**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS DENGAN *DIABETIC ULCER* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEBONSARI**

**SURABAYA**



Disusun Oleh :

**MEI AYU SARI**

**NIM. 1610060**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS DENGAN *DIABETIC ULCER* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEBONSARI**

**SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh:**

**MEI AYU SARI**

**NIM. 161.0060**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**HALAMAN PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mei Ayu Sari

NIM : 161.0060

Tanggal Lahir : 13 Mei 1998

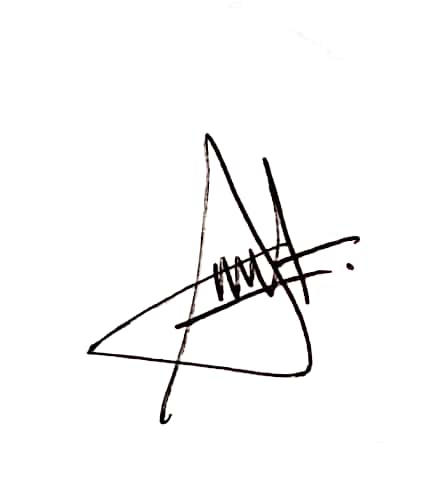
Program Studi : S-1 Keperawatan

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan kualitas Hidup pasien diabetes melitus dengan Diabetic ulcer di wilayah kerja Kebonsari surabaya, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 15 April 2020



Mei Ayu Sari

NIM. 1610060

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Mei Ayu Sari

NIM : 161.0060

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas Hidup

pasien diabetes melitus dengan Diabetic ulcer di wilayah

kerja Kebonsari surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyertujui bahwa skripsi ini diajurkan dalam siding guna memenuhi sebagaian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)**

**Pembimbing I**



**Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP. 03017**

**Pembimbing II**



**Nur Muji.A., S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP. 03044**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 15 April 2020

**LEMBAR PENGESAHAN**

Proposal dari :

Nama : Mei Ayu Sari

NIM : 161.0060

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup

Pasien diabetes melitus dengan diabetic ulcer di wilayah

kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Penguji I | Nisha Dharmayanti, S.Kep., Ns. M.Si  NIP. 03045 | E:\NISHRINA.WS\HANG TUAH _ Nishrina Cantik\proposal skripsi mei\68b1e4fb-c875-4c83-84e5-fb1c594d59e1.jpg |
| Penguji II | Christina Yuliastuti., S.Kep.,Ns. M.Kep  NIP. 03017 |  |
| Penguji III | Nur Muji.A., S.Kep.,Ns.,M.Kep  NIP. 03044 |  |

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**KAPRODI S-1 KEPERAWATAN**

**Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP. 03010**

Ditetapkan : Surabaya

Tanggal : 15 April 2020

**KATA PENGANTAR**

Puja dan puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “ Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dengan Diabetic Ulcer Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Skripsi ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis memanfaatkan berbagai literatur serta memperoleh banyak bimbingan dan bantuan dari pembimbing serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaiannya.

Dalam kesempatan ini, perkenankan penulis menyampaikan ucapan rasa

terimakasih, dan rasa hormat kepada :

1. Ibu Wiwiek Liestyanigrum, S.Kp.,M.Kep. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S1 Keperawatan.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S1 Keperawatan.
3. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Prodi S1 Keperawatan yang telah memberikan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S1 Keperawatan.
4. dr.Reyner Meilaksana Sumbung, M.H. Kes selaku Kepala Puskesmas Kebonsari Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S1 Keperawatan.
5. Ibu Christina Yuliastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, kritik, dan saran dalam penyusunan
6. Ibu Nur Muji., S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, kritik, serta saran dalam penyusunan Skripsi ini.
7. Bapak Didik dwi winarno., S.Kep.,Ns. Selaku pembimbing lahan di Puskesmas Kebonsari Surabaya yang telah membantu dalam proses pengambilan data demi kelancaran proses pembuatan skripsi.
8. Seluruh dosen dan staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing penulis selama menuntut ilmu di

Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

1. Orang tua, kakak dan Adik saya tercinta yang telah memberikan doa, motivasi, dan dukungan moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya
2. Teman-teman dan semua pihak yang selalu membantu dan menemani dalam pembuatan Skripsi ini.
3. Serta para responden yang bersedia, membantu serta berkenan menjadi sampel penelitian.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan proposal skripsi ini.

Penulis berusahan untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 15 April 2020

Penulis

**ABSTRAK**

Desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *c*ross sectional dengan variael independen dukungan keluarga dan variael dependen kualitas hidup. Sampel menggunakan *Simple Random Sampling* didapatkan 47 pasien. Instrumen penelitian menggunakan HDFSS (*Hensarling diabetes familiy support scale)* dan DQOL *(Diabetic quality of life).* Data dianalisis menggunakan uji statistic *Korelasi Rank Spearman Rha.*

Hasil penelitian Uji korelasi spearmen menunjukkan dukungan keluarga pasien diabetes mellitus baik,sedangkan kualitas hidup pasien diabetes mellitus cukup. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga hubungan kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan *diabetic ulcer* (p-value:0,048).

Diskusi penelitian menjelaskan bahwa Dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan kepatuhan terhadap menajemen perawatan diri sehingga kualitas hidup pasien diabetes mellitus meningkat. Rekomendasi penelitian yaitu menjelaskan hubungan kepatuhan manajemen diri terhadap kualitas hidup pasien diabetes mellitus.

Kata kunci : Dukungan keluarga, kualitas hidup, *diabetic ulcer*

ABSTRACT

Analytical observational study design with cross sectional approach with independent variables of family support and quality of life dependent variables. Sample using*Simple Random Sampling*obtained 47 patients. The research instrument used HDFSS (Hensarling diabetes familiy support scale) and DQOL (Diabetic quality of life). Data were analyzed using the Spearman Rha Rank Correlation statistical test.

The results of the study Spearmen correlation test showed good family support for diabetes mellitus patients, while the quality of life of diabetes mellitus patients was sufficient. The results showed that family support correlated the quality of life of patients with diabetes mellitus and diabetic ulcers (p-value: 0.048).

The research discussion explains that good family support will increase adherence to self-care management so that the quality of life for diabetes mellitus patients increases. The research recommendation is to explain the relationship of self-management adherence to the quality of life of patients with diabetes mellitus.

Key words: family support, quality of life, diabetic ulcer

**DAFTAR ISI**

SKRIPSI i

SKRIPSI i

HALAMAN PERNYATAAN ii

LEMBAR PENGESAHAN iv

KATA PENGANTAR v

ABSTRAK i

ABSTRACT x

DAFTAR ISI xi

DAFTAR TABEL xiv

DAFTAR GAMBAR xv

DAFTAR LAMPIRAN xvi

DAFTAR SINGKATAN xvii

BAB 1 PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 7

1.3 Tujuan 7

1.3.1 Tujuan Umum 7

1.3.2 Tujuan Khusus 7

1.4 Manfaat 8

1.4.1 Manfaat teoritis 8

1.4.2 Manfaat Praktis 8

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 9

2.1 Konsep Keluarga 9

2.1.1 Definisi Keluarga 9

2.1.2 Tipe Keluarga 10

2.1.3 Fungsi Keluarga 11

2.1.4 Tahapan Perkembangan Keluarga 13

2.1.5 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga 15

2.1.6 Definisi Dukungan Keluarga 18

2.1.7 Jenis – Jenis Dukungan Keluarga 19

2.1.8 Dimensi Dukungan Keluarga 21

2.1.9 Pengukuran Dukungan Keluarga 22

2.2 Konsep Kualitas Hidup 24

2.2.1 Definisi Kualitas Hidup 24

2.2.2 Dimensi Kualitas Hidup 26

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup 33

2.2.4 Pengukuran Dukungan Keluarga 36

2.3 Konsep Diabetes Melitus 37

2.3.1 Definisi Diabetes Melitus 37

2.3.2 Klasifikasi Diabetes Melitus 38

2.3.3 Patofisiologi Diabetes Melitus 39

2.3.4 Diagnosa Diabetes Melitus 43

2.3.5 Manifestasi Klinis 44

2.3.6 Faktor Resiko Diabtes Melitus 45

2.3.7 Komplikasi Diabetes Melitus 46

2.3.8 Pemeriksaan Penyaring 47

2.3.9 Pentalaksanaan 48

2.4 Model Konsep Betty Neuman 50

2.4.1 Konsep Holistik Betty Neuman 50

2.4.2 Konsep Stress Betty Neuman 52

2.4.3 Aplikasi Teori 54

2.5 Hubungan Antar Konsep 55

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL & HIPOTESIS 54

3.1 Kerangka Konseptual 54

3.2 Hipotesis 55

BAB 4 METODE PENELITIAN 56

4.1 Desain Penelitian 56

4.2 Kerangka Kerja 57

4.3 Waktu Dan Tempat Penelitian 58

4.4 Populasi, Sampel, Dan Teknik Sampling 58

4.4.1 Populasi Penelitian 58

4.4.2 Sampel Penelitian 58

4.4.3 Besar Sampel 59

4.4.4 Teknik Sampling 60

4.5 Identifikasi Variabel 60

4.6 Definisi Operasional 60

4.7 Instrumen, Pengumpulan, Pengolahan Dan Analisa Data 61

4.7.1 Instrumen Penelitian 61

4.7.2 Pengumpulan Data 62

4.7.3 Pengolahan Data 63

4.7.4 Analisis Data 65

4.8 Etika Penelitian 66

BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN 57

5.1 Hasil Penelitian 57

5.2 Pembahasan 64

5.3 Keteratasan 73

BAB 6 PENUTUP 57

6.1 Simpulan 57

6.2 Saran 57

DAFTAR PUSTAKA 59

**DAFTAR TABEL**

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian 60

Tabel 4.2 Instrument Hubungan Keluarga 61

Tabel 4.3 Instrument kualitas Hidup 62

Tabel 5.1 Karakteristik responden diabetes mellitus 58

Tabel 5.2 Karakteristik dukungan keluarga diabetes mellitus 60

Tabel 5.3 Karakteristik kualitas hidup diabetes mellitus 60

Tabel 5.4 Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes

mellitus dengan *diabetic ulcer* 61

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Model Sistem Betty Neuman 51

Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian 54

Gambar 4.1 Skrema Korerasional 56

Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian 57

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 *Curriculum vitae* 57

Lampiran 2 Motto dan persembahan 58

Lampiran 3 Surat keterangan pengambilan data 59

Lampiran 4 surat balasan pengambilan data 62

Lampiran 5 S ertifikat etik penelitian 63

Lampiran 6 Lembar permohonan menjadi responden 64

Lampiran 7 Lembar persetujuan menjadi responden 65

Lampiran 8 Kuesioner data demografi 66

Lampiran 9 Kuesioner penelitian HDFSS 69

Lampiran 10 Kuesioner penelitian DQOL 71

Lampiran 11 Hasil tabulasi penelitian 74

**DAFTAR SINGKATAN**

β : *Beta*

ADA *: American Diabetes Association*

DM : Diabetes Melitus

DQOL : *Diabetic quality of life*

GDM : Diabetes mellitus gestasional

HDFSS : *Hensarling diabetes familiy support scale*

HHS : *Hyperglycemic Hyperosmolar State*

IDF : *International Diabetes Federation*

IL-6 : *interleukin-6*

IR : *Insulin Receptor*

IRS : *Insulin Receptor Substrate*

IRT : Ibu rumah tangga

KAD : Ketoasidosis diabetik

NCD : *Noncommunicable Diseases*

PI3 Kinase : *Phosphatidylinositol 3 Kinase*

PSG : Pemantauan status gizi

ROS : *Reactive oxygen species*

STBM : Sanitasi total berbasis masyarakat

TNFα : *Tumor necrosis factor alfa*

TTU : Tempat tempat umum

TTGO : Tes Toleransi Glukosa Oral

UGD : Unit gawat darurat

UKBM : Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat

WHO : *World Health Organization*

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Masalah kesehatan disebabkan dari pola hidup, pola makan, faktor lingkungan kerja, olahraga dan stress. Perubahan gaya hidup terutama di kota-kota besar menyebabkan peningkatan prevalensi penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, diabetes melitus II, obesitas dan tekanan darah tinggi. Diabetes melitus bukan hanya mengalami peningkatan terus-menerus tiap tahun di kalangan masyarakat perkotaan namun sudah merambat ke kalangan masyarakat pedesaan, hal ini disebabkan oleh tingkat perekonomian yang semakin meningkat sehingga pola hidup sehat kurang diperhatikan, ketidaktahuan atau ketidakpedulian untuk menjaga pola makan yang sehat (Nuraisyah, Kusnanto and Rahayujati, 2017).

Keluarga sangat berperan meningkatkan kualitas hidup pada penderita DM dengan meregulasi proses psikologi dan memfasilitasi perubahan perilaku (Setiadi, 2008). Dukungan keluarga yang baik berpengaruh pada semangat hidup dan kesehatan mental pasien diabetes. Penting dipahami bagi individu yang ingin mendukung keluarga karena berkaitan dengan keberadaan dan ketepatan dukungan keluarga bagi seseorang. Dukungan dari keluarga tidak hanya memberikan bantuan, tetapi bagaimana cara persepsi penerima terhadap makna bantuan tersebut. Dukungan keluarga berperan penting dalam kesehatan mental pada pasien diabetes dalam hal ini kualitas hidup (Nuraisyah, Kusnanto and Rahayujati, 2017). Diabetes Mellitus akan menyertai seumur hidup sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. (WHO, 2012).

Tamara and Nauli, 2014 menuturkan bahwa secara sosial penderita diabetes melitus akan mengalami hambatan umumnya berkaitan dengan pembatasan diet yang ketat dan keterbatasan aktivitas karena komplikasi yang muncul. Kondisi tersebut berlangsung kronis dan bahkan sepanjang hidup pasien diabetes melitus dan hal ini akan menurunkan kualitas hidup pasien diabetes melitus. Penanganan penyakit ini memerlukan pendekatan yang komprehensif. Penanganan pasien harus memperhatikan keseimbangan dan keutuhan aspek fisik, psikologis, sosial dan ekonomi. Saat ini penanganan penyakit ini menunjukkan kecenderungan lebih berfokus pada pengaturan pola diet, pengaturan aktivitas fisik, perubahan perilaku, pengobatan yang dilakukan dengan obat – obatan, dan kontrol gula darah, sedangkan penanganan masalah psikologis belum banyak ditangani. Permaslahan yang sering ditemukan pada pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* adalah kondisi *diabetic ulcer* belum sembuh total karena perawatan yang lama, besarnya biaya perawatan, menurunya produktivitas serta dukungan keluarga yang berpengaruh penting pada kualitas hidup pasien (Basri, 2019). berdasarkan pengamatan peneliti saat melakukan praktik klinik di Puskesmas Kebonsari Suarbaya rendahnya dukungan keluarga pada pasien diabetes melitus akan berdampak terhadap penurunan kualitas hidup, Sejauh ini berdasarkan pengetahuan peneliti, hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* belum dapat dijelaskan.

*Global status report on Noncommunicable Diseases* (NCD) *World Health Organization* (WHO) DM menempati peringkat ke-6 sebagai penyebab kematian, *International Diabetes Federation* (IDF) memperhitungkan angka kejadian diabetes melitus di dunia pada tahun 2012 adalah 371 juta jiwa, tahun 2013 meningkat menjadi 382 juta jiwa dan diperkirakan pada tahun 2035 DM akan meningkat menjadi 592 juta jiwa (Triyanisya, 2013). Di Indonesia angka kejadian DM termasuk urutan terbesar ke-7 dunia yaitu sebesar 7,6 juta jiwa sedangkan angka kejadian penderita ulkus diabetikum sebesar 15% dari penderita diabetes melitus. Bahkan angka kematian dan amputasi masih tinggi yaitu sebesar 32,5% dan 23,5% (Utami and Karim, 2014). Perubahan gaya hidup di kota besar menyebabkan peningkatan prevalensi penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, diabetes melitus II, obesitas dan tekanan darah tinggi (Nuraisyah, Kusnanto and Rahayujati, 2017).Data dari Riskesdas 2018 menyatakan bahwa prevalensi DM di indonesia mengalami peningkatan yaitu sebesar 2,0% pada tahun 2018, serta data dari Riskesdas Jawa Timur menjelaskan bahwa prevalensi diabetes melitus sebesar 2,6% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Studi dokumenter yang dilakukan pada tanggal 8 februari 2020 di Puskesmas Kebonsari Surabaya didapatkan populasi pasien diabetes melitus pada tahun 2019 sebanyak 250 pasien, dan 3 bulan terakhir pada bulan November 2019 – Januari 2020 sebanyak 53 pasien. Wawancara yang dilakukan pada studi pendahuluan tanggal 8 Februari 2020 terhadap 5 pasien penderita diabetes melitus dengan diabetic ulcer dengan sebagian besar jawaban klien mengatakan bahwa keluarga saya tidak membantu saya saat sakit. klien mengatakan bahws keluarga acuh tak acuh terhadap saya dan tidak pernah mengantar saya ke puskesmas, klien mengatakan bahwa anak saya tidak pernah mengingatkan saya untuk minum obat, klien mengatakan bahwa anak jarang sekali menjenguk klien di rumah. Data ini menunjukkan bahwa pasien merasa kurangnya dukungan keluarga saat mereka sakit dan oleh karena itu mereka lebih memilih diam dan kurang adanya komunikasi dengan keluarga.

diabetes melitus disebabkan oleh penurunan produksi insulin oleh sel-sel β pulau langerhans. Jenis Juvenilis (usia muda) disebabkan oleh predisposisi herediter terhadap perkembangan antibodi yang merusak sel-sel β atau degenerasi sel-sel β. Diabetes jenis awitan maturitas disebabkan oleh degenerasi sel-sel β akibat penuaan dan akibat kegemukan/obesitas (Sujono & Sukarmin, 2008). Pengobatan diabetes melitus memerlukan waktu yang lama karena diabetes melitus merupakan penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup, dan sangat kompleks karena tidak hanya membutuhkan pengobatan tetapi juga perubahan gaya hidup sehingga seringkali pasien cenderung menjadi putus asa dengan program terapi. Keadaan yang demikian dapat mempengaruhi kapasitas fungsional, fisik, psikologis dan kesehatan sosial serta kesejahteraan penderita diabetes melitus (wulandari, 2018).

