasi hidupnya.

2.1.6.3 Marah

Keadaan pasien yang merasa hidupnya terganggu cenderung akan mengakibatkan emosi yang tidak terkontrol, dimana pasien DM diharuskan mematuhi aturan yang akan mengganggu kebebasan dalam melakukan aktivitas yang ingin dilakukan.

2.1.6.4 Frustrasi

Frustrasi adalah hal yang sering dialami oleh pasien DM dikarenakan setiap hari penyakit yang diderita, dan akan timbul perasaan tidak berdaya dikarenakan penyakit yang tidak kunjung sembuh.

2.1.6.5 Takut

Banyak hal yang dapat menimbulkan rasa takut pada pasien DM, berhubungan dengan *prognosis*, komplikasi dari penyakit dan kehilangan fungsi sosial di masyarakat.

2.1.6.5 Depresi

Kejadian depresi sering terjadi karena pasien mengalami komplikasi kronik yang susah untuk disembuhkan. Komplikasi yang diderita membuat keadaan sehari-hari menjadi lebih sulit sehingga menimbulkan kesedihan yang berkepanjangan. Penyakit diabetes melitus menyebabkan efek psikososial seperti depresi, dimana pasien DM menunjukkan sikap negatif dalam pengendalian diabetes melitus seperti tidak melakukan program diet yang telah diberikan, kurang aktivitas fisik, merokok serta kurangnya kepatuhan terhadap pengobatan (Riley et al, 2009).

Penyakit yang diderita, pengobatan yang dijalani dapat berpengaruh terhadap kapasitas fungsional pasien, psikologis dan kesehatan sosial serta kesejahteraan pasien DM yang didefinisikan sebagai kualitas hidup (Quality of Life/QOL) (Isa & Baiyewu, 2008).

2.2 Dukungan Keluarga

2.2.1 Definisi dukungan keluarga

1. Pengertian keluarga

Pasien diabetes melitus sering kali merasakan keputusasaan yang berlebih dikarenakan masalah dalam dimensi kesehatan fisik, berupa aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat-obatan, masalah tidur, istirahat, mobilisasi. Pada dimensi kesejahteraan pasien DM mengalami masalah psikologis berupa perasaan negatif, perasaan positif, spiritual/agama/keyakinan, berfikir. Pada hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial akan aktivitas seksual dan dimensi hubungan dengan lingkungan mencakup kebebasan, keamanan, keselamatan fisik, perawatan kesehatan sehingga diambil kesimpulan bahwa dukungan keluarga sangat penting dan berhubungan dalam perawatan pasien DM (Nimas, 2012).

Keluarga merupakan penyatuan dari dua orang atau lebih disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasikan dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga juga diartikan sebagai kelompok individu yang tinggal hidup bersama dalam satu atap dengan atau tidak adanya hubungan darah, pernikahan, adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, 2010).

Keluarga adalah suatu unit yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang setiap individu memiliki tugasnya masing-masing sesuai dengan jenis kelaminnya, seperti halnya seorang ibu bertugas memasak, mencuci, bersih-bersih rumah dan serta mengasuh anak, sedangkan tugas dari seorang ayah adalah pergi bekerja keluar rumah untuk mencari nafkah (Potter & Perry, 2005). Keluarga merupakan

sekelompok orang yang bersama-sama bersatu dengan sebuah kedekatan emosional dan mengidentifikasi dirinya bagian dari keluarga (Friedman, 2014).

2. Tipe keluarga

Keluarga sangat memerlukan pelayanan kesehatan, yang mana pelayanan kesehatan itu sesuai dengan perkembangan sosial masyarakat setempat sehingga mempunyai tipe agar dapat mengembangkan derajat kesehatannya antara lain :

a. Keluarga inti

Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Ayah bekerja untuk mencari nafkah dan ibu mengurus rumah tangga. Keluarga inti bisa disebut juga *transformasi demografi* dan sosial yang paling signifikan (Friedman, 2014).

b. Keluarga adopsi

Keluarga jenis ini merupakan cara untuk membentuk sebuah keluarga dengan menyerahkan tanggung jawab orang tua kandung kepada orang tua adopsi secara sah dan saling menguntungkan. Keluarga adopsi ini terbentuk dari latar belakang seperti pasangan yang tidak memiliki anak kandung, tetapi ingin menjadi orang tua sehingga jalan yang ditempuh dengan cara mengadopsi anak dari pasangan lain (Friedman, 2014).

c. Keluarga asuh

Keluarga asuh merupakan salah satu dari unit pelayanan kesehatan yang diberikan untuk mengasuh anaknya ketika keluarga kandung sedang sibuk. Sifat dari keluarga asuh akan memberikan sebuah keamanan kepada anak. Umumnya keluarga asuh memiliki hubungan kekerabatan, misalkan kakek/nenek (Friedman, 2014).

d. Keluarga orang tua tiri

Keluarga orang tua tiri merupakan keluarga yang bilamana pasangan yang mengalami perceraian dan menikah lagi. Anggota keluarga termasuk anak harus menyesuaikan diri dengan keluarga barunya. Kekuatan positif dari keluarga tiri antara lain menikah lagi merupakan hubungan yang positif maupun suportif, yang dapat meningkatkan kesejahteraan bagi anak, memberikan anak perhatian serta kasih sayang, serta sebagai jalan keluar dari perbaikan dan kondisi keuangan (Friedman, 2014).

e. Keluarga tradisional

Keluarga tradisional terdiri dari keluarga inti seperti pasangan suami istri dan anak. Keluarga inti *dual earner* adalah keluarga meliputi pernikahan pertama, dengan orang tua tiri dan keluarga adopsi. Pasangan ini meliputi suami istri tanpa anak, dewasa yang tinggal sendiri. *Extended family* tiga generasi yang meliputi keluarga inti *dual earner* dan pasangan inti (Friedman, 2014).

f. Keluarga non tradisional

Keluarga yang terdiri dari keluarga yang tinggal satu rumah tetapi belum menikah seperti pria dan wanita bersama-sama tanpa menikah dan pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah (Padila, 2012).

2.2.2 Fungsi Keluarga

2.2.2.1 Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah merupakan fungsi internal dari sebuah keluarga guna memenuhi kebutuhan psikososial sehingga tercapai kebahagiaan keluarga. Fungsi afektif berhubungan secara langsung dengan persepsi keluarga tentang kepedulian keluarga terhadap *sosioemosional* dari semua anggota keluarga. Fungsi ini sangat penting bagi dasar utama dalam pembentukan keluarga, fungsi ini berperan penting dalam dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien DM (Friedman, 2014).

2.2.2.2 Fungsi Sosialisasi

Suatu proses berkembang dan belajar bersosialisasi bagi penderita DM dengan lingkungan. Fungsi sosialisasi juga berperan dalam memfasilitasi sosialisasi primer keluarga supaya dapat lebih produktif dan memberikan status pada keluarga sehingga kualitas hidup pasien DM meningkat (Friedman, 2014).

2.2.2.3 Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi keperawatan kesehatan merupakan upaya kesanggupan keluarga untuk merawat kesehatan terhadap anggota keluarga (Friedman, 2014). Fungsi perawatan kesehatan keluarga diartikan sebagai pengetahuan keluarga tentang penyakit diabetes melitus yang di derita oleh salah satu anggota keluarganya, apabila keluarga paham dengan penyakitnya maka keluarga akan mengambil

sikap untuk merawat anggota keluarga yang sakit (Zulfitri, Agrina & Herlina, 2012).

2.2.3 Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga

Merupakan fungsi sentral dalam keluarga yang berfungsi dengan baik dan sehat, pemenuhan fungsi kesehatan keluarga dapat menjadi sulit dikarenakan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan eksternal seperti struktur keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Agar keluarga bisa menjadi sumber kesehatan yang primer dan efektif, maka dari pihak keluarga harus meningkatkan keikutsertaannya dalam tim kesehatan dan proses terapi, peran keluarga sangat dibutuhkan antara lain pada kebutuhan kesehatan promotif, preventif dan kuratif. Dalam mengkaji keluarga, khususnya keluarga yang memiliki masalah kesehatan, dengan penyakit diabetes melitus, seorang perawat harus mengkaji kemampuan keluarga untuk memberikan perawatan diri, memberikan motivasi dan kemampuan dalam menangani permasalahan kesehatan pada pasien DM. Sehingga keluarga memahami tentang status kesehatan masalah kesehatannya sendiri dan memiliki langkah dalam memperbaiki atau memelihara kesehatan dalam upaya pertanggung jawaban atas perawatan diri sendiri.

Pengkajian tersebut berfokus pada pengetahuan motivasi dan koordinasi motorik yang diperlukan guna dalam perawatan diri. Keluarga bertanggung jawab terhadap dalam perawatan kesehatan keluarganya yang mengalami masalah kesehatan yang berat, mengalami tingkat ketegangan fisik dan emosi yang tinggi (Friedman, 2010).

2.2.4 Penatalaksanaan DM Dengan Pendekatan Keluarga

paradigma sehat untuk pasien DM adalah suatu konsep atau cara pandang mengenai kesehatan dimana pelaksanaannya mementingkan peran dari keluarga untuk hidup sehat terutama pada lingkup keluarga dengan resiko tinggi DM sehingga dapat secara mandiri mengantisipasi, memelihara dan meningkatkan serta waspada akan munculnya DM. Hal yang utama yang mendasar adalah

pencegahan. Upaya pecegahan dilakukan dengan melibatkan peran keluarga menitikberatkan pada *prapatogenesis* (sebelum sakit) dalam semua tahapan kehidupan, dari lahir sampai meninggal, upaya tersebut adalah :

- a. tindakan terhadap faktor instrinsik (imunisasi/ kekebalan, keseimbangan jasmani dan mental psikologikal)
- b. upaya terhadap resiko dan komplikasi DM
- c. upaya untuk memantapkan, meningkatkan keseimbangan sosial dalam keluarga
- d. upaya terhadap lingkungan rumah tangga (Rifki, 2009).

Keluarga dapat mempengaruhi terhadap sikap dan kesiediaan belajar dari pasien DM dengan cara menolak atau mendukungnya secara sosial. Pasien DM akan memiliki sifat lebih positif untuk memahami penyakit yang diderita, apabila keluarga mendukung dan antusias terhadap pengetahuan kesehatan mengenai diabetes melitus (Soegondo, 2006).

2.2.5 Sistem Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga diartikan sebagai bagian dari dukungan sosial, merupakan bentuk interaksi antar individu yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis melalui terpenuhinya kebutuhan akan afeksi serta kemanan. Hensarling (2009).

Bentuk dukungan keluarga antara lain :

- a. Dukungan emosional

Dukungan emosional dukungan yang diberikan keluarga berupa rasa empati atau perhatian. Dukungan ini juga dipengaruhi oleh orang lain yang merupakan ekspresi dari sebuah dukungan yang dapat menguatkan penderita DM. Terjalinya interaksi dan juga komunikasi yang baik guna memahami situasi anggota keluarga yang mengalami permasalahan kesehatan khususnya penyakit diabetes melitus (Friedman, 2014).

- b. Dukungan penghargaan

Dukungan yang diberikan merupakan bentuk dari apresiasi positif terhadap anggota keluarga yang menderita DM sehingga tercipta perasaan dihargai.

Biasanya menerima ide-ide yang dari anggota keluarga dengan baik. Dukungan ini juga sebagai bentuk penerimaan dan penghargaan kepada keberadaan seseorang dalam segala kekurangan serta kelebihan yang dimiliki sehingga kualitas hidup dari pasien dapat meningkat (Hansarling, 2009).

c. Dukungan Instrumental

Dukungan berupa alat yang tak lebih benda nyata seperti berupa uang guna pengobatan anggota keluarga yang sakit. Dukungan instrumental merupakan dukungan yang bersifat praktis dan kongkrit serta digolongkan dalam fungsi kesehatan keluarga dan fungsi ekonomi keluarga terhadap keluarga yang menderita DM (Friedman, 2014).

d. Dukungan informasi

Dukungan yang diberikan dalam bentuk nasihat atau saran untuk anggota keluarga, misal memberikan nasehat kepada pasien DM supaya patuh dan menaati proses pengobatan agar tidak terjadinya komplikasi dari penyakit yang diderita. Dukungan informasi ini diberikan keluarga guna membantu dalam pengambilan keputusan di dalam keluarga (Yusra, 2011). Peran dari keluarga dalam dukungan ini sebagai penyebar informasi (Friedman, 2014).

Dukungan keluarga erat kaitanya dalam peningkatan kualitas hidup seseorang. Hal ini dikarenakan kualitas hidup merupakan suatu persepsi yang hadir dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidup individu baik dalam menjalankan peran sebagai fungsinya (Zadeh dkk, 2003).

Keluarga merupakan sebuah sumber dukungan yang utama, dukungan yang diberikan kepada pasien DM yaitu dalam bentuk dukungan emosional, penghargaan, instrumental, dan informasi. Dukungan yang diberikan keluarga kepada penderita DM dapat meningkatkan rasa nyaman dan menurunkan stress sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup bagi penderita DM Coffma, M.J (2008).

2.2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Pumama dalam Rahayu (2009) faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga antara lain :

a. Faktor internal

1) Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang tentang adanya dukungan keluarga yang terdiri dari tingkat pengetahuan, pengalaman masa lalu dan pendidikan. Seseorang bisa mendapat dukungan keluarga untuk menjaga kesehatannya sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

2) Emosi

Emosi merupakan bentuk respon dari stress yang bisa mempengaruhi pikiran atau keyakinan dari seseorang terhadap dukungan keluarga. Emosi akan mempengaruhi koping seseorang, sehingga seseorang yang memiliki koping maladaptif cenderung akan merasa dirinya tak mempunyai dukungan keluarga.

3) Spiritual

Nilai spiritual atau keyakinan yang dimiliki dan dilaksanakan oleh keluarga akan berpengaruh terhadap dukungan keluarga. Semakin tinggi nilai spiritual yang dimiliki semakin besar pula dukungan keluarga yang diberikan, dan diharapkan kualitas hidup dari pasien DM dapat meningkat

b. Faktor eksternal

1) Sosial ekonomi

Tingginya resiko dari sebuah penyakit DM terjadi bergantung pada tingkat pendapatan keluarga. Seseorang yang tingkat sosialnya tinggi akan segera merespon penyakitnya serta keluarga yang sangat memperdulikannya.