Diabetes melitus yang tidak terkendali dan tidak diobati dengan benar akan menjadi kronis dan berakibat pada munculnya komplikasi. Diabetes melitus dapat menyebabkan komplikasi akut seperti hipoglikemia dan ketoasidosis diabetik (KAD). Komplikasi kronis juga dapat terjadi apabila hiperglikemi berlangsung menahun menimbulkan kardiovaskuler, gagal ginjal, gangguan penglihatan dan sistem syaraf. Komplikasi kronis lainnya seperti makrovaskular dan mikrovaskular (Black & Hawk, 2009). Komplikasi mikrovaskular menyerang pada pembuluh-pembuluh darah kecil, diantaranya terjadi di mata, ginjal, dan saraf perifer yang dapat menyebabkan terjadinya neuropati perifer diabetik (DPN), dampak dari adanya neuropati perifer diabetik yang salah satunya adalah penurunan sensasi sensori, maka akan menyebabkan pasien diabetes melitus berpeluang mengalami luka pada daerah kaki. (Ignatavicius & Workman, 2010). Komplikasi tersebut dapat mengakibatkan berkurangnya usia atau harapan hidup penderita, kelumpuhan dan meningkatkan beban ekonomi bagi penderita beserta keluarganya (Ernawati, 2013). Barnes (2009) menjelaskan bahwa komplikasi yang dialami penderita diabetes melitus dapat berupa komplikasi fisik (seperti kerusakan mata, kerusakan ginjal, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, dan stroke), lalu komplikasi psikologis (berupa kecemasan, hal ini bisa terjadi dikarenakan *long life diseases* maupun komplikasi yang ditimbulkan dari diabetes melitus itu sendiri), selanjutnya komplikasi sosial (biasanya berkaitan dengan pembatasan diet ketat dan keterbatasan aktivitas karena komplikasi yang muncul) serta komplikasi ekonomi (biasanya berkaitan dengan biaya perawatan penyakit yang membutuhkan waktu yang lama dan rutin sehingga menjadi beban bagi pasien maupun keluarganya) (Mirza, 2017).

WHO (2012) menyebutkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dan konteks budaya serta sistem nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup individu, harapan, standart, perhatian serta fokus hidupnya. Hidup dengan diabetes melitus dapat berpengaruh negatif terhadap kualitas hidup penderita baik dengan atau tanpa komplikasi (Mirza, 2017). Kualitas hidup penderita diabetes melitus dapat diartikan sebagai perasaan penderita terhadap kehidupannya secara umum dan kehidupan bersama diabetes (Mirza, 2017). Kualitas hidup dapat meningkat dengan adanya dukungan keluarga. Sebagaimana yang diutarakan Cobb & Jones (dalam Niven, 2012) bahwa dukungan dari keluarga dan teman merupakan bagian dari dukungan sosial yang tidak dapat dipisahkan. Ali (2009) menambahkan bahwa dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain (orangtua, anak, suami, istri atau saudara) yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai. Dari penjelasan tersebut jelaslah bahwa dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien diabetes mellitus bukan hanya sekedar perhatian terhadap kebutuhan fisik saja namun kebutuhan psikis serta pemahaman keluarga akan penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya (Mirza, 2017)

Pompili (2009) melakukan penelitian di Italia tentang kualitas hidup dan resiko bunuh diri pada pasien diabetes melitus, diketahui bahwa pasien diabetes melitus menunjukan keputusasaan yang lebih besar dan ide bunuh diri, serta kualitas hidup yang buruk terkait dengan *self efficacy* yang rendah. Brannon dan Feist dalam Sholichah (2009) mengemukakan bahwa penderita sakit kronis cenderung menunjukkan ekspresi emosi yang bersifat negatif dengan kondisi sakitnya. Mereka juga menjelaskan bahwa penderita sakit kronis sangat membutuhkan dukungan keluarga (Tamara and Nauli, 2014).

Yudianto, dkk (dalam Retnowati dan Satyabakti, 2015) menegaskan bahwa ada beberapa aspek dari diabetes mellitus yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes melitus diantaranya, selama hidup diharuskan menjalani terapi farmakologis, pembatasan dan pengaturan diet serta monitoring gula darah, kekhawatiran apabila muncul gejala hipoglikemi maupun hiperglikemi. Perlu diketahui bahwa Dukungan keluarga yang baik berpengaruh pada semangat hidup, kesehatan mental dan kualitas hidup pasien diabetes melitus (Nuraisyah, Kusnanto and Rahayujati, 2017). Hal ini perlu diketahui pasien dan keluarga pasien agar kualitas hidup pasien diabetes melitus tetap terjaga. oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kulitas hidup pasien DM dengan *diabetic ulcer* di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

1. **Rumusan Masalah**

Adakah hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien Diabetes Melitus dengan *Diabetic Ulcer* di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya?

1. **Tujuan**
   * 1. **Tujuan Umum**

Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien dengan diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di wilayah kerja puskesmas kebonsari surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup pada pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.
3. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.
4. **Manfaat**
5. **Manfaat teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan dukungan keluarga sehingga terjadi peningkatan kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di wilayah kerja puskesmas kebonsari surabaya.

1. **Manfaat Praktis**
2. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi untuk memperdalam ilmu keperawatan terutama tentang dukungan keluarga dengan kulalitas hidup pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer.*

1. Bagi Pasien Diabetes melitus dengan *Diabetic ulcer*

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi pada pasien dan keluarga dengan diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* tentang dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer*.

1. Bagi Profesi keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi teman sejawat agar dapat mengembangkan ilmu keperawatan tentang Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer*.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Konsep Dukungan Keluarga, 2) Konsep Kualitas Hidup, 3) Konsep Diabetes Melitus, 4) konsep Teori Keperawatan Betty Neuman, 5) Hubungan Antar Konsep

1. **Konsep Keluarga**
2. **Definisi Keluarga**

Keluarga merupakan orang yang mempunyai hubungan resmi, seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian, hubungan sosial (hidup bersama) dan adanya hubungan psikologi (ikatan emosional) (Hanson 2001, dalam Doane & Varcoe, 2005). Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall dan Logan, 1986 dalam Friedman, 1998). Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI,1988).

1. **Tipe Keluarga**

Berbagai tipe keluarga yang perlu Anda ketahui adalah sebagai berikut.

1. Tipe keluarga tradisional, terdiri atas beberapa tipe di bawah ini.
   1. *The Nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat.
   2. *The dyad family* (keluarga dyad), suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu Anda ketahui, keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak, jadi ketika nanti Anda melakukan pengkajian data dan ditemukan tipe keluarga ini perlu Anda klarifikasi lagi datanya.
   3. *Single parent*, yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
   4. *Single adult*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
   5. *Extended family*, keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan.
   6. *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.
   7. *Kin-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama.
2. Tipe keluarga yang kedua adalah tipe keluarga nontradisional, tipe keluarga ini tidak lazim ada di Indonesia, terdiri atas beberapa tipe sebagai berikut.
   1. *Unmarried parent and child family*, yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.
   2. *Cohabitating couple*, orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
   3. *Gay and lesbian family*, seorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.
   4. *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
   5. *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.
3. **Fungsi Keluarga**

Friedman, 2010 fungsi keluarga ada lima antara lain berikut ini.

1. Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri.

1. Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial.

1. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

1. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

1. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang memengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

* 1. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
  2. Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
  3. Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
  4. Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
  5. Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas.

1. **Tahapan Perkembangan Keluarga**

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga yaitu sebagai berikut :

1. Keluarga baru menikah atau pemula

Tugas perkembangannya adalah:

* 1. membangun perkawinan yang saling memuaskan;
  2. membina hubungan persaudaraan, teman, dan kelompok sosial
  3. mendiskusikan rencana memiliki anak.

1. Tahap perkembangan keluarga yang kedua adalah keluarga dengan anak baru lahir.

Tugas perkembangannya adalah:

* 1. membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga;
  2. rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga;
  3. mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
  4. memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peranperan orang tua dan kakek nenek.

1. Keluarga dengan anak usia pra sekolah

Tugas perkembangannya adalah:

* 1. memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan;
  2. mensosialisasikan anak;
  3. mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain;
  4. mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga.

1. Keluarga dengan anak usia sekolah

Tugas perkembangannya adalah:

* 1. mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat;
  2. mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
  3. memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

1. Keluarga dengan anak remaja

Tugas perkembangannya adalah:

1. menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri;
2. memfokuskan kembali hubungan perkawinan;
3. berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.
4. Keluarga melepas anak usia dewasa muda

Tugas perkembangannya adalah:

* 1. memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak;
  2. melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan;
  3. membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri.

1. Keluarga dengan usia pertengahan

Tugas perkembangannya adalah:

* 1. menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan;
  2. mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak;
  3. memperkokoh hubungan perkawinan.

1. Keluarga dengan usia lanjut

Tugas perkembangannya adalah:

* 1. mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan;
  2. menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun;
  3. mempertahankan hubungan perkawinan;
  4. menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan;
  5. mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi;
  6. meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan hidup).

1. **Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

Purnawan (2008) dalam Rahayu (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

1. Faktor internal
2. Tahap perkembangan Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.
3. Pendidikan atau tingkat pengetahuan Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.
4. Faktor emosi Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang 15 secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.
5. Spiritual Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.
6. Eksternal
7. Praktik di keluarga Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.
8. Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja.Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan 16 lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

1. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

1. **Definisi Dukungan Keluarga**

Istilah dukungan keluarga, terdiri dari dua kata yakni dukungan dan keluarga. Dalam kamus psikologi, Chaplin (2001) mendefinisikan dukungan/ support adalah mengadakan atau menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Lebih lanjut dijelaskan bahwa memberikan dorongan atau pengobaran semangat dan nasihat kepada orang lain dalam satu situasi pembuat keputusan. Sementara itu, defenisi keluarga/ family menurut Chaplin (2001) adalah satu kelompok individu yang terkait oleh ikatan perkawinan/ darah, secara khusus mencakup seorang ayah, ibu dan anak. Lebih luas lagi ia menyebutkan bahwa kleuarga juga dapat dikatakan sebagai satu kelompok pribadi yang hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah memberikan dorongan/ semangat/ nasihat/ pengobaran semangat dalam satu situasi pembuatan keputusan oleh satu kelompok individu yang terikat perkawinan atau darah secara khusus, mencakup seorang ayah, ibu, dan anak (Mirza, 2017).

Friedman (2010), Mengatakan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan bantuan jika diperlukan. Senada dengan hal tersebut, Ali (2009) menyebutkan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain (orangtua, anak, suami, istri atau saudara) yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai (Mirza, 2017).

1. **Jenis – Jenis Dukungan Keluarga**

Cohen dan McKay (dalam Niven, 2012), ada tiga jenis dukungan, diantaranya adalah:

1. Dukungan nyata

Bukan hanya berupa uang atau perhatian, dukungan nyata akan efektif bila dihargai penerima dengan tepat. Sebaliknya, jika dukungan nyata dirasakan tidak tepat dan individu merasa berhutang uang maupun perhatian, maka akan semakin menambah stress individu itu sendiri.

1. Dukungan pengharapan

Dalam hal ini, individu akan dibantu diarahkan kepada orang-orang yang telah mengalami situasi yang sama untuk mendapatkan nasihat dan bantuan. Dukungan pengharapan akan berhasil, jika individu secara social dapat menerima apa yang disampaikan. Biasanya dukungan pengharapan berasal dari orang lain yang mengalami hal sama dengan yang dirasakan oleh individu tersebut.

1. Dukungan emosional

Jika stress dapat mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai, maka dukungan emosional ini dapat menggantikannya atau menguatkan perasaan ini. Stress yang tidak terkontrol dapat berakibat pada hilangnya harga diri. Jika hal ini terjadi, orang lain memainkan peran yang berarti dalam meningkatkan pendapat yang rendah terhadap diri sendiri. Kejadian yang berakibat sesesorang merasakan hilang perasaan memiliki dapat diperbaiki dengan bentuk dukungan yang mengembangkan hubungan personal yang relatif lebih intim.

Sementara itu, Sarafino (2011) menyebutkan bahwa dukungan sosial keluarga dapat dibedakan menjadi 5 jenis, yaitu:

1. Dukungan emosional (*emotional support*).

Melibatkan ungkapan rasa empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu itu merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian dan afeksi serta bersedia mendengarkan keluh kesah orang lain.

1. Penghargaan (*esteem support*).

Melibatkan ekspresi yang berupa pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain. Dukungan ini akan membantu membangun perasan menghargai terhadap diri sendiri pada individu dan menghargai kompetensinya.

1. Dukungan instrumental (*instrumental support*).

Melibatkan bantuan langsung, misalnya yang berupa bantuan finansial atau bantuan dalam mengerjakan tugastugas tertentu.

1. Dukungan informasi (*informational support*).

Dukungan yang bersifat informasi ini dapat berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan.

1. Dukungan jaringan (*network support*).

Menyediakan suatu perasaan keanggotan dalam sebuah kelompok orang-orang yang berbagai kepentingan dan aktivitas sosial (Mirza, 2017).

1. **Dimensi Dukungan Keluarga**

Dimensi dukungan keluarga menurut Hensarling (2009) dalam Arfiani (2015) adalah :

1. Dimensi emosional/empati

Dukungan ini melibatkan ekspresi, rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stres. Dimensi ini memperlihatkan adanya dukungan dari keluarga, adanya pengertian dari anggota keluarga yang lain terhadap anggota keluarga yang menderita DM. Komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga diperlukan untuk memahami situasi anggota keluarga. Dimensi ini didapatkan dengan mengukur persepsi pasien tentang dukungan keluarga berupa pengertian dan kasih sayang dari anggota keluarga yang lain .

1. Dimensi penghargaan

Dimensi ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dengan orang-orang disekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu. Perbandingan yang positif dengan orang lain seperti pernyataan bahwa orang lain mungkin tidak dapat bertindak lebih baik. Dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten dan dihargai. Dukungan ini juga muncul dari penerimaan dan penghargaan terhadap keberadaan seseorang secara total meliputi kelebihan dan kekurangan yang dimiliki.

1. Dimensi instrumental

Dukungan yang bersifat nyata, dimana dukungan ini berupa bantuan langsung, contoh seseorang memberikan/meminjamkan uang. Dapat juga berupa bantuan mengerjakan tugas tertentu pada saat mengalami stres. Dimensi ini memperlihatkan dukungan dari keluarga dalam bentuk nyata terhadap ketergantungan anggota keluarga meliputi penyediaan sarana (peralatan atau saran pendukung lain) untuk mempermudah atau menolong orang lain, termasuk didalamya adalah memberikan peluang waktu.

1. Dimensi informasi

Dukungan ini berupa pemberian saran percakapan atau umpan balik tentang bagaimana seseorang melakukan sesuatu, misalnya ketika seseorang mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan, dia akan menerima saran dan umpan balik tentang ideide dari keluarganya. Dimensi ini menyatakan dukungan keluarga yang diberikan bisa membantu pasien dalam mengambil keputusan dan menolong pasien dari hari ke hari dalam manajemen penyakitnya. Aspek informasi ini terdiri dari pemberian nasehat, pengarahan atau keterangan yang diperlukan oleh individu yang bersangkutan serta untuk mengatasi masalah pribadinya.

1. **Pengukuran Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga terkait dengan kesejahteraan dan kesehatan dimana lingkungan keluarga menjadi tempat individu belajar seumur hidup. Dukungan keluarga telah didefenisikan sebagai faktor penting dalam kepatuhan pengelolaan penyakit untuk remaja dan dewasa dengan penyakit kronik. Dukungan keluarga nmerupakan indikator yang paling kuat memberikan dampak positif terhadap pengelolaan diri pada pasien diabetes mellitus.

HDFSS mengukur dukungan keluarga yang dirasakan oleh pasien DM, secara konsep didefinisikan bagaimana pasien melihat dukungan dari keluarganya. Semakin tinggi skor berarti semakin tinggi dukungan keluarga yang dirasakan . The HDFSS mencakup 29 pertanyaan yang harus dijawab dengan menempatkan tanda centang pada salah satu dari lima kotak : 1 = Tidak pernah , 2 = Kadangkadang (jarang), 3 = Sebagian besar waktu (sering), dan 4 = Selalu. HDFSS dapat membantu penyedia layanan kesehatan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih jelas tentang bagaimana pasien dengan diabetes melihat tingkat dukungan dari anggota keluarga yang mereka terima untuk penyakit tertentu. Berdasarkan penilaian dengan menggunakan instrumen yang valid dan dapat diandalkan, perawat akan dapat membantu pasien dan keluarga dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, untuk mengembangkan perilaku hidup sehat, mencegah komplikasi, dan untuk meningkatkan hasil pemeriksaan diabetes terkait. Hasil tersebut dapat menyebabkan peningkatan kesehatan dan kualitas hidup. Selain penggunaan klinis, HDFSS seharusnya juga berguna dalam penelitian (Hensarling, 2009).