2) Budaya

Nilai atau kebiasaan individu dalam memberikan sebuah dukungan keluarga kepada penderita DM. Seseorang yang memiliki kebiasaan pergi ke pelayanan kesehatan akan selalu dilakukan oleh anggota keluarga yang lain bila mana anggota keluarga mengalami masalah kesehatan DM khususnya.

2.2.7 Peran Keluarga Dalam Perawatan Penderita DM

Peran keluarga terhadap pasien penderita diabetes melitus sangat penting guna meminimalkan terjadinya komplikasi, dapat memperbaiki kadar glukosa dalam darah dan meningkatkan kualitas hidup penderita DM. Peran keluarga dibagi menjadi dalam berbagai hal atau aspek antara lain penyuluhan, perencanaan makan, latihan jasmani, terapi farmakologi, dan perawatan kaki DM. Hal tersebut sangat penting, sehingga tenaga kesehatan menganjurkan untuk mempertahankan, memotivasi dan meningkatkan perannya dalam perawatan penderita DM (Setyawati, 2006).

2.2.8 Pengukuran Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga yang terkait dengan kesejahteraan dan kesehatan dimana lingkup keluarga menjadi tempat bagi individu belajar seumur hidup. Dukungan keluarga merupakan faktor yang penting dalam kepatuhan manajemen penyakit bagi remaja dan dewasa dengan penyakit kronik. Dukungan keluarga secara signifikan mengatasi hambatan makan pada pasien DM (Wen et al dalam Hensarling, 2009). Dukungan keluarga merupakan indikator yang paling kuat yang dapat memberi dampak positif bagi perawatan diri pada pasien diabetes melitus (Neff dalam Hensarling, 2009).

Dukungan keluarga terbagi atas dukungan orangtua anak, anak ke orangtua, saudara ke saudara, antar pasangan, cucu ke kakek/nenek. Hal tersebut perlu dievaluasi untuk memastikan keberhasilan dari rencana asuhan keperawatan terhadap pasien. Hensarling (2009), mengembangkan skala pengukuran dukungan keluarga dengan nama "*Hensarling Diabetes Family Support Scale (HDFSS)*", yang dimana skala ini menunjukkan validitas isi pengukuran persepsi pasien terhadap dukungan yang keluarga berikan. Hensarling juga merekomendasikan skala ini untuk digunakan guna mengukur dukungan keluarga terhadap pasien DM.

HDFSS mengukur dukungan keluarga yang dirasakan oleh pasien DM, secara konsep didefinisikan bagaimana pandangan pasien melihat dukungan dari keluarganya. HDFSS terdiri atas 17 pertanyaan yang terdiri dari 13 pertanyaan positif pada nomer 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16. dan pertanyaan negatif pada nomer 3, 7, 12, 17. Pengukuran jawaban kuisisioner ini menggunakan skala likert. Penilaian pertanyaan positif yaitu selalu = 4, sering = 3, jarang = 2 dan tidak pernah = 1 dan penilaian pertanyaan negatif yaitu selalu = 1, sering = 2, jarang = 3, tidak pernah = 4 dengan skor tertinggi 4 dan terendah 1. Total skor 68 dan terendah 17.

Skala pengukuran yang digunakan dalam kuisisioner ini yaitu skala ordinal dengan kategor sebagai berikut :

Kategori baik jika skor jawaban : 45-68

Kategori sedang jika skor jawaban : 23-44

Kategori rendah jika skor jawaban : 1-22

2.3 Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan sebuah persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang (Nimas, 2012).

Kualitas hidup adalah persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat tinggal serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standard kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup seseorang berbeda dengan kualitas hidup orang lain. Hal tersebut tergantung dari interpretasi masing-masing individu tentang gambaran kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup bisa sangat rendah dikarenakan apabila aspek-aspek dari kualitas hidup itu sendiri masih kurang dipenuhi (Karangora, 2012).

Kualitas hidup merupakan bentuk dari multidimensional yang terdiri dari tiga konsep kualitas hidup yaitu menunjukkan suatu konsep multidimensional, yang berarti sebuah informasi yang dibutuhkan mempunyai rentang area kehidupan dari penderita, seperti halnya kesejahteraan fisik, kemampuan fungsional, dan kesejahteraan emosi atau sosial, sebagai tolak ukur antar keinginan atau harapan dengan sesuai kemampuan untuk melakukan perubahan dalam diri (Ware dalam Rachmawati, 2013).

2.3.2 Kegunaan Pengukuran Kualitas Hidup

Penilaian kualitas hidup pada umumnya dilakukan melalui pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan atau pemeriksaan laboratorium. Instrumen *DQOL (Diabetes Quality of Life)* dari Burroughs (2004). Instrumen ini dipergunakan dalam bidang medis guna menilai kualitas hidup DM tipe 1 dan 2. Kualitas hidup penderita DM sangat penting karena dengan kualitas hidup menggambarkan persepsi penderita dalam kepuasan dalam derajat kesehatan yang perlu dievaluasi untuk meningkatkan pengobatan. Kualitas hidup terbukti sebagai kriteria paling penting dalam menilai hasil medis dan pengobatan penyakit kronik seperti DM. Persepsi individu mengenai dampak dan kepuasan tentang derajat kesehatan dan keterbatasannya menjadi evaluasi akhir yang penting terhadap pengobatan (WHO, 2004).

2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

2.3.3.1 Kontrol

Berkaitan dengan kontrol terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembahasan terkait kegiatan guna menjaga kondisi tubuh.

2.3.3.2 kesempatan yang potensial

yaitu suatu yang berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat suatu peluang yang ada pada dirinya.

2.3.3.3 Keterampilan

keterampilan disini berkaitan dengan kemampuan seorang pasien untuk melakukan sebuah keterampilan lain yang dia dapat mengembangkan potensi dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.

2.3.3.4 sistem dukungan

sistem dukungan disini adalah dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.

2.3.3.5 kejadian dalam hidup

hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stress yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat erat kaitannya dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan dari seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.

2.3.3.6 sumber daya

yang dimaksud disini adalah terkait kemampuan dan kondisi fisik dari seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.

2.3.3.7 perubahan lingkungan

hal yang berhubungan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.

2.3.3.8 perubahan politik

berkaitan dengan hal permasalahan negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan/mata pencaharian.

Selain itu, kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya, mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan perasaan orang lain, perasaan kasih sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

2.3.4 Aspek-aspek kualitas hidup

Menurut Nimas (2012), menyatakan bahwa terdapat empat aspek yang mempengaruhi kualitas hidup, diantaranya sebagai berikut :

1. Kesehatan fisik

Dari aspek kesehatan fisik mencakup dari kegiatan/aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelemahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur/istirahat, kapasitas kerja

2. Kesejahteraan psikologis

Mencakup dari perasaan negative, perasaan yang positif, spritual, agama, keyakinan pribadi, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi.

3. Hubungan sosial

Dari aspek hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual

4. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial, lingkungan hidup, kesempatan dalam mendapat informasi baru maupun keterampilan, mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang bersifat menyenangkan diwaktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan /lalu lintas/iklim serta transportasi.

2.3.5 Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup menggunakan instrumen *DQOL (Diabetes Quality of Life)* dari Burroughs (2004). Instrumen ini digunakan dalam bidang medis untuk menilai kualitas hidup pasien DM tipe 1 dan 2 (Burroughs, 2004). Kualitas hidup dari pasien DM sangat penting sebagai gambaran dari persepsi penderita dalam kepuasan dalam derajat kesehatan dan keterbatasan yang perlu dievaluasi guna meningkatkan pengobatan (WHO, 2004).

Instrumen terdiri dari 12 item pertanyaan yang mencakup tentang kepuasan, dampak dari penyakit dan kekhawatiran tentang fungsi fisik serta masalah psikologis dan sosial. Jawaban dari pertanyaan kepuasan berdasarkan skala likert yaitu 4 = sangat puas, 3 = puas, 2 = tidak puas, 1 = sangat tidak puas. Selanjutnya untuk dampak, pada pertanyaan positif yaitu 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering, 4 = selalu, sedang pertanyaan negatif yaitu 4 = tidak pernah, 3 = jarang, 2 = sering, 1 = setiap saat. Nilai tertinggi 60 dan terendah 12.

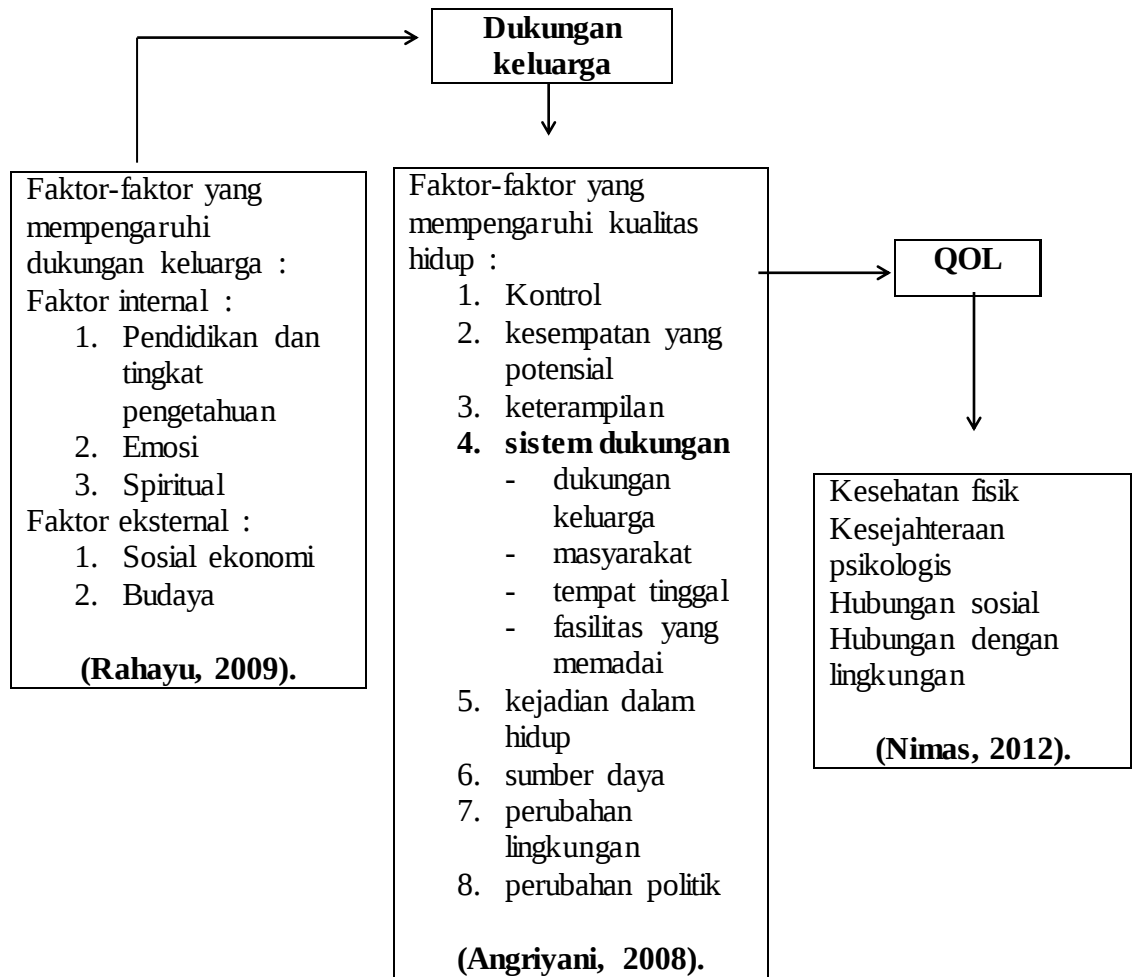
Skala pengukuran yang digunakan dalam kuisioner ini yaitu skala ordinal dengan katekor sebagai berikut :

Kategori baik jika skor jawaban : 41-60

Kategori sedang jika skor jawaban : 21-40

Kategori rendah jika skor jawaban : 1-20

2.4 Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

2.5 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep diatas, maka dapat dibuat kesimpulan sementara sebagai berikut :

H₀ : tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM

H_a : ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan peneliti. Rancangan penelitian mencakup berbagai hal yang dilakukan peneliti, mulai dari identifikasi masalah, rumusan hipotesis, operasionalisasi hipotesis, cara pengumpulan data, sampai akhirnya pada analisis data (Sastroasmoro, 2011).

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif, penelitian kuantitatif adalah penelitian yang menggunakan angka-angka. Angka-angka tersebut digunakan sebagai representasi dan informasi yang didapatkan dalam penelitian. Data yang didapatkan selama penelitian disajikan dalam bentuk angka, statistik dan sebagainya yang kemudian dianalisa dan disimpulkan. Jadi penelitian kuantitatif adalah penelitian yang bersifat deduktif, yakni dari khusus ke umum atau bersifat menggeneralisasi data-data yang didapatkan di lapangan kepada sebuah kesimpulan umum (Sugiyono, 2011).

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi yaitu penelitian yang diarahkan untuk menjelaskan hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dengan variabel terikat.. Pendekatan waktu yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross-sectional* dimana penelitian ini dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan antara variabel independen dan variabel dependen (Nursalam, 2008). Menurut (Sugiyono, 2013). Penelitian ini akan mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes di RSUD kabupaten Temanggung.

3.2 Kerangka Konsep

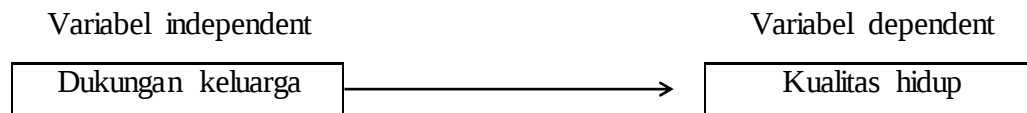
Kerangka konsep penelitian adalah hubungan antara konsep satu dengan konsep dari masalah yang ingin diteliti, konsep adalah suatu abstraksi yang dibentuk dengan menggeneralisasikan suatu pengertian oleh karena itu konsep tidak dapat diamati dan diukur, maka konsep tersebut harus dijabarkan kedalam variabel-variabel, dari variabel itulah konsep dapat diamati. Variabel merupakan karakteristik yang berubah dari satu subyek ke subyek yang lainnya (Sastroasmoro dan ismael, 2011). Variabel terdiri dari :

a) Variabel bebas (independent)

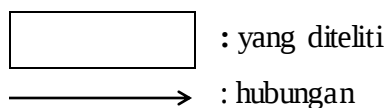
Variabel bebas adalah variabel yang menjadi penyebab timbulnya atau berubahnya variabel terikat (Sastroasmoro dan Ismael, 2011). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga.

b) Variabel terikat (dependent)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sastroasmoro dan Ismael, 2011). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup.