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes.

1. Jangka pendek: menghilangkan keluhan dan tanda DM, mempertahankan rasa nyaman, dan mencapai target pengendalian glukosa darah.
2. Jangka panjang: mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati, dan neuropati.
3. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunnya morbiditas dan mortalitas DM.

Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan, dan profil lipid, melalui pengelolaan pasien secara holistik dengan mengajarkan perawatan mandiri dan perubahan perilaku.

1. **Konsep Kualitas Hidup**
2. **Definisi Kualitas Hidup**

Taylor (2009), Definisi kualitas hidup adalah tingkat dimana individu dapat memaksimalkan keberfungsian fisik, psikis, vokasi dan kehidupan sosial. Felce dan Perry (dalam Rapley, 2003) mendefinisikan kualitas hidup sebagai suatu fenomena psikologis, yaitu kualitas hidup merupakan kesejahteraan umum secara menyeluruh yang mana termasuk penguraian objektif dan evaluasi subjektif menyangkut kesejahteraan fisik, materi, sosial, dan emosional bersama dengan perluasan perkembangan personal dan aktivitas bertujuan yang ditekankan pada seperangkat nilai-nilai personal (Mirza, 2017)

Cohen dan Lazarus (dalam Sarafino, 2011) menyebutkan bahwa kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan individu yang dapat dilihat dari kehidupan individu yang dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadi, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Adam (dalam Nursalam, 2013) menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan tersebut berada (Mirza, 2017).

Menurut O’Connor (1993), kualitas hidup adalah pandangan subjektif dari suatu individu dalam mempersepsi posisi kehidupannya saat ini, individu melihat seberapa jauh perbedaan antara kondisi kehidupannya saat ini dengan kondisi kehidupan yang diinginkan individu. Jadi, individu menilai kondisi kehidupannya saat ini dengan melihat jarak antara posisi kehidupannya saat ini dengan kondisi yang ia inginkan. Inoguchi dan Fuji (dalam Tonon, 2015) menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi setiap individu terhadap tempat tinggal, konteks budaya dan sistem nilai yang sesuai dengannya, berkaitan dengan harapan, minat dan persepsi.

Terkait dengan penyakit diabetes mellitus sendiri, WHO (2012) menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisinya dalam konteks budaya dan sistem nilai pada tempat individu tersebut hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standard dan fokus hidupnya. Lebih lanjut dijelaskan bahwa kualitas hidup pada penderita DM dapat diartikan sebagai perasaan penderita terhadap kehidupannya secara umum dan kehidupan bersama diabetes. Berdasarkan beberapa pendapat para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kualitas hidup adalah kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara fisik maupun psikis terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan tersebut berada, terutama terkait penyakit DM yang dideritanya (Mirza, 2017)

1. **Dimensi Kualitas Hidup**

Tonon (2016) dalam Mirza (2017), ada tujuh belas domain terkait dimensi dari kualitas hidup, diantaranya:

* 1. Pendidikan

Dengan pendidikan dapat meningkatkan kualitas hidup dan kemampuan manusia dengan menyediakan sumber dukungan sosial dan merupakan ruangan utnuk pembangunan kewarganegaraan.

* 1. Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu komponen vital kualitas hidup dan mengenai kesetaraan kesehatan.

* 1. Ketenagakerjaan

Hubungan individu dengan pekerjaan mereka menjadi penting, karena tenaga kerja mengaggap bahwa tenaga kerja sebagai dukungan istimewa untuk dimasukkan dalam struktur sosial, bukan hanya sebagai hubungan teknis dengan produksi

* 1. Keamanan pribadi

Keamanan telah mengalami perubahan yang berbeda mengenai tujuannya, telah terjadi pengalihan keamanan negara terhadap keamanan individu dan keamanan negara ke sistem internasional.

* 1. Tempat tinggal

Terkait dengan tempat tinggal, komite hak ekonomi, sosial dan budaya, Organisme untuk PBB yang bertugas mengawasi kepatuhan negara terhadap hak hunian.

* 1. Keyakinan spiritual/ religius

Spiritual/ religius memiliki inti konsisten yang terdiri dari pemikiran, pengalaman, perasaan, dan perilaku yang berasal dari pencarian sesuatu yang sakral, dipahami sebagai realitas atau kebenaran tertinggi, tergantung pada persepsi individu.

* 1. Keanekaragaman budaya

Keanekaragaman budaya terlahir dalam hubungan antara budaya dan identitas, budaya dipahami sebagai dimensi, simbol, ekspresif dari praktis sosial

* 1. Partisipasi dalam kegiatan budaya

Partisipasi merupakan sesuatu yang dapat dipandang sebagai partisipasi keseluruhan dan budaya sangat terkait erat dengan kewarganegaraan.

* 1. Gender

Gender adalah seperangkat keyakinan, fungsi dan dibuat secara sosial dengan mengambil perbedaan seksual.

* 1. Diskriminasi

Hubungan budaya dengan identitas, perlu dicatat dibahwa sebuah komunitas tidak hanya diidentifikasi oleh ciri-ciri budaya yang objektif, namun oleh yang masingmasing anggota selektifkan secara subjektif dan titik ini beberapa atribut biologis (seperti, ras).

* 1. Lingkungan

Lingkungan dianggap keseluruhan fisik, kimia, biologi dan komponen sosial yang mampu menyebabkan efek langsung dan tidak langsung dari individu dan aktivitas dalam jangka pendek dan panjang.

* 1. Hubungan Masyarakat

Kepuasan dengan masyarakat membuat inidvidu berkomitmen terhadap layanan masyarakat. Kesejahteraan masyarakat dapat membuat kualitas hidup menjadi baik

* 1. Dukungan sosial

Dukungan sosial akan menghasilkan kualitas hidup. Dukungan sosial yang ramah dari seseorang melalui ikatan sosial dari orangalain, kelompok dan masyarakat.

* 1. Nilai

Niai-nilai dapat dianggap sebagai kemampuan yang berkaitan denga budaya yang dikembangkan oleh setiap individu. Proses adaptasi individu dalam perjalanan kehidupan sosial dianggap sebagai nilai-niali pendiri norma-norma yang mangatur kehidupan individu.

* 1. Kepuasan dengan kehidupan

Kepuasan terhadap hidup mencangkup kepuasan, kesenangan, dan kenikmatan.

* 1. Kesejahteraan ekonomi

Menggembangkan studi dimana inidvidu secara sistematis mengekplorisasi hubungan kebahagian dengan pendapatan perkapita.

* 1. Politik dan institusi

Politik dan institusi mengaggap kohabitasi sosial tatanan yang dibangun oleh masyarakat sebagai landasan (Mirza, 2017).

Glatzer, dkk (2015) mengungkap sembilan dimensi kualitas hidup,diantaranya:

* 1. *Material living condition*. Dimensi ini mencakup kebutuhan-kebutuhan dasar untuk hidup seperti tempat tinggal, makanan, minuman dan penghasilan untuk kelangsungan hidup.
  2. Kesehatan. Dimensi ini mencakup kesejahteraan fisik yang berkaitan dengan kondisi kesehatan, ketersedian fasilitas kesehatan, hingga jaminan kesehatan bagi individu.
  3. Pendidikan. Dimensi ini mencakup ketersedian akses pendidikan bagi individu, baik dasar maupun lanjutan.
  4. *Productive and valued activities*. Dimensi ini mencakup ketersedian akses untuk bekerja, berkarir dan segala jenis aktivitas produktif yang menghasilkan pemasukan bagi individu.
  5. Hak-hak dasar dan konstitusional. Dimensi ini mencakup hak-hak asasi dasar individu dan hak-hak dalam masyarakat.
  6. Waktu senggang dan interaksi sosial. Dimensi ini mencakup hak individu untuk menikmati waktu luang dan berinteraksi dengan lingkungannya.
  7. *Natural and living environment*. Dimensi ini mencakup hubungan individu dengan alam dan lingkungan di sekitarnya.
  8. Keamanan fisik dan ekonomi. Dimensi ini mencakup keamanan secara fisik dan keamanan secara ekonomi
  9. Pengalaman hidup secara menyeluruh. Dimensi ini mencakup pengalaman individu menjalani kehidupannya secara keseluruhan.

Peruniak (2010) menjelaskan bahwa ada lima dimensi dari kualitas hidup yaitu:

1. Dimensi Subjektif-objektif

Menggambarkan interior-eksterior dari manusia.Interior mewakili pikiran, ide, keyakinan, mimpi dan elemen lain, sedangkan eksterior mewakili fisik (yang bisa di sentuh) dan berhubungan dengan bagian luar manusia.

1. Dimensi *theorist-practitioner*

Lebih mengarah kepada objektivitas lingkungan seperti kondisi finansial, tempat tinggal, tingkat kesehatan dan sebagainya,

1. Dimensi *Individual-society*

Menjelaskan mengenai kualitas hidup di lihat dari persepsi individu atau dari perpektif yang lebih kompleks dari komunitas dan struktur sosial lainnya.

1. Dimensi *quality of condition & person*

Berhubungan dengan karakteristik dari individu dan lingkungan diluar dari diri individu.

1. Dimensi *potential actual*

Menjelaskan bagaimana indvidu mengaktualisasikan potensi yang ada pada dirinya (Mirza, 2017).

Power (Lopez dan Snyder, 2003) menambahkan bahwa ada empat dimensi dari kualitas hidup yang dijabarkan dalam beberapa faset, diantaranya:

1. Dimensi kesehatan fisik, meliputi:
2. Aktifitas sehari-hari: mengambarkan kesulitan dan kemudahan yang dirasakan individu ketika melakukan kegiatan sehari-hari.
3. Ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis: menggambarkan seberapa besar kecenderungan individu dalam menggunakan obatobatan atau bantuan medis lainnya dalam melakukan aktifitas seharihari.
4. Energi dan kelelahan: menggambarkan tingkat kemampuan yang dimiliki oleh indiviu dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari.
5. Mobilitas: menggambarkan tingkat perpindahan yang mampu dilakukan oleh individu dengan mudah dan cepat.
6. Sakit dan ketidaknyamanan; menggambarkan sejauh mana perasaan keresahan yang dirasakan individu terhadap hal-hal yang menyebabkan individu merasa sakit.
7. Tidur dan istirahat: menggambarkan kualitas tidur dan istirahat yang dimiliki oleh individu.
8. Kapasitas kerja: menggambarkan kemampuan yang dimiliki individu untuk menyelesaikan tugastugasnya.
9. Dimensi Kesejahteraan Psikologis, meliputi:
   1. Citra diri dan penampilan: menggambarkan bagaimana individu memandang keadaan tubuh serta penampilannya.
   2. Perasaan negatif: menggambarkan adanya perasaan yang tidak menyenangkan yang dimiliki oleh individu.
   3. Perasaan positif: menggambarkan perasaan yang menyenangkan yang dimiliki oleh individu.
   4. Harga diri: melihat bagaimana individu menilai atau menggambarkan dirinya sendiri.

Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi; menggambarkan keadaan kognitif individu yang memungkinkan untuk berkonsentrasi, belajar dan menjalankan fungsi kognitif lainnya.

1. Dimensi Hubungan Sosial, meliputi:
   1. Relasi personal: menggambarkan hubungan individu dengan orang lain.
   2. Dukungan sosial: menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya.
   3. Aktivitas seksual: menggambarkan kegiatan seksual yang dilakukan individu.
2. Dimensi Hubungan dengan Lingkungan, meliputi:
   1. Sumber finansial: menggambarkan keadaan keuagan individu.
   2. Kebebasan dan keamanan: menggambarkan tingkat keamanan individu yang dapat mempengaruhi kebebasan dirinya.
   3. Perawatan kesehatan dan kepedulian lingkungan: menggambarkan ketersediaan layanan kesehatan dan perlindungan sosial yang dapat diperoleh individu.
   4. Lingkungan rumah: menggambarkan keadaan tempat tinggal individu.
   5. Kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan: menggambarkan ada atau tidaknya kesempatan bagi individu untuk memperoleh hal-hal baru yang berguna bagi individu.
   6. Partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan: menggambarkan sejauh mana individu memiliki kesempatan dan dapat bergabung untuk berkreasi dan menikmati waktu luang.
   7. Lingkungan fisik: menggambarkan keadaan lingkungan sekitar tempat tinggal individu (keadaan air, saluran udara, iklim, polusi dan lain-lain).
   8. Transportasi: menggambarkan sarana kendaraan yang dapat dijangkau oleh individu.

Yudianto, dkk (dalam Retnowati dan Satyabakti, 2015) memberikan penjelasan mengenai konsep kualitas hidup terkait penderita DM, menurutnya konsep kualitas hidup meliputi sejumlah dimensi yang kompleks dalam kehidupan individu, meliputi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Sejumlah aspek dari diabetes mellitus yang dapat mempengaruhi kualitas hidup antara lain, selama hidup diharuskan menjalani terapi farmakologis, pembatasan dan pengaturan diet serta monitoring gula darah, kekhawatiran apabila muncul gejala hipoglikemi maupun hiperglikemi, ketakutan mengalami komplikasi DM dan timbulnya disfungsi seksual.

1. **Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, diantaranya:

1. Dukungan keluarga

Penelitian yang dilakukan Husni, dkk (2012) terhadap pasien kanker payudara di Instalasi Rawat Inap Bedah RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang yang berjumlah 32 responden. Dalam penelitian ini terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien kanker payudara.

1. Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang diberikan kepada setiap individu dapat mempengaruhi kualitas hidup, dengan dukungan sosial membuat individu merasa dihargai. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Noviarini dkk (2013) terhadap pecandu narkoba yang sedang menjalani rehabilitas. Dalam penelitian tersebut ada hubungan positif yang sangat signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pencandu narkoba yang sedang menjalani rehabilitas.

1. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Sutikno (2011) kepada lansia menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang kuat antara fungsi keluarga dan kulitas hidup. Keluarga merupakan kelompok yang mempunyai peranan yang amatpenting dalam kehidupan kita. Individu akan memiliki kulitas hidup yang optimal apabila fungsi keluarga dapat berjalan dengan baik

1. Kesepian

Kesepian termasuk salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Hal ini telah dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Weiner & Lloyd (2006) kepada penyandang moderat penyakit yang serius. Hasil menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang negatif antara kesepian dengan kualitas hidup. Para penyandang merasakan kesepian karena kurangnya hubungan sosial antara sesama sehingga kualitas hidup antara mereka menurun.

1. Stres

Penelitian dilakukan oleh Zainuddin, dkk (2015) kepada para penderita diabetes mellitus untuk melihat apakah stress mempengaruhi kualitas hidup. Berdasarkan penelitian ini dapat diperoleh hasil yang signifikan dan negatif terhadap variabel stress, semakin rendah stres maka semakin tinggi kualitas hidupnya, sebaliknya semakin tinggi kualitas hidup maka semakin rendah kualitas hidupnya.

1. Optimisme

Optimisme juga salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Zenger (2010) terhadap penderita kanker menunjukkan bahwa optimisme memberikan hasil yang signifikan terhadap kualitas hidup, yang mana seseorang memiliki tingkat optimisme yang baik maka akan terlihat pada kulitas hidup yang baik.

1. *Self-care*

Penelitian yang dilakukan oleh Rantung, dkk (2015) penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan self-care dengan kualitas hidup pasien DM. Metode penelitian cross sectional, melibatkan 125 anggota Persadia cabang Cimahi. Hasil penelitian menunjukkan hubungan selfcare dengan kualitas hidup menjadi positif.

1. Kecemasan dan depresi

Kecemasan dan depresi juga mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Kecemasan yang berlebihan dapat menyebabkan depresi pada individu. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurhasanah, dkk (2009) terhadap korban pasca gempa bumi di Kabupaten Slamet, yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara depresi dengan kualitas hidup. Dilihat dari tingkat kecemasan dan depresi yang dimiliki oleh korban pasca gempa bumi mengakibatkan mereka tidak berdaya dan memiliki kualitas hidup yang buruk.

1. Pengungkapan diri (*self dislosure*)

Pengungkapan diri merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seorang. Individu mampu mengungkapkan dirinya dengan baik maka kualitas hidup yang dimiliki akan semakin baik, seperti penelitian yang dilakukan Ekasari (2013) yang menunjukan hasil positif antara kedua variabel tersebut.

1. *Spiritual Well-Being*

Penelitian yang dilakukan Shahbaz dan Shahbaz (2015) tentang hubungan *Spiritual Well-Being* dengan Kualitas Hidup pada 200 penderita penyakit kronis yang berumur 15 sampai 80 tahun. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang positif antara Kualitas Hidup dengan Spiritual WellBeing (Mirza, 2017).