Keterangan :



Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

3.3 Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3.2

Definisi Operasional Variabel Penelitian

variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
A. variabel independent				
Dukungan keluarga	Dukungan keluarga diartikan sebagai bagian dukungan sosial, merupakan bentuk interaksi antara individu yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis melalui terpenuhinya kebutuhan akan afeksi serta keamanan meliputi: - dukungan instrumenta l - Dukungan penghargaan - Dukungan emosional - Dukungan informasi	HDFS (<i>Hensarling Diabetes Family Support Scale</i>) merupakan instrumen untuk mengukur dukungan keluarga yang terdiri dari 17 pertanyaan dengan skala likert, penilaian : Pertanyaan positif - Selalu = 4 - sering = 3 - jarang = 2 - tidak pernah = 1 pertanyaan negatif - selalu = 1 - sering = 2 - jarang = 3 - tidak pernah = 4	Hasil pengukuran dikategorikan : - Baik (45-68) - Sedang (23-44) - Rendah (1-22)	Ordinal
B. Variabel dependent				
Kualitas hidup	Kualitas merupakan persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang.	<i>DQOL</i> (Diabetes quality of Life) merupakan instrumen untuk mengukur kualitas hidup yang terdiri dari 12 item pertanyaan dengan skala likert. Pertanyaan positif : - Sangat puas = 5 - Cukup puas = 4	Hasil pengukuran dikategorikan : - Baik (41-60) - Sedang (21-40) - Buruk (1-20)	Ordinal

beberapa aspek	• Baik = 3
kualitas hidup :	• Cukup tidak
• Kesehatan	puas = 2
• Kesehatan	• Tidak puas =
fisik	1
• Kesejahteraan	Pertanyaan
psikologis	negativ
• Hubungan	• Tidak pernah
sosial	= 5
• Hubungan	• Sangat jarang
dengan	= 4
lingkungan	• Kadang-
	kadang = 3
	• Sering = 2
	• Selalu = 1

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi tidak hanya terbatas pada orang, tetapi hanya terbatas pada orang, tetapi juga ada objek atau subjek yang dipelajari, tetapi meliputi karakteristik atau sifat yang dimiliki oleh objek atau subjek tersebut (Sugiyono, 2010). Populasi dapat bersifat terbatas dan tidak terbatas. Dikatakan terbatas apabila jumlah individu atau objek dalam populasi tersebut terbatas dalam arti dapat dihitung. Sedangkan bersifat tidak terbatas dalam arti tidak dapat dihitung. Sedangkan bersifat tidak terbatas dalam arti tidak dapat ditentukan jumlah individu atau objek dalam populasi tersebut (Hidayat, 2009). Populasi pada penelitian ini adalah pasien DM yang sedang dirawat di bangsal penyakit dalam dan Poliklinik Dalam RSUD Kabupaten Temanggung. Jumlah rata-rata total pasien selama satu bulan sebanyak 42 orang.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Penentuan sampel dalam penelitian dilakukan dengan menggunakan teknik *Accidental sampling*. Teknik ini digunakan untuk menggali informasi dari para pengunjung dimana pemilihan responden berdasarkan berapa banyak

responden yang berhasil ditemui dilokasi penelitian berlangsung hingga dipenuhi jumlah keseluruhan sample (Notoatmodjo, 2012).

1.4.2.1 Kriteria inklusipada penelitian ini sebagai berikut :

- a. Pasien DM menjalani rawat inap selama 3 hari.
- b. Pasien DM yang memeriksakan kesehatan di poliklinik penyakit dalam.
- c. Pasien DM yang bersedia menjadi responden
- d. Pasien DM yang ditunggu keluarga
- e. Pasien DM yang mampu berkomunikasi secara verbal dan bisa baca tulis

1.4.2.2 Kriteria eksklusipada penelitian ini sebagai berikut :

- a. Pasien DM yang mengundurkan diri sebagai responden
- b. Pasien DM yang mengalami masalah kesehatan yang mendadak seperti pusing, letih, lemah dan masalah lain yang tidak memungkinkan untuk jadi responden

Rumus yang digunakan dalam menentukan jumlah sample menurut (Lippincott Williams & Wilkins; 2013) yaitu :

$$N = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) / C]^2 + 3$$

Keterangan :

Dimana, N = jumlah subyek yang dibutuhkan

Z_{α} = standar deviasi untuk α

Z_{β} = standar deviasi untuk β

$$C = 0,5 * \ln [(1 + r) / (1-r)]$$

r = koefisien korelasi yang diharapkan

Jumlah ukuran sampel yang dibutuhkan untuk menentukan apakah suatu koefisien korelasi berbeda dari nol.

α (dua sisi) = 0,050 ambang batas probabilitas untuk menolak hipotesis nol.

Tingkat 1 kesalahan tipe.

β = 0,100 probabilitas gagal menolak hipotesis nol di bawah hipotesis alternatif. Tingkat kesalahan 2 jenis.

r = 0,400 koefisien korelasi yang diharapkan.

Standar menyimpang normal untuk $\alpha = Z_{\alpha} = 1,960$

standar menyimpang normal untuk $\beta = Z_{\beta} = 1,282$

$$C = 0,5 * \ln [(1 + r) / (1-r)] = 0,242$$

$$\text{Jumlah ukuran sampel} = N = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) / C]^2 + 3 = 62$$

Jadi sampel yang digunakan untuk penelitian ini adalah 68 responden. Menurut Nursalam (2011) demi mengantisipasi apabila terjadi data yang kurang lengkap atau responden berhenti di tengah penelitian, maka peneliti menambah jumlah sampel sejumlah 10%. Koreksi atau penambahan jumlah sampel berdasarkan prediksi sampel *drop out* dari penelitian. Rumus yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel adalah :

$$n^1 = \frac{n}{1 - f}$$

$$n^1 = \frac{62}{1 - 0,1}$$

$$= 68,888889 \text{ dibulatkan menjadi } 68$$

Keterangan :

n : Besar sampel setelah dikoreksi

n^1 : Jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f : Prediksi presentase sampel *drop out*, diperkirakan 10% ($f=0,1$)

Jadi sampel setelah di tambah dengan sampel *drop out* adalah : 68

Pada populasi penelitian ini yang sejumlah 42 pasien, di seluruh RSUD Kabupaten Temanggung.

3.5 Waktu dan Tempat Penelitian

3.5.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2018. Kegiatan penelitian ini dilaksanakan dengan tahapan persiapan, pelaksanaan, pengolahan, analisa data dan pelaporan. tahap persiapan dimulai dari awal pengajuan judul, ujian proposal, revisi proposal dan uji coba instrument penelitian. Tahap pelaksanaan dimulai dari tanggal pengambilan data yang dilakukan di salah satu rumah sakit di kabupaten Temanggung. Tahap pengolahan data dan analisa data dilakukan selama kurang

lebih 2 minggu setelah pengambilan data. Tahap laporan dilakukan dengan kegiatan menulis laporan penelitian sampai penyerahan hasil penelitian ke perpustakaan universitas.

3.5.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah sakit RSUD Kabupaten Temanggung yang dimana di rumah sakit tersebut, banyak dijumpai kasus pasien dengan menderita diabetes melitus.

3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Alat Penelitian

Alat penelitian menggunakan kuesioner, terdiri dari dua kuesioner yaitu kuesioner (HDFSS) *Hensarling Diabetes Family Support Scale* dan kuesioner (DQOL) *Diabetes Quality of Life*

3.6.1.1 Kuesioner HDFSS

Kuesioner pada HDFSS diambil dari peneliti terdahulu terdiri dari 17 pertanyaan yang diisi oleh responden yaitu keluarga pasien diabetes melitus. Responden mengisi dengan memberikan tanda centang (√) pada setiap pertanyaan. Kuesioner terdiri dari 4 nilai yaitu 4 = selalu, 3 = sering, 2 = jarang, 1 = tidak pernah.

Tabel 3. 3 Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga

No	Indikator	Vavorable	Unvavorable
1.	Emosi	1,2	3
2.	Penghargaan	4,5,6	7
3.	Instrumental	8,9,10,11	12
4.	Informasi	13,14,15,16	17
JUMLAH		15	4

3.6.1.2 Kuesioner DQOL

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup dari penerima diabetes melitus, terdiri dari 12 pertanyaan yang mencakup tentang kepuasan, dampak dari penyakit dan kekhawatiran tentang fungsi fisik serta masalah psikologis dan sosial. Jawaban dari pertanyaan kepuasan berdasarkan skala likert yaitu 4 = sangat puas, 3 = puas, 2 = tidak puas, 1 = sangat tidak puas. Selanjutnya untuk dampak, pada pertanyaan positif yaitu 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering, 4 = selalu, sedang pertanyaan negatif yaitu 4 = tidak pernah, 3 = jarang, 2 = sering, 1 = setiap saat.

Tabel 3.4 Kisi-Kisi Kuesioner kualitas hidup

No	Variabel	vavorable	Unvavorable
1.	Kualitas hidup	1,2,3,4,5,6,7	8,9,10,11
JUMLAH		7	4

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

3.6.2.1 Peneliti menyusun proposal guna mengajukan penelitian ini.

3.6.2.2 Peneliti mengurus surat ijin studi pendahuluan dan uji etik, pengumpulan data, dan penelitian dari kampus untuk diserahkan pada instansi yang terkait dalam penelitian ini.

3.6.2.3 Peneliti mengumpulkan pasien yang dibutuhkan sesuai hitungan yang telah dilakukan dalam satu waktu.

3.6.2.4 peneliti dibantu dengan 1 asissten yang sudah memahami tentang isi dari kuisisioner dan membagi kuesioner *HDFSS* pada keluarga penderita diabetes melitus dan pengisian *informed consent* sebagai tanda persetujuan sebagai responden

3.6.2.5 Peneliti dibantu dengan asisten membagi kuesioner *DQOL* pada pasien penderita diabetes melitus

3.6.2.6 Peneliti dan asisten mengumpulkan hasil kuesioner yang telah diisi untuk dibaca hasilnya

3.6.2.7 Peneliti menyimpulkan hasil yang diproses.

3.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Metode Pengolahan Data

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data ringkasan atau angka ringkasan dengan menggunakan cara-cara atau rumus-rumus tertentu. Metode pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

3.7.1.1 Editing

Editing adalah pengecekan atau pengoreksian data yang telah terkumpul yang bertujuan untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan. Peneliti telah melakukan pengecekan ulang pada kuesioner apakah sudah valid, cocok, relevan dan lengkap seperti meneliti apakah sudah benar atau belum asisten membantu responden mengisi kuesioner, apabila ada kekurangan seperti kekurangan pemberian tanda checklist maka peneliti akan meminta responden untuk melengkapinya.

3.7.1.2 Coding

Coding merupakan teknik pengubahan jawaban yang ada, yang awalnya berupa huruf menjadi angka-angka agar mudah dalam pemasukan data dan analisa data (pengolahan data). Peneliti memberikan kode angka pada setiap variabel yang akan diteliti untuk memudahkan dalam pengolahan data. Pemberian kode dalam penelitian ini dengan mengganti nama dan kuesioner dengan angka yang terdapat pada kiri ujung kuesioner.

3.7.1.3 Processing

Processing adalah sebuah tahapan setelah coding. Dalam kegiatan ini jawaban dari responden yang telah diterjemahkan menjadi bentuk angka, selanjutnya diproses agar mudah dianalisis. Data yang sudah diubah dalam bentuk angka akan dientry melalui program komputer khusus sehingga dapat dengan mudah dianalisis. Kegiatan ini sangatlah penting karena diperlukan ketelitian yang tinggi dalam mengolah data.

3.7.1.4 Cleaning

Kegiatan ini merupakan kegiatan pembersihan data dengan cara pemeriksaan kembali data yang sudah dientry, apakah ada kesalahan atau tidak. Pemeriksaan

ini meliputi pemeriksaan ulang terhadap data, pengkodean dan scoring. Setelah dilakukan *cleaning* dan tidak ada kesalahan lagi maka penelitian dapat dilanjutkan kembali.

3.7.2 Analisa Data

Analisa data adalah kegiatan mengubah data hasil penelitian menjadi informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan dalam suatu penelitian. Adapun cara mengambil kesimpulan bisa dengan hipotesis maupun dengan estimasi. Analisa data dalam penelitian ini dapat dilakukan melalui tahapan sebagai berikut :

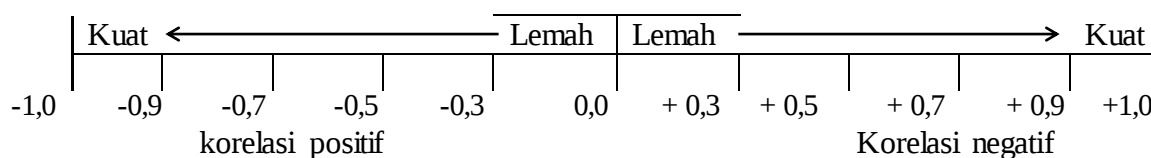
3.7.2.1 Analisa univariat

Analisa statistik univariat merupakan analisis statistik terhadap satu variabel, yang biasanya dilakukan analisis untuk mengetahui distribusi frekuensi, kecenderungan tengah (*central tendency*) dan penyebaran (*dispersion*).

3.7.2.2 Analisa bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang digunakan untuk mengetahui dan menguji keterkaitan antara dua variable. Pada penelitian ini peneliti menghubungkan adanya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus di RSUD kabupaten Temanggung. Analisa bivariat ini menggunakan dua variable, ordinal pada variable bebas dan ordinal pada variable terikat maka penelitian menggunakan uji statistic *spearman rank*. (Sugiono, 2011).

menunjukkan kekuatan & arah korelasi



3.7.3 Uji Validitas

Uji Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Setelah instrumen yang akan digunakan berupa kuesioner sebagai alat peneliti selesai disusun, kemudian dilakukan uji validitas dan reabilitas karena suatu kuesioner dikatakan valid jika kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut.