1. **Pengukuran Dukungan Keluarga**

Pengukuran kualitas hidup yang digunakan adalah kuesioner DQOL (*Diabetic quality of life)*. Kuesioner ini dimodifikasi oleh tyas (2008) dari Munoz & Thiagarajan (1998). Kuesioner ini terdiri dari 46 pertanyaan dengan rentang jawaban menggunakan skala Likert. Rentang jawaban untuk petanyaan kepuasan bersifat posistif (Favourable) adalah 1 : Sangat tidak puas , 2 : Tidak puas, 3 : Kurang puas, 4 Puas, 5 : Sangat puas. Sedangkan pertanyaan dampak bersifat posistif (Favourable) adalah 1 : Tidak pernah , 2 : jarang , 3 : kadang , 4 sering , 5 : Selalu. dan pada dampak, kekhawatiran terhadap Diabetes, dan kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan bersifat negatif ( Unfavourable) adalah 1 : Tidak pernah , 2 : jarang , 3 : kadang , 4 sering , 5 : Selalu. Nilai validitas instrument ini adalah 0,3 dan nilai reliabilitas adalah *Alpha Cronbach* 0,9.

**Tabel 2.1 Pengukuran *Diabetic quality of life***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Komponen | Butir | Pertanyaan | Total |
|  | Farvourable | Unfavourable |  |
| Kepuasan | 1 -15 |  | 15 |
| Dampak | 18,23,31 | 16,17,19-22,  24-30,32-35 | 20 |
| Kekhawatiran terhadap diabetes |  | 43 - 46 | 4 |
| Kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan |  | 36 - 42 | 7 |
| Total |  |  | 46 |

1. **Konsep Diabetes Melitus**
2. **Definisi Diabetes Melitus**

*World Health Organization* (WHO) (2011) mendefinisikan Diabetes Mellitus (DM) sebagai penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak menghasilkan insulin yang cukup atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan (Tamara and Nauli, 2014). Diabetes Mellitus (DM) merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Smeltzer dan Bare, 2002). Lebih lanjut, Guyton & Hall (2007) menjelaskan bahwa Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu sindrom dimana terganggunya metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh berkurangnya sekresi insulin atau penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin (Mirza, 2017).

*American Diabetes Association (*ADA) (2010), mendefinisikan diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (Arfiani, 2015).

1. **Klasifikasi Diabetes Melitus**

Taylor (1995) dalam Mirza (2017) membagi penyakit DM kedalam dua tipe utama, yaitu:

1. DM Tipe 1 (DM tergantung insulin)

DM tipe ini disebabkan karena kekurangan insulin, biasanya berkembang relatif pada usia muda, lebih sering pada anak wanita daripada anak laki-laki dan diperkirakan timbul antara usia enam dan delapan atau 10 dan 13 tahun. Gejalanya yang tampak sering buang air kecil, merasa haus. Terlalu banyak minum, letih, lemah, cepat marah.Gejala-gejala tersebut tergantung dari usaha tubuh untuk menemukan sumber energi yang tepat yaitu lemak dan protein. DM tipe ini bisa di kontrol dengan memberikan suntikan insulin.

1. DM tipe 2 (DM tidak tergantung insulin)

Tipe ini biasanya terjadi setelah usia tahun 40 tahun. DM ini disebabkan karena insulin tidak berfungsi dengan baik. Gejalanya antara lain: sering buang air kecil, letih atau lelah, mulut kering, impoten, menstruasi tidak teratur pada wanita, infeksi kulit, sariawan, gatal-gatal hebat, lama sembuhnya jika terluka. Sebagian besar penderita DM tipe ini mempunyai tubuh gemuk dan sering terjadi pada wanita berkulit putih (Mirza, 2017).

Menurut Rudijanto, dkk (2015), penyakit DM dapat diklasifikasikan menjadi beberapa bagian, yakni:

1. DM tipe 1 yakni Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute.
2. DM Tipe 2. Bervariasi, mulai yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang dominan defek sekresi insulin disertai resistensi insulin.
3. DM Tipe lain, yang disebabkan oleh: defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pancreas, endokrinopati, disebabkan oleh obat atau zat kimia, infeksi, sebab imunologi yang jarang, sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM.
4. Diabetes mellitus gestasional (GDM) yang didefinisikan sebagai derajat apapun intoleransi glukosa dengan onset atau pengakuan pertama selama kehamilan.
5. **Patofisiologi Diabetes Melitus**

Decroli (2019) menjelaskan bahwa terdapat 2 patofisiologi utama yang mendasari kasus Diabetes melitus tipe 2 yaitu sebagai berikut :

1. Resistensi Insulin

Resistensi insulin merupakan kondisi umum bagi orang-orang dengan berat badan overweight atau obesitas. Insulin tidak dapat bekerja secara optimal di sel otot, lemak, dan hati sehingga memaksa pankreas mengkompensasi untuk memproduksi insulin lebih banyak. Ketika produksi insulin oleh sel beta pankreas tidak adekuat guna mengkompensasi peningkatan resistensi insulin, maka kadar glukosa darah akan meningkat, pada saatnya akan terjadi hiperglikemia kronik. Hiperglikemia kronik pada DMT2 semakin merusak sel beta di satu sisi dan memperburuk resistensi insulin di sisi lain, sehingga penyakit DMT2 semakin progresif.

Secara klinis, makna resistensi insulin adalah adanya konsentrasi insulin yang lebih tinggi dari normal yang dibutuhkan untuk mempertahankan normoglikemia. Pada tingkat seluler, resistensi insulin menunjukan kemampuan yang tidak adekuat dari insulin signaling mulai dari pre reseptor, reseptor, dan post reseptor. Secara molekuler beberapa faktor yang diduga terlibat dalam patogenesis resistensi insulin antara lain, perubahan pada protein kinase B, mutasi protein Insulin Receptor Substrate (IRS), peningkatan fosforilasi serin dari protein IRS, Phosphatidylinositol 3 Kinase (PI3 Kinase), protein kinase C, dan mekanisme molekuler dari inhibisi transkripsi gen IR (Insulin Receptor).

1. Disfungsi Sel Beta Pankreas

Pada perjalanan penyakit DMT2 terjadi penurunan fungsi sel beta pankreas dan peningkatan resistensi insulin yang berlanjut sehingga terjadi hiperglikemia kronik dengan segala dampaknya. Hiperglikemia kronik juga berdampak memperburuk disfungsi sel beta pankreas.

Sebelum diagnosis DMT2 ditegakkan, sel beta pankreas dapat memproduksi insulin secukupnya untuk mengkompensasi peningkatan resistensi insulin. Pada saat diagnosis DMT2 ditegakkan, sel beta pankreas tidak dapat memproduksi insulin yang adekuat untuk mengkompensasi peningkatan resistensi insulin oleh karena pada saat itu fungsi sel beta pankreas yang normal tinggal 50%. Pada tahap lanjut dari perjalanan DMT2, sel beta pankreas diganti dengan jaringan amiloid, akibatnya produksi insulin mengalami penurunan sedemikian rupa, sehingga secara klinis DMT2 sudah menyerupai DMT1 yaitu kekurangan insulin secara absolut.

Sel beta pankreas merupakan sel yang sangat penting diantara sel lainnya seperti sel alfa, sel delta, dan sel jaringan ikat pada pankreas. Disfungsi sel beta pankreas terjadi akibat kombinasi faktor genetik dan faktor lingkungan. Jumlah dan kualitas sel beta pankreas dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain proses regenerasi dan kelangsungan hidup sel beta itu sendiri, mekanisme selular sebagai pengatur sel beta, kemampuan adaptasi sel beta ataupun kegagalan mengkompensasi beban metabolik dan proses apoptosis sel.

Pada orang dewasa, sel beta memiliki waktu hidup 60 hari. Pada kondisi normal, 0,5 % sel beta mengalami apoptosis tetapi diimbangi dengan replikasi dan neogenesis. Normalnya, ukuran sel beta relatif konstan sehingga jumlah sel beta dipertahankan pada kadar optimal selama masa dewasa. Seiring dengan bertambahnya usia, jumlah sel beta akan menurun karena proses apoptosis melebihi replikasi dan neogenesis. Hal ini menjelaskan mengapa orang tua lebih rentan terhadap terjadinya DMT2. Pada masa dewasa, jumlah sel beta bersifat adaptif terhadap perubahan homeostasis metabolik. Jumlah sel beta dapat beradaptasi terhadap peningkatan beban metabolik yang disebabkan oleh obesitas dan resistensi insulin. Peningkatan jumlah sel beta ini terjadi melalui peningkatan replikasi dan neogenesis, serta hipertrofi sel beta.

Ada beberapa teori yang menerangkan bagaimana terjadinya kerusakan sel beta, diantaranya adalah teori glukotoksisitas, lipotoksisitas, dan penumpukan amiloid. Efek hiperglikemia terhadap sel beta pankreas dapat muncul dalam beberapa bentuk. Pertama adalah desensitasi sel beta pankreas, yaitu gangguan sementara sel beta yang dirangsang oleh hiperglikemia yang berulang. Keadaan ini akan kembali normal bila glukosa darah dinormalkan. Kedua adalah ausnya sel beta pankreas yang merupakan kelainan yang masih reversibel dan terjadi lebih dini dibandingkan glukotoksisitas. Ketiga adalah kerusakan sel beta yang menetap.

Pada DMT2, sel beta pankreas yang terpajan dengan hiperglikemia akan memproduksi reactive oxygen species (ROS). Peningkatan ROS yang berlebihan akan menyebabkan kerusakan sel beta pankreas. Hiperglikemia kronik merupakan keadaan yang dapat menyebabkan berkurangnya sintesis dan sekresi insulin di satu sisi dan merusak sel beta secara gradual.

1. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan juga memegang peranan penting dalam terjadinya penyakit DMT2. Faktor lingkungan tersebut adalah adanya obesitas, banyak makan, dan kurangnya aktivitas fisik. Peningkatan berat badan adalah faktor risiko terjadinya DMT2. Walaupun demikian sebagian besar populasi yang mengalami obesitas tidak menderita DMT2. Penelitian terbaru telah menelaah adanya hubungan antara DMT2 dengan obesitas yang melibatkan sitokin proinflamasi yaitu tumor necrosis factor alfa (TNFα) dan interleukin-6 (IL-6), resistensi insulin, gangguan metabolisme asam lemak, proses selular seperti disfungsi mitokondria, dan stres retikulum endoplasma (Decroli, 2019).

1. **Diagnosa Diabetes Melitus**

Arfiani, (2015) menjelaskan bahwa diagnosis DM ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah. Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang diabetes . Kecurigaan adanya DM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan klasik DM seperti di bawah ini. :

1. Keluhan klasik DM berupa : Poliuria, Polidipsia, Polifagia, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
2. Keluhan lain dapat berupa: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulvae pada wanita.

Diagnosis DM dapat ditegakkan melalui tiga cara:

1. Jika keluhan klasik ditemukan, maka pemeriksaan glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dL sudah cukup untuk menegakkan diagnoses DM.
2. Pemeriksaan glukosa plasma puasa > 126 mg/dL dengan adanya keluhan klasik.
3. Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO).

Apabila hasil pemeriksaan tidak memenuhi kriteria normal atau DM, bergantung pada hasil yang diperoleh, maka dapat digolongkan ke dalam kelompok Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) atau Glukosa Darah Puasa Terganggu. (GDPT).

1. TGT: Diagnosis TGT ditegakkan bila setelah pemeriksaan TTGO didapatkan glukosa plasma 2 jam setelah beban antara 140-199 mg/dL (7,8 – 11,0 mmol/L).
2. GDPT: Diagnosis GDPT ditegakkan bilasetelah pemeriksaan glukosa plasma puasa didaptkan antara 100-125 mg/dL (5,6-6,9 mmol/L) dan pemeriksaan TTGO gula darah 2 jam < 140 mg/dL
3. **Manifestasi Klinis**

Gejala diabetes melelitus seperti rasa haus yang berlebihan, sering kencing terutama pada malam hari, banyak makan atau mudah lapar, dan berat badan turun dengan cepat.Kadang terjadi keluhan lemah, kesemutan pada jari tangan dan kaki, cepat lapar, gatal-gatal, penglihatan kabur, gairah seks menurun, luka sukar sembuh, dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi di atas 4kg (Suyono, 2004). Karakteristik diabetes melitus atau kencing manis diantaranya sebagai berikut (Mirza, 2012)

1. Buang air kecil yang berlebihan
2. Rasa haus yang berlebihan
3. Selalu merasa lelah
4. Infeksi di kulit’penglihatan menjadi kabur
5. Turunnya berat badan

Diabetes Mellitus sering muncul dan berlangsung tanpa timbulnya tanda dangejala klinis yang mencurigakan, bahkan kebanyakan orang tidak merasakan adanya gejala.Akibatnya, penderita baru mengetahui menderita Diabetes Mellitus setelah timbulnya komplikasi. Diabetes Mellitus tipe 1 yang dimulai pada usia muda memberikan tanda-tanda yang mencolok seperti tubuh yang kurus, hambatan pertumbuhan, retardasi mental, dan sebagainya (Agoes dkk, 2013). Berbeda dengan Diabetes Mellitus tipe 1 yang kebanyakan mengalami penurunan berat badan, penderita Diabetes Mellitus tipe 2 seringkali mengalami peningkatan berat badan. Hal ini disebabkan terganggunya metabolisme karbohidrat karena hormon lainnya juga terganggu (Mahendra dkk, 2008).

Tiga serangkai yang klasik tentang gejala Diabetes Mellitus adalah poliuria (sering kencing), polidipsia (sering merasa kehausan), dan polifagia (sering merasa lapar).Gejala awal tersebut berhubungan dengan efek langsung dari kadar gula darah yang tinggi. Jika kadar gula lebih tinggi dari normal, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Oleh karena ginjal menghasilkan air kemih dalam jumlah yang berlebihan, penderita sering berkemih dalam jumlah yang banyak (poliuria).Akibat lebih lanjut adalah penderita merasakan haus yang berlebihan sehingga banyak minum (polidipsia). Selain itu, penderita mengalami penurunan berat badan karena sejumlah besar kalori hilang ke dalam air kemih.Untuk mengompensasikan hal tersebut, penderita sering kali merasakan lapar yang luar biasa sehingga banyak makan atau polifagia (Krisnatuti dkk, 2014).

1. **Faktor Resiko Diabtes Melitus**

Powers (2010) faktor resiko Diabetes Melitus :

1. Riwayat keluarga menderita diabetes (contoh: orang tua atau saudara kandung dengan DM tipe 2)
2. Obesitas (Indeks Massa Tubuh)
3. Aktivitas fisik
4. Ras/etnis
5. Gangguan Toleransi Glukosa
6. Riwayat Diabetes Gestational atau melahirkan bayi dengan berat lahir > 4kg
7. Hipertensi (tekanan darah ≥140/90 mmHg)
8. Kadar kolesterol HDL ≤ 35 mg/dL (0,90 mmol/L) dan/atau kadar trogliserida ≥ 250mg/dL (2,82 mmol/L)
9. *Polycystic Ovary Syndrome* atau *Acantosis Nigricans.*
10. **Komplikasi Diabetes Melitus**

Komplikasi kronik terjadi apabila kadar glukosa darah secara berkeoanjangan tidak terkendali dengan baik sehingga menimbulkan berbagai komplikasi kronik diabetes melitus (Perkeni, 2006).

1. Komplikasi Akut

*Ketoasidosis Diabetik* (KAD) dan Hyperglycemic *Hyperosmolar State* (HHS) adalah komplikasi akut diabetes (Powers, 2010). Pada *Ketoasidosis Diabetik* (KAD), kombinasi defisiensi insulin dan peningkatan kadar hormon kontra regulator terutama epinefrin, mengaktivasi hormon lipase sensitif pada jaringan lemak. Akibatnya lipolisis meningkat, sehingga terjadi peningkatan produksi badan keton dan asam lemak secara berlebihan.Akumulasi produksi badan keton oleh sel hati dapat menyebabkan asidosis metabolik.Badan keton utama adalah *asam asetoasetat* (AcAc) dan *3-betahidroksibutirat* (3HB). Pada *Hyperglycemic Hyperosmolar State* (HHS), hilangnya air lebih banyak dibanding natrium menyebabkan keadaan hiperosmolar (Soewondo, 2009). Seperti hipoglikemia dan hiperglikemia.

1. Komplikasi Kronik

Jika dibiarkan dan tidak dikelola dengan baik, DM akan menyebabkan terjadinya berbagai komplikasi kronik, baik mikroangiopati maupun makroangiopati (Waspadji, 2009). Komplikasi kronik DM bisa berefek pada banyak sistem organ. Komplikasi kronik bisa dibagi menjadi dua bagian, yaitu komplikasi vaskular dan nonvaskular. Komplikasi vaskular terbagi lagi menjadi mikrovaskular (retinopati, neuropati, dan nefropati) dan makrovaskular (penyakit arteri koroner, penyakit arteri perifer, penyakit *serebrovaskular).*Sedangkan komplikasi nonvaskular dari DM yaitu gastroparesis, infeksi, dan perubahan kulit (Powers, 2010). Komplikasi seperti makroangiopati (makrovasuler) yaitu penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah kaki, dan penyakit pembuluh darah di otak (Waspadji, 2004).