Peneliti tidak menguji validitas HDFSS dan DQOL. Instrumen HDFSS pernah uji di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Uji reliabilitas kuesioner dukungan keluarga dan kualitas hidup menggunakan rumus Alpha Cronbach dikatakan reliabilitas bila nilai signifikansi $p > 0,05$ dinyatakan reliabel ($r_{\alpha} > r_{\text{tabel}}$) dengan hasil $0,796 > 0,600$. Kualitas hidup penderita DM juga dinyatakan reliabel ($r_{\alpha} > r_{\text{tabel}}$) dengan hasil $0,676 > 0,600$.

3.7.4 Uji Reabilitas

Reliabilitas (keterpercayaan) menunjukkan apakah sebuah pertanyaan dapat mengukur sesuatu yang diukur secara konsisten dari waktu ke waktu. Jadi kata kunci untuk syarat kualifikasi suatu instrument pengukur adalah konsisten dan tidak berubah-ubah.

Peneliti tidak menguji reliabilitas Instrumen HDFSS dan DQOL. Instrumen HDFSS dinyatakan reliabel dengan nilai *Cronbach's Alpha*. ($r_{\alpha} > r_{\text{tabel}}$) dengan hasil $0,912 > 0,600$. Instrumen DQOL dinyatakan reliabel dengan *Cronbach's Alpha* dengan ($r_{\alpha} > r_{\text{tabel}}$) dengan hasil $0,735 > 0,600$.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian menurut Hidayat (2007) merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia maka segi etika penelitian harus diperhatikan antara lain sebagai berikut :

3.8.1 Prinsip *benefience*

Prinsip *benefience* diartikan sebagai prinsip penelitian yang bermanfaat dimana peneliti harus memperhatikan penelitian yang dilakukan bermanfaat atau tidak. Penelitian yang dilakukan ini sudah mempunyai prinsip *benefience*. Manfaat untuk pasien dan keluarga sendiri adalah penelitian dapat mengukur tentang dukungan keluarga terhadap kualitas hidup yang bisa dipengaruhi oleh dukungan dari keluarga.

3.8.2 Prinsip Menghormati Hak dan Martabat Manusia

Prinsip ini responden mempunyai hak untuk menentukan pilihan, dengan sukarela dimana responden tersebut berkenan untuk mengikuti penelitian yang dilakukan atau tidak tanpa menimbulkan resiko yang akan merugikan bagi responden. Selain itu, responden berhak untuk bertanya mengundurkandiri, dan mendapat informasi mengenai manfaat dan kerugiannya. Informasi yang telah didapatkan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, sehingga dalam penelitian ini perlu menggunakan *anonymity* dan menuliskannya dengan kode kuesioner tanpa keterangan nama lengkap dan alamat.

3.8.3 Prinsip Keadilan

Prinsip keadilan memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan subyek penelitian.

3.8.4 Informed Consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed concent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed concent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Pada penelitian ini, pasien yang bersedia menjadi responden telah menandatangani *informed concent*.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Bab ini adalah bagian akhir dari laporan hasil yang mencakup simpulan dan saran dari hasil pembahasan yang merupakan jawaban dari tujuan dan hipotesis penelitian, serta terdapat beberapa saran yang terkait dengan hasil.

Berdasarkan dari hasil penelitian dan pembahasan maka peneliti dapat mengambil kesimpulan dari penelitian ini antara lain:

- 1). Karakteristik responden di RSUD Kabupaten Temanggung berdasarkan umur di RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2018 sebagian besar rata-rata masuk dalam kategori dewasa tengah.
- 2). Gambaran karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin terbanyak di RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2018 adalah berjenis kelamin perempuan.
- 3). Gambaran karakteristik rata-rata pendidikan penderita DM di RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2018 adalah sekolah dasar dan pekerjaan sebagian besar sebagai lain-lain, berpendapatan menengah kebawah serta lama menderita DM selama 2-13 tahun.
- 4). Gambaran dukungan keluarga di RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2018 sebagian besar pada kategori baik.
- 5). Gambaran kualitas hidup penderita DM di RSUD Kabupaten Temanggung tahun 2018 sebagian besar dalam kategori sedang
- 6). Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada penderita DM di RSUD Kabupaten temanggung tahun 2018.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka disarankan beberapa hal sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Responden

Bagi penderita DM disarankan untuk tetap meningkatkan kesehatannya dengan rutin kontrol gula darah, diet gula darah, dan rajin olahraga sehingga kualitas hidupnya akan lebih baik.

5.2.2 Bagi Ilmu Keperawatan

Bagi bidang ilmu keperawatan disarankan untuk tetap meningkatkan pembelajarannya dalam bidang keperawatan keluarga dan program pengontrolan DM dengan berfokus pada dukungan keluarga sehingga dapat menambah pengetahuan dan menerapkannya di dalam kehidupan nyata karena hubungan dukungan keluarga sangat penting terhadap peningkatan kualitas hidup penderita DM.

5.2.3 Bagi Petugas Kesehatan

Bagi petugas kesehatan disarankan untuk memberikan dukungan keluarga kepada penderita DM dalam pemberian asuhan keperawatan. Dukungan keluarga dapat diberikan saat pengontrolan DM penderita. Dukungan keluarga sangat mempengaruhi kualitas hidup penderita DM.

5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti tentang analisis faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita DM.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association. (2015). *Diabetes Care*. Diakses 3 Juli 2015, Dari http://professional.diabets.org/admin/userfiles/0%20n%20sean/document/s/january520supplement%20combined_final.pdf
- Angriyani, D. (2008). *Kualitas Hidup pada Orang dengan orang dengan penyakit Lupus Erythematotus (Odapus)*. Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
- Boedisantoso, A. (2009). *Komplikasi Akut Diabetes Melitus*. Dalam S. Soegondo, P. Soewondo & I. Subekti (Eds.), *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Burroughs, T.E., Desikan, R, Waterman, B.M., Gilin, D., McGill, C. (2004). *Devrlopment and Validation of the Diabetes Quality of Live Brief Clinical Investory*. *Diabetes Spectrum*, 17(1). 41-49.
- Chrisman, C. "Care of chronic wounds in pallitive care and end-of-life patients." *International Wound Journal VII*, no. 4 (2010), p. 214-235
- Coffman, M.J. (2010). Effect of tangible social support and depresiaon on diabetes self-efficiacy. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (4), 32-39
- CDC. (2011). *HRQOL concepts*. Diperoleh pada tanggal 30 Juni 2014 dari <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>.
- Friedmand, L.M.(2014). *Buku AjarKeperawatan Keluarga Riset, Teori & Praktik*. (5thed.) Jakarta: EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktik, alih bahasa*, Akhir Yani S. Hamiddkk ; Ed 5. Jakarta: EGC
- Farid Abolhasani, Javanbakht, Atefeh Mashayekhi, Hamid R. Baradaran, ⁴ and Younes Jhangiri noudeh (2012). *Health Related Quality of Life in Patientswith Type 2 Diabetes Mellitus in Iran: A National* . PloS One. 2012; 7(8): e44526
- Fayers, P. M. & Machin, D., 2013. *Quality of Life – Assessment, Analysis & Interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd..
- Guatam, Y., Sharma, A.K., Agarwal A.K., Bhatnagar, M.K, & Trehan, R.R. (2009). A Cross Sectional Study of QOL of dibetic patient at tertiary care hospital in Delhi. *Indian Juornal of Community Mdicine*, Volume 4.