1. **Pemeriksaan Penyaring**

Pemeriksaan penyaring dilakukan pada mereka yang mempunyai risiko DM, namun tidak menunjukkan adanya gejala DM. Pemeriksaan penyaring bertujuan untuk menemukan pasien dengan DM, TGT, maupun GDPT, sehingga dapat ditangani lebih dini secara tepat. Pasien dengan TGT dan GDPT juga disebut sebagai intoleransi glukosa, merupakan tahapan sementara menuju DM. Kedua keadaan tersebut juga merupakan faktor risiko untuk terjadinya DM dan penyakit kardiovaskular dikemudian hari (Arfiani, 2015).

Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dL) adalah :

1. Bila Glukosa darah sewaktu adalah > 200 mg/dL dianggap mendereta DM
2. Bila Glukosa puasa adalah adalah > 126 mg/dL dianggap menderita DM

Catatan :Untuk kelompok risiko tinggi yang tidak menunjukkan kelainan hasil, dilakukan ulangan tiap tahun. Bagi mereka yang berusia >45 tahun tanpa faktor risiko lain, pemeriksaan penyaring dapat dilakukan setiap 3 tahun.

1. **Pentalaksanaan**

Pilar penatalaksaan DM terdiri dari :

1. Edukasi

Diabetes tipe 2 umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan mapan. Pemberdayaan penyandang diabetes memerlukan partisipasi aktif pasien, keluarga dan masyarakat. Tim kesehatan mendampingi pasien dalam menuju perubahan perilaku sehat. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perilaku, dibutuhkan edukasi yang komprehensif dan upaya peningkatan motivasi. Pengetahuan tentang pemantauan glukosa darah mandiri, tanda dan gejala hipoglikemia serta cara mengatasinya harus diberikan kepada pasien. Pemantauan kadar glukosa darah dapat dilakukan secara mandiri, setelah mendapat pelatihan khusus.

1. Terapi gizi medis

Terapi Nutrisi Medis (TNM) merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes secara total. Kunci keberhasilan TNM adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan yang lain serta pasien dan keluarganya). Setiap penyandang diabetes sebaiknya mendapat TNM sesuai dengan kebutuhannya guna mencapai sasaran terapi. (1)

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis, dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin.

1. Latihan jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit), merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM tipe 2. Kegiatan sehari-hari seperti berjalan kaki ke pasar, menggunakan tangga, berkebun harus tetap dilakukan (lihat tabel 4). Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang di- anjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani. Untuk mereka yang relatif sehat, intensitas latihan jasmani bisa ditingkatkan, sementara yang sudah mendapat komplikasi DM dapat dikurangi. Hindarkan kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalas-malasan.

1. Intervensi farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

1. Obat Hipoglikemik Oral

Berdasarkan cara kerjanya, OHO dibagi menjadi 5 golongan:

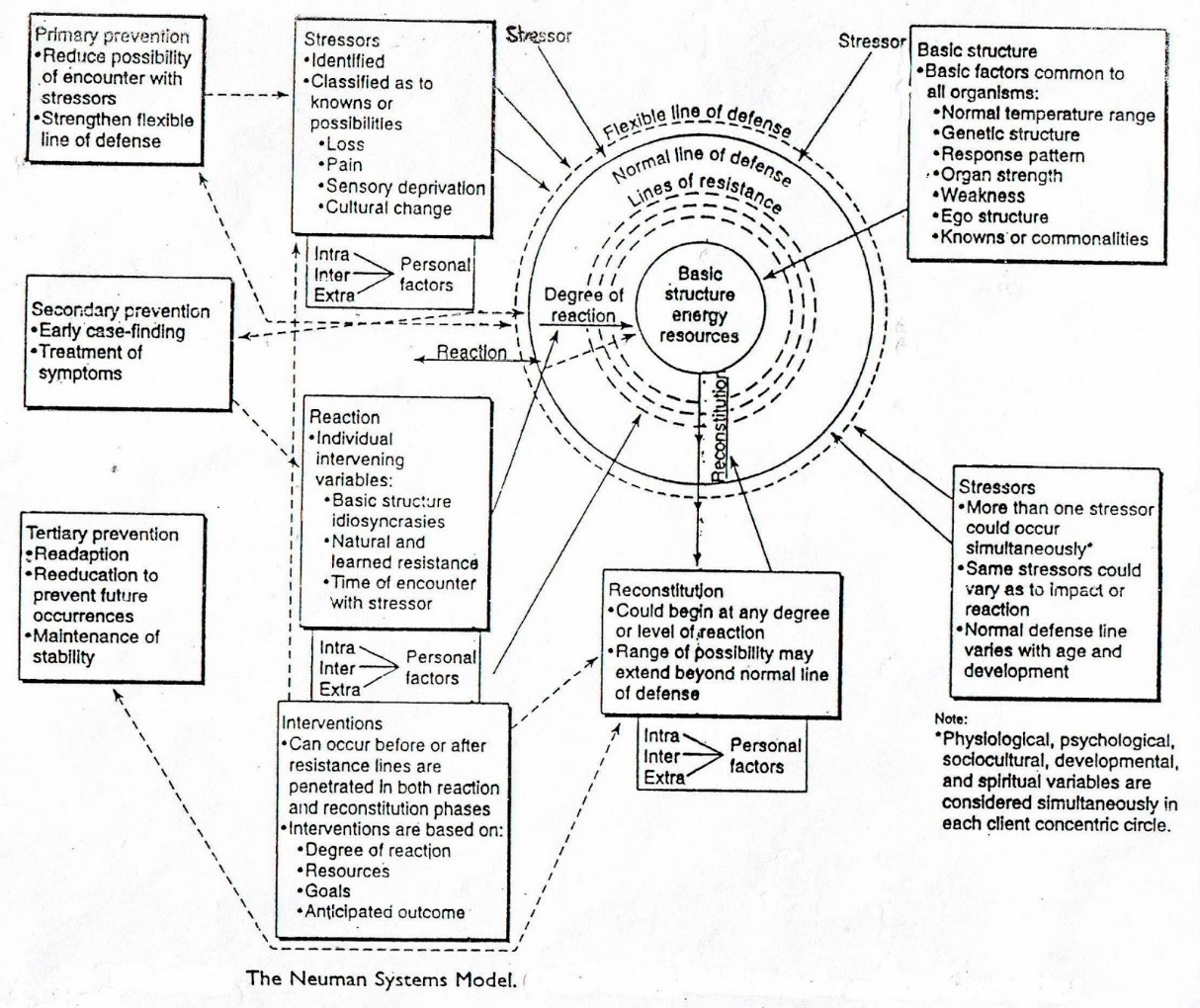
1. Pemicu sekresi insulin (*insulin secretagogue*): sulfonilurea dan glinid.
2. Peningkatan sensitivitas terhadap insulin: metformin dan tiazolidindio.
3. Penghambat glukoneogenesis (metformin)
4. Penghambat absorpsi glukosa: penghambat glukosidase alfa.
5. DPP-IV inhibitor.

Pengelolaan DM dimulai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani selama beberapa waktu (2-4 minggu). Apabila kadar glukosa darah belum mencapai sasaran, dilakukan intervensi farmakologis dengan Obat Hipoglikemik Oral (OHO) dan atau suntikan insulin. Pada keadaan tertentu, OHO dapat segera diberikan secara tunggal atau langsung kombinasi, sesuai indikasi. Dalam keadaan dekompensasi metabolik berat, misalnya ketoasidosis, stres berat, berat badan yang menurun dengan cepat, dan adanya ketonuria, insulin dapat segera diberikan Terapi Farmakologis.

1. **Model Konsep Betty Neuman**
2. **Konsep Holistik Betty Neuman**

Betty Neuman (dalam, Marriner-Tomey, 1994) mengubah istilah holistik menjadi wholistik yang makna danpengertiannya sama, yaitu memandang manusia (klien) sebagai suatu keseluruhan yang bagian-bagiannya saling mempengaruhi dan berinteraksi secara dinamis. Bagian-bagian tersebut meliputi fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual. Perubahanistilah tersebut untuk meningkatkan pemahaman terhadap manusia secara keseluruhan. Kozier (1995), mengemukakan bahwa dalam holistik, memandang semua kehidupan organisme sebagai interaksi. Holistik berkaitan dengan kesejahteraan (wellness) yang diyakini mempunyai dampak terhadap status kesehatan manusia.

Neuman memandang klien sebagai sistem terbuka yang terdiri atas struktur dasar atau inti pusat sumber energi (fisiologi, psikologis, sosio kultural, perkembangan dan spiritual) yang dikelilingi oleh dua batasan atau lingkaran konsentrs yang disebut sebgai garis pertahanan. Garis pertahanan mewakili faktor internal yang membantu klien bertahan dalam melawan suatu stresor; salah satu contohnya adalah peningkatan hitung jumlah sel darah putih untuk melawan infeksi. Di luar garis pertahanan terdapat dua lapisan perlawanan. Bagian dalam atau garis normal perlawanan, digambarkan dengan garis tebal,menunjukkan kondisi ekuilibrium seseorang atau kondisi adaptasi yang dikembangkan dan dipertahankan sepanjang waktu dan dianggap normal bagi orang tersebut. Lapisan perlawanan fleksibel, digambarkan dengan garis putus-putus, bersifat dinamis dan mudah berubah dalm waktu singkat. Ini adalah pelindung yang berfungsi sebagai penyeimbang yang mencegah stersor agar tidak menembus masuk garis perlawanan normal. Pariabel tertentu (misalnya gangguan tidur) dapat mengakibatkan perubahan yang sangat cepat terhadap perlawanan fleksibel.



**Gambar 2.1 Model Sistem Betty Neuman**

1. **Konsep Stress Betty Neuman**

Betty Neuman (Neuman & Fawcett, 2002), seorang perawat kesehatan komunitas dan psikilog klinis, mengembangkan suatu model yang berdasarkan pada hubungan individu terhadap stres, reaksi terhadap stress tersebut, dan faktor rekonsitusi yang bersifat dinamis. Rekonstitusi adalah kondisi adaptasi terhadap stresor.

Neuman mengelompokkan stresor sebagai stresor intrapersonal, yakni stresor yang terjadi dalam diri individu; stresor interpersonal, yakni stresor yang terjadi antara individu (misalnya harapan peran yang tidak realistis) ; dan stresor ekstra personal, yakni stresor yang terjadi diluar pribadi individu tersebut (misalnya masalah keuangan). Reaksi individu terhadap stresor bergantung pada kekuatan lapisan perlawanan. Saat lapisan perlawanan gagal, reaksi yang muncul bergantung pada kekuatan lapisan pertahanan. Sebagai bagian dari reaksi, sistem seseorang dapat menyesuaikan diri terhadap stresor, suatu efek yang dikenal dengan rekonstitusi.

Model Neuman berfokus pada individu dan respon atau reaksi individu terhadap stress termasuk faktor-faktor yang mempengaruhinya dan kemampuan adaptasi pasien. Menurut Neuman manusia merupakan sistem terbuka yang saling berinteraksi dengan lingkunagn internal maupun eksternal yang dapat merupakan penyebab stress (stersor). Dalam kehidupan sehari-hari individu selalu berusaha mempertahankan dan memenuhi kebutuhan biologi, psikologi dan sosial kultural. Adanya stresor seperti penyakit misalnya, menyebabkan seseorang bereaksi untuk mempertahankan kesehatannya melalui mekanisme pemecahan masalah atau koping tertentu. Penyebab stresor dapat berasal pada diri sendiri, dari luar individu atau karena interaksi dengan orang lain. Pengaruh stresor pada seseorang tergantung pada tingkatan stresor, lamanya stresor serta kemampuan dan keefektifan koping digunakan.

Menurut Neuman asuhan keperawatan dilakukan untuk mencegah atau mengurangi reaksi tubuh akibat adanya stresor. Peran ini disebut pencegahan penyakit yang terdiri dari pencegahan primer, sekunder dan tersier.

1. Pencegahan primer berfokus melindungi lapisan perlawanan normal dan memperkuat lapisan perlawanan fleksibel. Tindakan pencegahan primer untuk mengidentifikasi adanya stresor, mencegah terjadinya reaksi tubuh karena adanya stresor serta mendukung koping pasien yang konstruktif.
2. Pencegahan sekunder berfokus memperkuat lapisan pertahanan internal, mengurangi reaksi, dan meningkatkan fokus pertahanan.Tindakan pencegahan sekunder untuk mengurangi atau menghilangkan gejala penyakit atau reaksi tubuh lainnya karena adanya stresor.
3. Pencegahan tersier berfokus pada readaptasi dan stabilitas serta melindungi rekonsitusi atau mengembaliakan ke kondisi sehat setelah terapi.Pencegahan tersier meliputi pengobatan rutin dan teratur serta pencegahan kerusakan lebih lanjut atau komplikasi dari suatu penyakit.
4. **Aplikasi Teori**

Model konseptual dari Neuman memberikan penekanan pada penurunan stress dengan cara memperkuat garis pertahanan diri keperawatan ditujukan untuk mempertahankan keseimbangan tersebut dengan terfokus pada empat intervensi yaitu:

* + - 1. Intervensi yang bersifat promosi

Dilakukan apabila gangguan yang terjadi pada garis pertahanan yang bersifat fleksibel yang berupa:

1. Pendidikan kesehatan
2. Mendemonstrasikan keterampilan keperawatan dasar yang dapat dilakukan klien dirumah atau komunitas yang bertujuan meningkatkan kesehatan.
   * + 1. Intervensi yang besifat prevensi

Dilakukan apabila garis pertahanan terganggu :

1. Deteksi dini gangguan kesehatan, misalnya deteksi tumbuh kembang balita, keluarga dan lain-lainnya.
2. Memberikan zat kekebalan pada klien yang bersifat individu misalnya : konseling pranikah.
   * + 1. Intervensi yang bersifat kuratif

Dilakukan apabila garis pertahanan terganggu.

* + - 1. Intervensi yang bersifat rehabilitatif

Dilakukan seperti pada upaya kuratif yaitu apabila garis pertahanan resisten yang terganggu.

1. Hubungan Antar Konsep

Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang memiliki efek kelemahan kerusakan serta kecacatan sebagai akibat komplikasi dari penyakit itu sendiri. oleh karena itu, perawat memiliki peran penting dalam pemberi pelayanan keperawatan serta edukator dan tujuan asuhan keperawatan berfokus pada pencegahan dan pengelolaan yang baik, sehingga pasien serta keluarga dapat melakukan perawatan secara mandiri.

salah satu model keperawatan yang bisa digunakan terkait dengan asuhan keperawatan pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetik yang melibatkan dukungan keluarga yaitu model konsep keperawatan yang di kemukakan oleh betty neuman (2001). model konsep ini memandang manusia (klien) sebagai suatu keseluruhan yang bagian-bagiannya saling mempengaruhi dan berinteraksi secara dinamis. Bagian-bagian tersebut meliputi fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual. lingkungan dan manusia menjadi fokus dasar model konsep neuman, dimana lingkungan sebagai faktor internal dan eksternal serta berinteraksi dengan manusia atau pasien.

Terdapat 4 asumsi dalam teori model konsep keperawatan neuman yaitu keperawatan, manusia sebagai klien atau sistem, kesehatan serta lingkungan. Neuman meyakini keperawatan menjadi suatu profesi yang berpusat pada manusia. yang menekankan persepsi perawat yang mempengaruhi perawatan dan klien sebagai penerima perawatan. Oleh sebab itu pemberi perawatan tentunya bukan hanya perawat sebagai pemberi perawatn melainkan keluarga juga berperan penting dalam perawatan kepada anggota keluarga yang sakit. oleh sebab itu pentingnya pengkajian persepsi yang melibatkan keluaga sebagai pemberi perawatan serta dukungan keluarga yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Hal yang terpenting dari penerapan teori betty neuman terhadap pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL & HIPOTESIS**

1. **Kerangka Konseptual**

Diabetic ulcer

\

Informasi

Instrumental

Penghargaan

Emosional

Hambatan / Keterbatasan aktivitas, Stress,

memberi saran dan umpan balik

bantuan langsung

ekspresi

ungkapan rasa empati dan perhatian

Menurunkan kualitas hidup

finansial, mengerjakan tugas

ungkapan rasa empati dan perhatian

Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup :

1. Dukungan keluarga
2. Dukungan sosial
3. Fungsi keluarga
4. Kesepian dan Stress
5. Optimisme
6. Self care
7. kecemasan dan depresi
8. Pengungkapan diri (Self dislosure)
9. Spiritual well-being

orang lain

Proses psikologi

persepsi pasien

menerima kondisi/sakitnya

tidak optimal

Kualitas hidup meningkat

1. Dampak
2. Kepusaan
3. Kekhawatiran terhadap diabtes
4. Kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan

Fungsi keluarga kurang baik

terapi farmakologi

optimal

monitoring gula darah

fungsi keluargabaik

pengaturan diit

Keterangan : : Diteliti : Tidak diteliti : hubungan kuat

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dengan *Diabetic Ulcer* Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

1. **Hipotesis**

Hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien Diabetes Melitus dengan *Diabetic Ulcer* di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

**BAB 4**

**METODE PENELITIAN**

Bab metode penelitian ini akan menjelaskan mengenai: 1)Desain Penelitian, 2)Populasi dan Sampel, 3)Kerangka Kerja Penelitian, 4)Variabel Penelitian dan Definisi Operasional, 5)Waktu dan Tempat Penelitian, 6)Instrumen, Pengumpulan, dan Pengolahan Data, 6)Etika Penelitian

1. **Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan desain analitik *korelasional* dengan pendekatan *Cross Sectional*. Jenis penelitian ini menekankan pengukuran atau observasi data variable independen yaitu dukungan keluarga dan dependen yaitu kualitas hidup pada saat bersama (sekali waktu). Setiap objek penelitian hanya diobservasi satu kali dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan dan tidak ada tindak lanjut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan diabetic ulcer.

Deskripsi Variabel

Variable 1

Intepretasi/makna arti

Uji Hubungan

Deskripsi Variabel 2

Variable 2

Gambar 4.1 Skema Korelasional Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dengan Diabetic Ulcer Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

1. **Kerangka Kerja**

**Populasi**

Pasien diabetes melitus dengan diabetic ulcer di wilayah kerja puskesmas kebonsari surabaya sebanyak 53 pasien

Variabel Dependent

Kualitas hidup (DQOL)

*Diabetic quality of life*

Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dengan Diabetic Ulcer Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya

Variabel Independent

Dukungan keluarga (HDFFS*)*

*Hensarling diabetes familiy support scale*

Pengelolahan Data

**Tekhnik Sampling**

*Probability Sampling* dengan pendekatan *Simple Random Sampling*

**Sampel**

Pasien diabetes melitus dengan diabetic ulcer di wilayah kerja puskesmas kebonsari surabaya sebanyak 47 responden

Simpulan dan Saran

Hasil dan Pembahasan

Analisis Data

*Korelasi Rank Spearman Rho*

Pengumpulan Data Dengan Kuesioner

1. **Waktu Dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada 15 februari sampai 30 april 2020 dimulai tahap penyusunan proposal dilaksanakan. Setelah itu dilanjutkan pengambilan data pada tanggal 05 – 15 mei 2020 serta pengelolaan data melalui kuesioner. Tempat penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari surabaya. dikarenakan didapatkan observasi serta studi pendahuluan yaitu kurangnya dukungan keluarga pada pasien diabtes melitus di wilayah tersebut.

1. **Populasi, Sampel, Dan Teknik Sampling**
2. **Populasi Penelitian**
3. Populasi Target

Populasi target pada penelitian ini adalah pasien diabetes melitus di wilayah kerja puskesmas kebonsari Surabaya sebanyak 210 pasien.

1. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di wilayah kerja puskesmas kebonsari Surabaya sebanyak 53 pasien .

1. **Sampel Penelitian**

Pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di wilayah kerja puskesmas kebonsari Surabaya dengan jumlah 47 dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

Kriteria inklusi :

1. Pasien diabetes melitus dengan komplikasi *Diabetic Ulcer*
2. Berusia 40 – 65 tahun
3. dapat berkomunikasi dengan baik

Kriteria eksklusi :

1. Pasien diabetes melitus yang mengalami komplikasi KAD dan KHONK.
2. Pasien tidak bersedia menjadi responden.
3. **Besar Sampel**

Populasi wilayah yang diteliti terletak pada Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya. Besar sampel dalam penelitian ditujukan yang memenuhi kriteria inklusi penelitian yaitu dengan mengurangi populasi yang mengalami komplikasi KAD dan KHONK.

n = 46,79 di bulatkan mnejadi 47 reponden

Keterangan :

n : Besar sampel

N : Besar Populasi

d : Tingkat signifikan yang dipilih (d = 0,05).

Total pasien yang dijadikan sampel dalam penelitian berjumlah 47 pasien.

1. **Teknik Sampling**

Teknik sampling dalam penelitian ini yaitu *Probability Sampling* dengan pendekatan *Simple Random Sampling* karena pengambilan sampel dilakukan dengan cara memilih sampel yang paling cocok dikumpulkan datanya. Peneliti mengambil beberapa pasien diabetes melitus dengan *diabetic ulcer* di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya

1. **Identifikasi Variabel**

penelitian ini terdapat 2 variabel, yaitu :

1. Variabel bebas *(Variable Independent)*

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga

1. Variabel terikat *(Variable dependent)*

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup

1. **Definisi Operasional**

**Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variable | Definisi Operasional | Indikator | Alat Ukur | Skala | Skor |
| Independen: Dukungan keluarga | Suatu perilaku berupa sikap serta penerimaan keluarga terhadap pasien diabetes mellitus dengan *diabetic ulcer* | 1. Dimensi emosional 2. Dimensi Penghargaan 3. Dimensi instrumental 4. Dimensi informasi   (HDFFS, 2009) | Kuesioner  HDFFS | Ordinal | Baik : 75 – 100 %  Cukup : 45 – 74 %  Kurang ≤ 44 % |
| dependen:  Kualitas hidup | Kemampuan pasien dalam mencapai kehidupan terkait dengan fisik maupun psikis | 1. Kepuasan 2. Dampak 3. Kekhawatiran terhadap Diabetes 4. Kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan   (DQOL, 2003) | Kuesioner  DQOL | Ordinal | Baik : 75 – 100 %  Cukup : 45 – 74 %  Kurang ≤ 44 % |

1. **Instrumen, Pengumpulan, Pengolahan Dan Analisa Data**
2. **Instrumen Penelitian**
   * + 1. Instrument variabel Hubungan Keluarga

Instrument penelitian yang digunakan adalah Kuesioner dukungan keluarga di adopsi dari *Hensarling diabetes familiy support scale (HDFSS)* yang dikembangkan oleh Hensarling (2009). Jumlah pertanyaan kuesioner dukungan keluarga adalah 29 pertanyaan dengan skala likert 4 poin jawaban yaitu tidak pernah, jarang, sering, dan selalu . Nilai validitas instrument ini adalah 0,5 dan nilai reliabilitas adalah *Alpha cronbach* adalah 0,96.

**Tabel 4.2 Instrument Dukungan Keluarga**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Komponen | Butir | Pertanyaan | Total |
|  | Farvourable | Unfavourable |  |
| Dimensi emosional | 4, 5, 6, 7, 13, 15, 17, 24, 27, 28 |  | 10 |
| Dimensi penghargaan | 8, 10, 12, 14, 18, 19, 20, 25,23 |  | 9 |
| Dimensi instrumental | 9, 11, 16, 21, 22, 26, 29 |  | 6 |
| Dimensi informasi | 1, 2, 3 |  | 3 |
| Total |  |  | 29 |

* + - 1. Instrument variabel Kualitas Hidup

Instrument penelitian yang digunakan adalah kuesioner DQOL. Kuesioner ini dimodifikasi oleh tyas (2008) dari Munoz & Thiagarajan (1998). Kuesioner ini terdiri dari 46 pertanyaan dengan rentang jawaban menggunakan skala Likert. Nilai validitas instrument ini adalah 0,3 dan nilai reliabilitas adalah *Alpha Cronbach* 0,9.

**Tabel 4.3Instrument kualitas Hidup**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Komponen | Butir | Pertanyaan | Total |
|  | Farvourable | Unfavourable |  |
| Kepuasan | 1 -15 |  | 15 |
| Dampak | 18,23,31 | 16,17,19-22,  24-30,32-35 | 20 |
| Kekhawatiran terhadap diabetes |  | 43 - 46 | 4 |
| Kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan |  | 36 - 42 | 7 |
| Total |  |  | 46 |

1. **Pengumpulan Data**

Prosedur yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

* + - 1. Peneliti mengurus surat pengantar penelitian ke STIKES Hang Tuah Surabaya.
      2. Peneliti mengurus surat ijin ke Bangkesbangpol Kota Surabaya.
      3. Peneliti mengurus surat ijin ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
      4. Peneliti melakukan studi pendahuluan.
      5. Peneliti melakukan uji etik penelitian di Komite etik penelitian STIKES Hangtuah surabaya.
      6. Penelitu mengurus surat pengambilan data penelitian ke STIKES Hang Tuah Surabaya melalui via wa kepada petugas/staf BAU.
      7. Peneliti mengurus surat ke Bangkesbangpol Kota Suarabaya melalui via online.
      8. Pengambilan data dilakukan dengan cara berkoordinasi dengan Ci lahan untuk pembagian kuesioner kepada responden.
      9. Proses pengambilan data menggunakan lembar kuesioner yang diagikan kepada responden oleh asisten peneliti dengan prinsip protokol kesehatan.
      10. Peneliti dibantu oleh asisten peneliti dengan melakukan briefing terhadap peneliti dan asisten peneliti
      11. Asisten peneliti menggunakan prinsip protokol kesehatan dalam proses pengambilan data kepada responden.’
      12. Proses pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 05 – 15 mei 2020.
      13. Pada proses pengambilan data peneliti berkoordinasi kepada asisten peneliti melalui via telepon dan pesan singkat (*WhattsApp*)
      14. Setelah kuesioner terkumpul, melakukan analisis data.

1. **Pengolahan Data**

Data yang diperoleh langsung dari peneliti masih mentah, belum memberikan informasi apa-apa dan belum siap untuk disajikan. Untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik, diperlukan pengolahan data kemudian dengan tahapan :

1. *Editing*

Memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data

1. *Coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban

1. Pada responden dengan perkodean sebagai berikut :
2. Responden 1 Kode 1
3. Responden 2 Kode 2, Dst
4. Pada pekerjaan dengan pengkodean sebagai berikut :
5. Ibu rumah tangga Kode 1
6. PNS/TNI/POLRI Kode 2
7. Swasta Kode 3
8. Wiraswasta Kode 4
9. Dan lain-lain Kode 5
10. *Scoring*

Penentuan jumlah skor sesuai dengan penilain penyekoran

1. Data Dukungan Keluarga

Skor 1 = Tidak pernah

Skor 2 = Kadang kadang (jarang)

Skor 3 = Sebagian besar waktu (sering)

Skor 4 = Selalu

1. Data hasil pengukuran

Baik : 75 – 100 %

Cukup : 45 – 74 %

Kurang ≤ 44 %

1. Data Kualitas Hidup

Komponen kepuasan bersifat posistif (Favourable) dengan :

Skor 1 = Sangat tidak puas

Skor 2 = Tidak puas

Skor 3 = Kurang puas

Skor 4 = Puas

Skor 5 = Sangat puas

Komponen dampak bersifat positif (*Favourable*) dengan :

Skor 1 = Tidak pernah

Skor 2 = Jarang

Skor 3 = Kadang

Skor 4 = Sering

Skor 5 = Selalu

Komponen dampak, kekhawatiran terhadap Diabetes, dan kekhawatiran

terhadap sosial/pekerjaan bersifat negatif ( Unfavourable) dengan :

Skor 1 = Tidak pernah

Skor 2 = Jarang

Skor 3 = Kadang

Skor 4 = Sering

Skor 5 = Selalu

1. Data hasil pengukuran

Baik : 75 – 100 %

Cukup : 45 – 74 %

Kurang ≤ 44 %

1. *Tabulating*

Menyusun data dalam bentuk table atau grafik.

1. **Analisis** **Data**

Data yang terkumpul selanjutnya dilakukan penyuntingan untuk melihat kualitas data, dilanjutkan dengan melakukan koding, skoring dan tabulasi kemudian dalam penelitian ini peneliti menggunkan uji statistic *Korelasi Rank Spearman Rha* dengan software SPSS*.*

Pengambilan keputusan menunjukkan < (0,05) berarti ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan diabetic ulcer di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

1. **Etika Penelitian**

Penelitian yang mengunakan manusia sebagai subyek tidak boleh bertentangan dengan etik. Tujuan penelitian harus etis dalam arti hak responden harus dilindungi.

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti, yang memenuhi kriteria dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian, bila subjek menolak maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghargai hak tersebut.

1. *Anonymity* (Tanpa Nama)

menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi peneliti cukup memberi kode tertentu pada masing-masing lembar observasi

1. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil penelitian hanya terbatas pada kelompok tertentu yang terkait dengan penelitian.

# BAB 5

# HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian dan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 05 - 15 Mei 2020, di tempat wilayah Puskesmas Kebonsari Surabaya, dan didapatkan sebanyak 47 responden. Penyajian data meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum karakteristik responden, dan data khusus (variabel penelitian).

### Hasil Penelitian

#### Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Kebonsari Surabaya. Puskesmas Kebonsari merupakan Puskesmas yang terletak di Jalan Kebonsari Manunggal 30-31, Kebonsari, kota Surabaya. Terdapat sekitar 3 puskesmasn pembantu (puskesmas pembantu pagesangan, puskesmas pembantu jambangan, puskesmas pembantu karah) , 8 posyandu lansia, 45 posyandu balita. Pelayanan unggulan yauti PKM sore, PKM UGD Set, Sps. Penyakit dalam, Sps. Paru. Informasi ketersediaan fasilitas yang layak untuk keamanan dan ketepatan penelitian.

Program Kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas Kebonsari Surabaya:

1. Program Promosi Kesehatan
2. Pengembangan Kelurahan Siaga.
3. Pemberdayaan Masyarakat dalam PHBS
4. Pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)
5. Penyuluhan-penyuluhan perorangan maupun kelompok masyarakat, didalam gedung (ruang pelayanan dan ruang tunggu pasien di Puskesmas Induk dan Pustu) dan di luar gedung (posyandu balita/ lansia, sekolah, paguyuban kader posyandu tiap kelurahan, paguyuban penderita diabetes dan hipertensi, paguyuban BAGAS se kecamatan Jambangan, PKK, dan sebagainya)
6. Program upaya Kesehatan Lingkungan
7. Penyehatan air
8. Penyehatan makanan dan minuman
9. Penyehatan perumahan dan sanitasi dasar
10. Pembinaan Tempat Tempat Umum (TTU)
11. Pelayanan kesehatan/konsultasi di Klinik Sanitasi
12. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) = Pemberdayaan Masyarakat.
13. Program Perbaikan Gizi
14. Pelayanan Gizi Masyarakat
15. Penanganan Gangguan Gizi ;
16. Pemantauan Status Gizi ( PSG ) balita
17. Program Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana hatan Bayi
18. Kesehatan bayi
19. Kesehatan ibu
20. Kesehatan balita dan anak prasekolah’
21. Kesehatan anak usia sekolah dan remaja
22. Kesehatan keluarga berencana
23. Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular han dan Penanggulangan Rabies
24. Daire
25. Ispa
26. Kusta
27. DBD
28. Malaria
29. Penegahan dan penangguklangan rabies
30. Pelayanan imunisasi
31. Program Pengobatan (Penyembuhan Penyakit dan Pelayanan Kesehatan)

Kegiatan yang dilaksanakan berupa penatalaksanakaan pasien yang berobat, baik didalam gedung (puskesmas/pustu) maupun diluar gedung (pusling, posyandu dan poskeskel), sesuai legeartis (anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang apabila diperlukan, penentuan diagnosa oleh dokter, dan pemberian pengobatan atau tindakan sesuai indikasi).

1. Program Inovasi Puskesmas Usia Lanjut
2. Dilakukan pembinaan ke 8 posyandu lansia setiap hari Rabu dan Sabtu (1x per posyandu lansia).
3. Upaya Kesehatan Mata/ Pencegahan Kebutaan
4. Dilakukan pemeriksaan visus terhadap siswa sekolah saat skrining/ penjaringan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan berkala di sekolah,dan terhadap pasien tertentu yang berkunjung dalam gedung puskesmas/ pustu.
5. Penatalaksanaan kasus penyakit mata.
6. Rujukan kasus katarak atau penyakit mata lainnya sesuai indikasi.
7. Upaya Kesehatan Telinga atau Pencegahan Gangguan Pendengaran

Dilakukan penatalaksanaan kasus penyakit telinga, baik di puskesmas atau pustu maupun rujukan ke RS bila ada indikasi.

1. Upaya kesehatan jiwa
2. Penemuan dan penanganan kasus gangguan jiwa, apabila perlu dilakukan rujukan ke RS.
3. Penyuluhan kesehatan jiwa di kelompok masyarakat pada saat pertemuan paguyuban kader di masing-masing kelurahan, pertemuan PKK Kelurahan, PKK Kecamatan dsb.
4. Kesehatan olahraga

Pembinaan kelompok potensial / klub khusus dalam kesehatan olahraga, dilakukan oleh dokter/ perawat, antara lain: pada kelompok olahraga lansia dan kelompok futsal.

1. Pencegahn dan penanggulangan penyakit gigi dan mulut

kegiatannya sbb:

1. Pembinaan kesehatan gigi di Posyandu, PAUD, TK
2. Pembinaan dan bimbingan sikat gigi massal di SD/MI
3. Perawatan kesehatan gigi paripurna siswa SD/MI
4. Penambalan gigi dan pencabutan gigi
5. Perawatan kesehatan gigi
6. Asuhan keperawatan pada keluarga rawan (keluarga dengan penderita gangguan kesehatan jiwa, penyakit menular / kronis, kanker dsb).

#### Gambaran Umum Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien yang menderita diabetes melitus di Wilayah Puskesmas Kebonsari Surabaya. Jumlah keseluruhan subjek penelitian ini sebanyak 47 orang. Data demografi diperoleh melalui kuesioner yang diisi oleh responden yaitu pasien.