- Hidayat , A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Hensarling J. (2009). *Development and psychometric testing of Hensarling's diabetes family support scale*. Disertasi. Texa's Women's University
- Hidayat. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Haryati, dkk. (2014). *Hubungan Faktor Resiko, Jenis Kelamin, Kegemukan dan Hipertensi dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Mataram*, Media Bina Ilmiah. Vol 8: No1.
- Isa B.A., & Baiyewu, O. (2008). Quality of life patient with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hongkong Journal Psychiatry*, 16, 27-33.
- IDF. (2013). IDF Diabetes Atlas. (6thed). Diakses pada 8 Juni 2016, dari http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
- Javanbakht dkk, 2012. *Health Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Iran: A National Survey*. PLoS One.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Situasi dan Analisis Diabetes*. dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf>
- Karangora, M. L. B. (2012). Hubungan antara Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Lesbian di Surabaya. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*, Vol. 8, No. 1.
- Lippincott Williams & Wilkin; 2013. *Merancang penelitian klinis: pendekatan epidemiologi*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lampiran 6C, halaman 79.
- Miller.TA., DiMatteo, MR.(2013). *Importance of Family/social support and impact on adherence to diabetic therapy*. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2013; 6: 421-426
- Maulana, Mirza. (2009). *Diet Sehat untuk Membentuk Tubuh Langsing dan Bugar*. Jogjakarta: Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT).
- Melina, Dian Kusumadewi. (2011). *Peran Stresor Harian, Optimesme dan Regulasi Diri terhadap Kualitas Hidup Individu dengan Diabetes Mellitus Tipe 2*. PSOKOISLAMKA. Jurnal Psikologi Islam. Vol.8. no. 1

- Mabsusah. (2016). *Kualitas hidup (quality of life) pasien diabetes melitus di RSUD.DR.H. Slamet martodirjo kabupaten pamekasan.Madura*
- Nursalam. 2008. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Meloh, M.I., Pandelaki, K., Sugeng, C.. (2015). Hubungan Kadar Darah Tidak Terkontrol dan Lama Menderita Diabetes Melitus, dengan Fungsi Kognitif pada Subyek Diabetes
- Nimas, Ayu Fitriana. Tri, Kurniati Ambarani. (2012). *Kualitas Hidup Pada Pasien Kanker Serviks yang Menjalani Pengobatan Radioterapi*.Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental.Vol. 1. No.02
- Ndraha, S. (2014). *Diabetes Melitus Tipe 2 dan Tatalaksana Terkini*. Diakses 5 Mei 2015, dari http://cme.medicinus.co/file.php/1/LEADING_ARTICLE_Diabetes_Mellitus_Tipe_2_dan_tata_laksana_terkini.pdf
- Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi 2. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Renika Cipta.
- Oxtavia, V. (2013). Hubungan citra tubuh dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Skripsi tidak dipublikasikan.
- Potter & Prry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (4thed.)* Jakarta: EGC
- Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rachmaningtyas, A. (2013, September). *Jumlah penderita diabetes diindonesia masuk 7dunia*. Sindonews.
- Robinson, V.M. (2010). *The Relative Roles of Family and peer Supportin Metabolic Control and Quality of Life for Adolescents with Type 1 Diabetes*. The University of Edinburgh. Diperoleh 29 mei 2015, dari <http://www.Mendeley.com/research>.
- Rahayu, S. (2009). *Hubungan antara Pengetahuan Keluarga dengan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Diabetes Melitus di Desa Pamongan Kecamatan Gentur Kabupaten Demak*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Muhammadiyah Semarang, Semarang.

- Riley, McEmtee M.L., Gerson L., & Deninison C.R., (2009). Depression as a Comorbidity to Diabetes: Implications for Management. *Journal for Nursing Pratitioner*, 5 (7), 523-535
- Rifki, N.N. (2009). Penatalaksanaan diabetes dengan pendekatan keluarga, dalam Sidartawan, S, Pradana, S., & Imam, S, *Penatalaksanaan diabetes terpadu* (hal 217-229). Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Retnowati A. (2012). *Hubungan antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Perilaku Makan pada Penderita Diabetes Melitus di Kelurahan Prawirodirjan Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Aisyiyah Yogyakarta, Yogyakarta
- Rahmat, W. P. (2010). *Pengaruh konseling terhadap kecemasan dan kualitas hidup pasien DM di Kecamatan Kebakkramat*. Tesis. Diperoleh pada tanggal 20 Desember 2013 dari eprints.uns.ac.id
- Soegondo, S. (2006). *Farmakoterapi pada pengendalian glikemia diabetes melitus tipe 2. Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Derpatemen Ilmu penyakit Dalam Falkutas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sastroasmoro, S.& Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (Ed3). Jakarta: Sagung Seto
- Sugiyono. 2011. *Statistika Untuk Keperawata*. Bandung: CV Alfabeta.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Administratif*. Bandung: Alfabeta
- Setyawati, I. (2006). *Peran Keluarga dalam Perawatan Penderita Diabetes Melitus Secara Mandiri di Rumah*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Yogyakarta.
- Subekti, I. (2009). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Sari, N.R. (2012). *Diabetes Melitus*. Yogyakarta. Nuha Medika.
- Suyono, S. (2009). *Kecenderungan Peningkatan Jumlah Penyandang Diabets*. Dalam S. Soegondo, P. Soewondo & I. Subekti (Eds.), *Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

- Soegondo, S. (2009). *Diagnosa dan Klasifikasi Diabetes Melitus Terkini*. Dalam S. Soegondo, P. Soewondo & I. Subekti (Eds.), *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Smeltzer, S., & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia : Lippincott.
- Semiardji, G. (2006). Stres emosional pada penyandang diabetes, dalam Sidartawan, S, Pradana, S., & Imam, S, *Penatalaksanaan diabetes terpadu* (hal 337-342). Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Sustrani, L., Alam, S., & Hadibroto, I. (2011). *Diabetes: Informasi lengkap untuk penderita dan keluarganya*. Jakarta: Gramedia Pustaka.
- Supardi, Romadhani Tri Purnomo. 2013. *Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi klien diabetes melitus untuk melakukan latihan fisik*. di dinas kesehatan dan kesejahteraan sosial kabupaten Klaten
- Tamara, E., Byhakki, Nauli, A, F. (2014). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Arifin Ahmad Profinsi Riau*. JOM PSIK, 1 (2). 1-7.
- WHO. (2004). Introduction the WHOQOL Instrument. Diakses 3 Juli 2015, dari http://depts.washington.edu/seagol/docs/WHOQOL_Info.pdf
- WHO. (2012). Diabetes. Diakses 6 mei 2015, dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
- WHO. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglykemia*. Diakses 3 Juli 2015, dari <http://www.who.int/blindness/Prevention%20of%20Blindness%20from%20Diabetes%20Mellitus-with-cover-small.pdf?ua=1>
- Yun, J, Kim K., (2009). *Relationship of family support, diet therapy practice and blood glucose control in type II diabetic patients*. Nutr Res Pract. 2009 Summer; 3(2): 141-148.
- Yusra, A. (2010). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. Karya Tulis Ilmiah strata dua, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Yusra, A. (2011). *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. Karya Tulis Ilmiah strata dua, Universitas Indonesia, Jakarta.

Zulfitri, R., Agrina & Herlina. (2012). *Gambaran Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai*. Jurnal ners Indonesia, 2 (2). 109-115.

Zurmeli dkk. 2015. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani terapi Hemodialisis di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru*. Riau.