#### Data Umum Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden diabetes melitus

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Pasien diabetes melitus di wilayah puskesmas kebonsari, Kota surabaya pada tanggal 05 – 15 mei 2020 (n = 47)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Karakteristik responden diabetes melitus |  | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| 1. | Jenis Kelamin | laki - laki | 27 | 57,4 % |
|  |  | perempuan | 20 | 42,6 % |
| 2. | usia | 41 – 50 tahun | 10 | 21,3 % |
|  |  | 51 – 60 tahun | 23 | 49 % |
|  |  | 61 – 70 tahun | 12 | 25,5 % |
|  |  | ˂ 78 tahun | 2 | 4,2 % |
| 3. | Pendidikan terakhir | tidak sekolah | 5 | 10,6 % |
|  |  | SD/Sederajat | 11 | 23,4 % |
|  |  | SMP/Sederajat | 7 | 14,9 % |
|  |  | SMA/Sederajat | 21 | 44,7 % |
|  |  | Perguruan tinggi | 2 | 4,3 % |
|  |  | Lain – lain | 1 | 2,1 % |
| 4. | Riwayat pekerjaan | IRT/Tidak bekerja | 23 | 48,9 % |
|  |  | PNS/TNI/Polri | 6 | 12,8 % |
|  |  | Swasta | 8 | 17,0 % |
|  |  | Wiraswasta | 4 | 8,5 % |
|  |  | Lainnya | 6 | 12,8 % |
| 5. | Peran dalam keluarga | Ibu | 20 | 42,6 % |
|  |  | Ayah | 26 | 55,3 % |
|  |  | Lainnya | 1 | 2,1 % |
| 6. | Statuis pernikahan | Menikah | 46 | 97,9 % |
|  |  | Belum Menikah | 1 | 2,1 % |
| 7. | Luka | Rutin | 33 | 70,2 % |
|  |  | Jarang | 14 | 29,8 % |
| 8. | Kontrol di pelayanan kesehatan | Ya | 31 | 66,0 % |
|  |  | Tidak | 16 | 34,0 % |
| 9. | Gula darah | 85 - 170 | 19 | 40,4 % |
|  |  | 171 - 250 | 23 | 49 % |
|  |  | ˂ 312 | 5 | 10,6 % |
| 10 | Lama mengkonsumsi obat | 1 – 5 tahun | 32 | 68,1 % |
|  |  | 6 – 10 tahun | 15 | 31,9 % |
| 11. | Tanda tanda infeksi | Ya | 26 | 55,3 % |
|  |  | Tidak | 21 | 44,7 % |

Tabel diatas Menunjukkan bahwa didapatkan rata – rata berjenis kelamin laki – laki sebanyak 27 orang (57,4 %) dan perempuan sebanyak 20 orang (42,6 %). Pada tabel no. 2 menunjukkan bahwa didapatkan jumlah terbanyak dari data responden dengan karakteristik usia pada rentang 51 – 60 tahun yaitu 23 orang (49 %),61 – 70 tahun yaitu 12 orang (25,5 %), 41 – 50 tahun yaitu 10 orang (21,3%), dan ˂ 78 tahun yaitu 2 orang (4,2%). Dengan rata – rata usia pada tael yaitu 57 Tahun dengan standar deviasi 8,490. Hal ini berarti bahwa nilai mean lebih besar daripada standar deviasi, sehingga mengindikasikan bahwa hasil yang baik atau kecilnya peyimpangan data. Penyebaran data menunjukkan hasil yang normal dan tidak menyebabkan bias.

Pada Tabel diatas menunjukkan bahwa didapatkan jumlah terbanyak dari data pasien dengan pendidikan terakhir SMA/Sederajat yaitu 21 orang (44,7 %), SD/Sederajat sebanyak 11 orang (23,4%), SMP/Sederajat sebanyak 7 orang (14,9 %), Tidak sekolah sebanyak 5 orang (10,6%), Perguruan tinggi sebanyak 1 orang (4,3%), dan lain – lain sebanyak 1 orang (2,1%). Tabel no. 4 menunjukkan bahwa didapatkan jumlah terbanyak dengan riwayat pekerjaan IRT/tidak bekerja yaitu 23 orang (48,9%), Swasta sebanyak 8 orang (17,0 %), PNS?TNI/Polri dan lainnya sebanyak 6 orang (12,8%), dan wiraswasta sebanyak 4 orang (8,5%).

Pada Tabel diatas menunjukkan bahwa didapatkan jumlah terbanyak dengan peran keluarga sebagai ayah yaitu 26 orang (55,3%), dan ibu sebanyak 20 orang (20%). Tabel diatas menunjukkan bahwa didapatkan jumlah terbanyak didapatkan dari data menikah yaitu 46 orang (97,9%), dan belum menikah sebanyak 1 orang (2,1%). Tabel diatas menunjukkan bahwa didapatkan data luka pssien diabetes melitus yang memiliki luka sebanyak 33 orang (70,2%), dan tidak memiliki luka sebanyak 14 orang (29,8 %).

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa didapatkan data kontrol di rumah sakit / puskesmas yang melakukan kontrol sebanyak 31 orang (66,0%), dan yang tidak melakukan kontrol sebanyak 16 orang (34,0%). Table diatas menunjukkan bahwa didapatkan jumlah terbanyak pada data gula darah dengan rentang 171-250 yaitu 23 orang (49 %), 85 – 170 yaitu 19 0rang (40,4 %), dan ˂312 yaitu 5 orang (10,6%). Dengan rata – rata (mean) Gula darah pasien sebesar 191, dan untuk standar deviasi sebesar 54,304. Hal ini berarti bahwa nilai mean lebih besar daripada standar deviasi, sehingga mengindikasikan bahwa hasil yang baik atau kecilnya peyimpangan data. Penyebaran data menunjukkan hasil yang normal dan tidak menyebabkan bias

Pada Tabel diatas menunjukkan bahwa didapatkan jumlah terbanyak pada data lama mengkomsumsi obat dengan rentang 1 – 5 tahun yaitu 32 orang (68,1%), dan 6 – 10 tahun yaitu 15 orang (31,9%). Tabel no. 11 menunjukkan bahwa dari 47 responden didapatkan data tanda - tanda infeksi pssien diabetes melitus yang dilakuakn oleh asisten peneliti saat omelakuakn pengumpulan data yang memiliki tanda - tanda infeksi sebanyak 26 orang (55,3%), dan tidak memiliki tanda - tanda infeksi sebanyak 21 orang (44,7 %).

#### Data Khusus Hasil Penelitian

Tingkat dukungan keluarga

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan data Tingkat dukungan keluarga Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Puskesmas Kebonsari, Kota Surabaya Pada Tanggal 05 – 15 Mei 2020 (N = 47)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Frekuensi | Prosentase |
|  | kurang | 16 | 34,0 % |
| cukup | 8 | 17,0 % |
| baik | 23 | 48,9 % |
| Total | 47 | 100,0 % |

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 47 responden didapatkan data kategori skor dukungan keluarga pasien diabetes melitus dengan kategori baik sebanyak 23 orang (48,9 %), kategori kurang sebanyak 16 orang (34,0%), dan cukup sebanyak 8 orang (17,0 %).

Tingkat Kualitas hidup

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan data Tingkat Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Puskesmas Kebonsari, Kota Surabaya Pada Tanggal 05 – 15 Mei 2020 (N = 47)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Frekuensi | Prosentase |
|  | Cukup | 26 | 55,3 % |
|  | Baik | 21 | 44,7 % |
|  | Total | 47 | 100,0 % |

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 47 responden didapatkan data kategori skor kualitas hidup pssien diabetes melitus dengan kategori cukup sebanyak 26 orang (55,3 %), dan kategori baik sebanyak 21 orang (44,7%).

Hubungan Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan data hubungan dukungan keluarga dan kualitas hidup Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Puskesmas Kebonsari, Kota Surabaya Pada Tanggal 05 – 15 Mei 2020 (N = 47)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Dukungan keluarga* | Kualitas hidup | | | | | |
| Cukup | | Baik | | Total | |
| F | % | F | % | F | % |
| *kurang* | 10 | 62,5% | 6 | 37,5 % | 16 | 100 |
| *Cukup* | 6 | 75,0% | 2 | 25,0 % | 8 | 100 |
| *Baik* | 11 | 43,5% | 13 | 56,5% | 23 | 100 |
| Total | 26 | 55,3 | 21 | 44,7 | 47 | 100 |
| Nilai Uji Statistik *Spearman’s Rho* 0.048 (p= 0.05) | | | | | | |

Pada tabel 5.4 merupakan hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup hidup Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Puskesmas Kebonsari, Kota Surabaya dan didapatkan data bahwa dari 47 orang responden tingkat dukungan keuarga dalam kategori *kurang* dan mempunyai tingkat kualitas hidup Cukup sebanyak 10 orang (62,5%), tingkat dukungan keuarga dalam kategori *kurang* dan mempunyai tingkat kualitas hidup Baik sebanyak 6 orang (37,5%), tingkat dukungan keuarga dalam kategori Cukupdan mempunyai tingkat kualitas hidup Cukup sebanyak 6 orang (75,0%), tingkat dukungan keluarga dalam kategori Cukupdan mempunyai tingkat kualitas hidup Baik sebanyak 2 orang (25,0%), tingkat dukungan keuarga dalam kategori Baik dan mempunyai tingkat kualitas hidup Cukup sebanyak 11 orang (43,5%), tingkat dukungan keuarga dalam kategori Baikdan mempunyai tingkat kualitas hidup Baik sebanyak 13 orang (56,5%). Berdasarkan hasil uji *Spearman Rho* menunjukkan hubungan yang kuat dan secara statistik ada hubungan yang signifikan (p-value:0,048) antara hubungan dukungan keluarga dan kualitas hidup Pasien Diabetes Melitus dengan *diaeti ul*c*er*

### Pembahasan

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran interpretasi dan mengungkap hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kulitas hidup pada pasien diabetes melitus. Sesuai dengan tujuan penelitian, maka akan dibahas hal-hal sebagai berikut:

1. **Tingkat dukungan keluarga pada pasien diabetes mellitus denagn *Dia*beti *ulcer* di Puskesmas Kebosari Surabaya**.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.12 memperlihatkan bahwa tingkat dukungan keluarga pssien diabetes melitus dengan kategori baik sebanyak 23 orang (48,9 %), kategori kurang sebanyak 16 orang (34,0%), dan cukup sebanyak 8 orang (17,0 %).

Pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat dukungan keluarga pada kategori baik jika dilihat dari usia sebagian besar berusia rentang 51 – 60 tahun yaitu 23 orang (49 %). Dari data hasil penelitian usia mendominasi adalah rentang usia 51 – 60 tahun yang merupakan terjadinya perubahan secara fisiologi dan psikologi. Berdaasarkan hasil diatas hal ini sejalan dengan pendapat Menurut penelitian Smeltzer & Bare (2002) mendeskripsikan bahwa umumnya usia lansia umumnya terjadi perubahan fisiologi secara drastis. Penelitian wijayanti (2008) mengatakan bahwa lansia mengalami perubahan atau kemunduran dalam berbagai aspek kehidupannya, baik secara fisik maupun psikis. Hal ini dapat disedkripsikan oleh Hensarling (2009) dalam Arfiani (2015) menyatakan bahwa dalam diemensi Dukungan keluarga ini lansia membutuhkan suatu perasaan yang melibatkan ekspresi, rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stres.

Pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat dukungan keluarga pada kategori baik jika dilihat dari pendidikan terakhir sebagian besar berpendidiakn terakhir SMA/Sederajat sebanyak 8 orang (34,8), dari hasil penelitian pendidikan terakhir mendominasi adalah SMA/Sederajat yang merupakan suatu proses untuk mempengaruhi serta peruahan perilaku, pengetahuan dan penerimaan terhadap sesuatu. Hal ini sependapat dengan penelitian Henniwati (2008) yang mengatakan baihwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan meningkatkan pula ilmu pengetahuan, informasi yang di dapat. Hal ini menunjukkan senmakin tinggi pendidikan maka keutuhan dan tuntutan terhadap dukungan kelaurga semakin meningkat pula, semakin rendah pendidikan akan mengakibatkan mereka sulit menerima dukungan keluarga yang diterimanya. Hal ini sejalan dengan pendapat Mubarak (2007) yaitu pendidikan sebagai suatu proses dalam rangkaian mempengaruhi dan denagn demikian akan menimbulkan perubahan perilaku pada dirinya, karena tidak dapat di pungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima dukungan serta informasi kesehatan. Sebaliknya jika seseorang yang tingkat pendidikannya rendah akan menghambat perkembangan seseorang terhadap dukungan, penerimaan, informasi kesehatan, dan nilai -–nilai baru yang diperkenalkan.

Pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat dukungan keluarga pada kategori baik jika dilihat dari kepatuhan kontrol ke pelayanan kesehatan sebagian besar melakukan kontrol ke pelayanan kesehatan sebanyak 15 orang (65,2%) dari hasil penelitian kepatuhan kontrol ke pelayanan kesehatan mendominasi mengatakan rutin melakukan kontrol ke pelayanan kesehatan dikarenakan mereka aktif dalam kelompok lansia diabetes mellitus. Hal ini sependapat dengan Purnawan (2008) dalam Rahayu (2008) yang mengatakan bahwa Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja.Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. Opini peneliti mengatakan bahwa sebagian bessar responden leih memilih rutin kontrol ke pelayanan kesehatan dikarenakan merupakan kesempatan bertemu dengan responden lain yang sama menderita diabetes melitus serta faktor sosial yang mempenagruhi dan meningkatkan dukunagan.

Berdasarkan hasil penelitian Pasien diabetes mellitus dilihat dari pertanyaan kuesioner dukungan keluarga yang dilihat dari dimensi dukungan keluarga yang memliki nilai tertinggi terdapat pada dimensi informasi dengan rata rata 130. Serta yang memiliku nilai terendah terdapat pada dimensi penghargaan dengan rata rata 110,3. Berdasarkan hasil penelitian pada kuesioner yang dilihat dari dimensi dukungan keluarga dimensi informasi yang menunjukkan adanya nilai tertinggi pada pertanyaan no.1 yang mengartikan bahwa keluarga memberikan saran untuk melakukan kontrol ke rumah sakit/ pelayanan kesehatan. Berdasarkan pendapat. Berdasarkan hasil penelitian pada kuesioner yang dilihat dari dimensi dukungan keluarga dimensi penghargaan yang menunjukkan adanya nilai terendah pada pertanyaan no.12 yang mengartikan bahwa keluarga memberikan makanan yang menjadi pantangan untuk pasien. Berdasarkan pendapat Friedman, 2013 dalam (Nuraisyah, 2017) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa dukungan penilaian/penghargaan juga merupakan bentuk fungsi efektif keluarga yang dapat mengingkatkan status psikososial pada keluarga yang sakit. Melalui dukungan ini, pasien akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahlian yang dimilikinya. Menurut peneliti dukungan penghargaan yang diberikan oleh keluarga terhadap pasien DM II dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi dan peningkatan harga diri karena dianggap masih berguna dan berarti untuk keluarga sehingga membentuk perilaku penatalaksanaan DM secara teratur yang bermuara pada peningkatan kualitas hidup.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh dukungan Coffnan, 2008 dalam (Fatimah, 2016) mengatakan bahwa dukungan sosial yang diterima pasien diabetes melitus adalah dari keluarga. Coffnam menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat diberikan dalam bentuk emosional, penghargaan, instrumental, dan informasi. Dukungan yang diberikan tersebut dapat meningkatkan perilaku yang baik dalam hal pengontrolan diri mereka sendiri. Berdasarkan data hal ini sependapat dengan penelitian Friedman,2013 dalam (Nuraisyah, 2017) menjelaskan bahwa dengan adanya dukungan emosional didalam keluarga, secara positif akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggotanya. Menurut peneliti dukungan dimensi emosional berperan dalam penatalaksanaan pengobatan pasien DM II. Dengan adanya dukungan dimensi emosional yang aktif dari keluarga, pasien DM II akan merasa nyaman secara psikologis serta fisik ketika dalam menghadapi masalah dengan diabetes.

1. **Tingkat Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan *Diabetic Ulcer* Di Puskesmas Kebosari Surabaya**

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.3 memperlihatkan bahwa tingkat kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan kategori cukup sebanyak 26 orang (55,3 %), dan kategori baik sebanyak 21 orang (44,7%).

Pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat kualitas hidup pada kategori baik jika dilihat dari usia sebagian besar berusia rentang 51 – 60 tahun yaitu 23 orang (49 %). Dari data hasil penelitian usia mendominasi adalah rentang usia 51 – 60 tahun yaitu 23 orang (49 %)yang merupakan terjadinya perubahan secara fisiologi dan psikologi dalam menghadapi masalahnya Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sutikno(2011) kepada lansia menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang kuat antara fungsi keluarga dan kulitas hidup. Keluarga merupakan kelompok yang mempunyai peranan yang amat penting dalam kehidupan kita. Individu akan memiliki kulitas hidup yang optimal apabila fungsi keluarga dapat berjalan dengan baik. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Wagner, dkk. (2004), terdapat perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian dari Rugerri, Warner, Bisoffi, dan Fontecedro (2001) yang menyatakan bahwa responden berusia tua menunjukkan adanya konstribusi dari faktor usia terhadap kualitas hidup yang dinilai secara subjektif. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Solli, Stavem, dan Kristiansen (2010) rendahnya kualitas hidup pada lansia dipengaruhi oleh komplikasi penyakit yang dapat meningkatkan ketidakmampuan pasien baik secara fisik, psikologis, dan sosial yang pada akhirnya akan menyebabkan gangguan fungsi tubuh. Tingginya kualitas hidup lansia pada hasil penelitian ini dipengaruhi oleh responden penelitian adalah pasien DM tipe 2 yang tidak memiliki komplikasi seperti penyakit hipertensi, jantung, strok, ginjal, luka diabetik, dan gangguan mata (retinopati). Keadaan responden yang sedang dalam keadaan stabil memungkinkan akan berpengaruh terhadap hasil penelitian persepsi responden terhadap kualitas hidupnya baik.

Pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat kualitas hidup pada kategori baik jika dilihat dari pendidikan terakhir sebagian besar berpendidikan terakhir SD/Sederajat sebanyak 6 orang (28,6%), dari hasil penelitian pendidikan terakhir mendominasi adalah SD/Sederajat dikarenakan waktu mereka masih belum mengenal sekolah dan sekolah masih jarang serta orang tertentu yang bisa bersekolah. Hal ini sependapat dengan penelitian Rahayu *et al* (2010) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi intensitas kualitas hiudp pasien. Hal ini berbanding terbalik dengan pendapat Tonon (2016) dalam Mirza (2017) yang mengatakan bahwa Dengan pendidikan dapat meningkatkan kualitas hidup dan kemampuan manusia dengan menyediakan sumber dukungan sosial dan merupakan ruangan utnuk pembangunan kewarganegaraan. Hasil penelityian beranding terbalik dengan penelitian Souse, dkk. (2006), pendidikan dan pengetahuan akan berpengaruh terhadap pengontrolan gula darah, cara mengatasi gejala yang muncul, dan mencegah terjadinya komplikasi sehingga kualitas hidup pasien DM tipe 2 yang berpendidikan tinggi akan terjaga dengan optimal. Penelitian ini memberikan gambaran tingginya kualitas hidup pada individu yang berpendidikan tinggi adalah mereka cenderung mencari tahu lebih banyak tentang penyakit dari berbagai media informasi. Pengetahuan yang memadai memungkinkan responden dengan pendidikan tinggi akan lebih mengenali masalah frekuensi gejala dan kepuasan diet yang harus dilakukan. Penelitian ini memberikan gambaran bahwa dalam menerima dan memahami informasi sebagian besar responden belum dapat menerima dan memahami informasi tersebut. responden memdominsasi memilki kualitas hidup yang rendah oleh karena itu pentingnya dukungan keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup responden.

Pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat kualitas hidup pada kategori baik jika dilihat dari kepatuhan kontrol ke pelayanan kesehatan sebagian besar melakuakan kontrol ke pelayanan kesehatan sebanyak 12 orang (38,7%), dari hasil penelitian kepatuhan kontrol ke pelayanan kesehatan mendominasi dikarenakan untuk mendapatkan informasi kesehatan, memperhatikan kesehatan nya serta melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan. Hal ini sependapat dengan pendapat Tonon (2016) dalam Mirza (2017) yang mengatakan bahwa Kesehatan merupakan salah satu komponen vital kualitas hidup dan mengenai kesetaraan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian pasien diabetes mellitus dilihat dari pertanyaan kuesioner kualitas hidup yang dilihat dari dimensi kualitas hidup yang memliki nilai tertinggi terdapat pada dimensi kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan dengan rata rata 143,5. Serta yang memiliku nilai terendah terdapat pada dimensi kelhawatiran terhadapa diabetes dengan rata rata 110,7. Berdasarkan hasil penelitian pada kuesioner yang dilihat dari dimensi kualitas hidup dimensi kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan

Pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat kualitas hidup pada kategori baik jika dilihat dari lama mengkonsumsi oat sebagian besar lama mengkinsumsi yaitu 1 – 5 tahun sebanyak 23 orang (68,1 %). Hasil penelitian mengatakan Efikasi diri yang baik dapat disebabkan karena pasien telah berpengalaman dalam mengelola penyakitnya dan memiliki koping yang baik. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Ried dan Walker (2009) menyatakan bahwa lama menderita DM berhubungan dengan tingkat kecemasan yang dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup. Lama waktu menderita DM dan pengobatan yang dijalani dapat memengaruhi kapasitas fungsional, kapasitas psikologis, tingkat kesehatan, dan tingkat kesejahteraan pasien. Perubahan fisiologis pada keadaan hiperglikemia dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler pada penderita. Penelitian Semiardji (2006) menyatakan bahwa reaksi pasien DM dalam menghadapi penyakitnya berbeda-beda. Pasien dapat meperlihatkan hal seperti sikap menyangkal, obsesif, marah, frustasi, takut, dan depresi. Respons psikologis orang Indonesia dalam penerimaan terhadap penyakit cenderung lebih baik, hal tersebut dipengaruhi oleh faktor spiritual (Hamid, 2009).

1. **Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus Dengan *Diabetic Ulcer* Di Puskesmas Kebonsari Surabaya**

Hasil uji statistik *Spearman’s Rho* menunjukkan bahwa nilai kemaknaan p=0,000 dengan taraf signifikan 0,01 (p < 0,05) dapat disimpulkan bahwa hasil tersebut menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien diabetes mellitus dengan*diabetic ulcer* diwilayah kerja puskesmas kebonsari surabaya dengan analisa koefisien korelasi 0.290.

Berdasarkan hasil penelitian tabulasi silang pada tabel 5.13 menunjukkan bahwa hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup hidup pasien diabetes melitus di wilayah Puskesmas Kebonsari, Kota Surabaya dan didapatkan data bahwa dari 47 orang responden tingkat dukungan keuarga dalam kategori *kurang* dan mempunyai tingkat kualitas hidup Cukup sebanyak 10 orang (62,5%), tingkat dukungan keuarga dalam kategori *kurang* dan mempunyai tingkat kualitas hidup Baik sebanyak 6 orang (37,5%), tingkat dukungan keluarga dalam kategori Cukupdan mempunyai tingkat kualitas hidup Cukup sebanyak 6 orang (75,0%), tingkat dukungan keuarga dalam kategori Cukupdan mempunyai tingkat kualitas hidup Baik sebanyak 2 orang (25,0%), tingkat dukungan keluarga dalam kategori Baik dan mempunyai tingkat kualitas hidup Cukup sebanyak 11 orang (43,5%), tingkat dukungan keuarga dalam kategori Baikdan mempunyai tingkat kualitas hidup Baik sebanyak 13 orang (56,5%).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat kualitas hidup dengan kategori *kurang* dengan tingkat tingkat kualitas hidup Cukup 10 orang (62,5%) lebih dominan dari kategori kurang dengan tingkat kualitas hidup Cukup sebanyak 6 orang (75,0%). Fatmawati (2017) mengatakan dukungan keluarga yang memadai akan meningkatkan kesehatan fisik penderita DM Tipe 2 dengan menurunkan gejala depresi. Selain itu, dukungan keluarga juga dapat meningkatkan kemampuan adaptif dari kognitif termasuk meningkatkan optimisme penderita DM Tipe 2, mengurangi kesepian dan meningkatkan kemampuan diri dalam pengelolaan DM Tipe 2. Hal ini akan menurunkan risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas hidupnya. Dengan kata lain, semakin baik dukungan keluarga maka akan semakin baik pula kualitas hidup pasien DM Tipe 2.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat dukungan keluarga dengan kategori *Cukup* dengan tingkat tingkat kualitas hidup kategori Cukup 6 orang (75,0%) lebih dominan dari kategori *Cukup* dengan tingkat kualitas hidup Baik sebanyak 2 orang (25,0%). Antari, Rasdini dan Triyani (2011), mengatakan bahwa dengan adanya dukungan sosial sangat membantu penderita DM tipe 2 untuk dapat meningkatkan keyakinan akan kemampuannya melakukan perawatan diri. Penderita dengan dukungan sosial yang baik akan memiliki perasaan aman dan nyaman sehingga akan tumbuh rasa perhatian terhadap diri sendiri dan meningkatkan motivasi untuk melakukan pengelolaan penyakit. Kondisi ini akan mencegah munculnya stres pada penderita DM tipe 2. Dapat dipahami jika penderita DM tipe 2 mengalami stres, tentunya ini akan memengaruhi fungsi tubuh. Stres akan memicu peningkatkan kortisol dalam tubuh yang akan memengaruhi peningkatkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan glukoneogenesis, katabolisme lemak dan protein. Kortisol juga akan mengganggu ambilan glukosa oleh sel tubuh sehingga dapat memengaruhi kadar glukosa darah. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan kadar gula dalam darah dan jika hal ini terjadi dalam waktu yang lama maka risiko munculnya komplikasi akan meningkat. Pada akhirnya hal tersebut akan memengaruhi kualitas hidup penderita DM tipe 2.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien diabetes mellitus yang memiliki tingkat dukungan keluarga dengan kategori *baik* dengan tingkat tingkat kualitas hidup kategori baik sebanyak 13 orang (56,5%).lebih dominan dari kategori *baik* dengan tingkat kualitas hidup Cukup sebanyak 11 orang (43,5%), Nuraisyah et al, (2017) mengatakan dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga ke pasien DM II sangat berperan dalam tatalaksana pengobatan diabetes. kepatuhan dalam tatalaksana perawatan diri dilakukan dengan benar dan teratur maka pasien tidak terlalu merasa terbebani oleh diabetes melainkan merasa bersemangat dalam menjalankan aktivitas sehari - hari, hal tersebut akan menghasilkan kualitas hidup pasien DM II yang baik.

Pada dasarnya keluarga mempunyai pengaruh kepada sikap dan kebutuhan belajar bagi penderita DM dengan cara menolak atau memberikan dukungan baik secara fisik, psikologis, emosional, dan sosial. Pasien DM akan memiliki sikap lebih positif untuk mempelajari DM apabila keluarga memberikan dukungan dan berpartisipasi dalam pendidikan kesehatan mengenai DM. Sebaliknya, pasien DM akan bersikap negatif apabila terjadi penolakan terhadap pasien dan tanpa adanya dukungan dari keluarga selama menjalani pengobatan. Sikap negatif terhadap penyakit dan pengobatan akan mengakibatkan kegagalan penatalaksanaan DM yang terapeutik. Hal ini dapat memengaruhi kualitas hidup dan kemampuan sosial pasien (Soegondo, 2006). Berdasarkan pernyataan diatas hal ini sejalan dengan pendapat Goz et al (2007), bahwa pada pasien DM diperlukan pengontrolan terhadap metabolik yang dapat mempengaruhi gaya hidup pasien (dalam menggunakan terapi insulin dan obat antidiabetik oral), makanan, pengukuran gula darah dan latihan. Hal ini dapat dicapai dengan partisipasi atau keterlibatan keluarga. Adanya pengalaman kesulitan bagi pasien, keluarga dan komplikasi yang mungkin muncul pada saat pasien beradaptasi dengan semua perubahan yang akan terjadi akan berdampak negatif terhadap kualitas hidup.

Berdasarkan hasil analisa uji statistik dengan menggunakan *Spearman’s Rho* menunjukkan bahwa nilai kemaknaan p=0,000 dengan taraf signifikan 0,01 (p < 0,05). Nilai p lebih kecil dari 0,05 menandakan H1 diterima dan H0 ditolak, hal ini menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan *diabetic ulcer* di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya. Pada penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Nuraisyah et al, (2017) di kulon progo bahwa adanya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM II Hasil penelitian ini juga didukung Goz et al (2007), diperoleh bahwa dukungan dari keluarga merupakan salah satu faktor yang berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasien DM II. Nuraisyah et al, (2017) mengatakan dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga ke pasien DM II sangat berperan dalam tatalaksana pengobatan diabetes. kepatuhan dalam tatalaksana perawatan diri dilakukan dengan benar dan teratur maka pasien tidak terlalu merasa terbebani oleh diabetes melainkan merasa bersemangat dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, hal tersebut akan menghasilkan kualitas hidup pasien DM II yang baik.

### Keteratasan

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan di dalam penelitian. Pada penelitian ini beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah:

1. Pada saat pengambilan data dengan kuesioner, memungkinkan untuk terjadi kesapalahpahaman terhadap peneliti dan asisten peneliti saat melakukan penelitian.
2. Pada saat melakukan penelitian, memungkinkan responden mengalami suatu rasa kesepian pada responden dan adanya kecemasan saat dilakukan pengambilan data responden.

**BAB 6**

**PENUTUP**

Pada bab ini berisi simpulan dan saran berdasarkan uraian dari hasil pembahasan penelitian

* 1. **Simpulan**

Berdasarkan hasil temuan penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilaksanakan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa Pasien diabetes mellitus di puskesmas kebonsari surabaya rata – rata memiliki dukungan keluarga yang baik dukungan keluarga akan membantu penderita diabetes mellitus untuk dapat meningkatkan keyakinan, perhatian, dan motivasi diri akan kemampuan melakuakn perawatan diri (self care) sehungga kualitas hidup penderita akan meningkat.

* 1. **Saran**

Berdasarkan temuan hasil penelitian, beberapa saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut:

1. Bagi responden

Penelitian ini diharapkan Pasien diabetes mellitus penting diperlukan pengontrolan yang akan mempengaruhi gaya hidup pasien, makanan, pengukuran gula darah serta latihan dalam hal ini di perlukan adanya bantuan serta dukungan keluarga.

1. Bagi profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat, dan tambahan ilmu dalam bidang keperawatan medikal bedah. Khususnya tentang hubungan Dukungan dengan tingkat kualitas hidup pada Pasien diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas kebonsari Surabaya.

1. Bagi lahan penelitian

Disarankan untuk pihak instansi dalm pelayanan kesehatan pasien diabetes mellitus melibatkan keluarga dalam pengobatan serta terapi yang dilakukan oleh pasien.

1. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya melakukan penelitian mengenai “Hubungan dukungan keluarga terhadap self care pada pasien diabetes mellitus ”.

**DAFTAR PUSTAKA**

Arfiani, L. (2015) *pengaruh edukasi terhadap kendali glikemi pada penderita diabetes melitus tipe 2 : kajian dukungan keluarga dan kepatuhan berobat di puskesmas kassi-kassi makassar*. universitas Hasanudin Makassar

Antari, G.A.A., Rasdini, I.G.A., & Triyani, G.A.P. (2011). *Besar Pengaruh Dukungan Sosial terhadap Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Interna RSUP Sanglah*. Diakses dari http://www.unud.ac.id pada tanggal 13 Juni 2014

Ayu wulandari, E. (2018) ‘Hubungan peran keluarga dengan quality of life (Qol) pada penderita diabetes melitus di RSU Dr Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto’.

Barnes, E. D. (2009). Program olahraga: diabetes. Yogyakarta: PT. Citra Aji Parama.

Basri, muh. hasan (2019) ‘pengalaman pasien DM tipe II dalam perawatan ulkus diabetik secara mandir’, *kajian ilmiah problema kesehatan*, 4 (1).

Chaplin, J.P. (2001). Kamus lengkap psikologi. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.

Decroli, E. (2019) *DIABETES MELITUS TIPE 2*. 1st edn. Edited by A. Kam et al. Padang: Pusat penerbitan bagian ilmu penyakit dalam fakultas kedokteran universitas andalas.

Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta: Direktorst Bina Pelayanan Medik

Ekasari, N. (2013). Hubungan antara pengungkapan diri (*self disclosure*) melalui *blackberry, messenger* dan kualitas hidup (*quality of life*) pada remaja. Jurnal Ilmiah Mahassiswa Universitas Surabaya Vo.2 No.2. Diakses pada tanggal 18 Mei 2017 dari [http://scholar.google.co.id/scholar?h l=en&q=Hubungan+Antara](http://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=Hubungan+Antara-+Pengungkapan+Diri+Dengan+Kualitas=Hidup+Pada+Remaja)http://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=Hubungan+Antara+Pengungkapan+Diri+Dengan+Kualitas=Hidup+Pada+Remaja[+Pengungkapan+Diri+Dengan+Kualitas=Hidup+Pada+Remaja](http://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=Hubungan+Antara-+Pengungkapan+Diri+Dengan+Kualitas=Hidup+Pada+Remaja)

Ernawati. (2013). Penatalaksanaan keperawatan diabetes milletus terpadu. Jakarta: Mitra Wacana Media.

Fatimah. 2017. *Hubungan Faktor Personal Dan Dukungan Keluarga Dengan Manajemen Diri Penderita Diabetes Melitus di Posbindu Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan Kota Tangerang Selatan*. Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah: Jakarta

Freeman, R., & Heirinch. J. 1981. *Community Nursing Practice.* Philadelphia : W.B.Saunders

Friedman, M.M. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, Teori dan Praktek*.* Jakarta: EGC

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. 2003. *Family Nursing: Research, Theory and Practice* (5*th* Ed). New Jersey: Prentice Hall

### Glatzer, W., Camfield, L., Moller, V., & Rojas, M. (2015). Global Handbook Of Quality Of Life. New York: Springer.

### Goz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I. (2007). Effect of diabetic patient’s perceived social support on their quality of life. Journal of Clinical Nursing, 16, 1353-1360

Green, L.W dan Kreuter, M.W. (1999). Health Promoting Planning, Educational and Environmental Approach-2n edition. Montain View: Mayfield Publishing Company.

Guyton dan Hall. (2007). Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Jakarta: EGC.

Hitchcock, J. E., Schubert, P. E., & Thomas, S. A. 1999. *Community Health Nursing: Caring in Action.* Albany: Delmar

Lopez dan Snyder, C.D. (2003). Positive Psychological Assessment a Handbook of Models & Measures. Washington DC: APA

Niven, N. (2012). Health Psychology: An Introduction For Nurses And Other Health Care Professionals (trans: Waluyo, A). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Nursalam. (2013). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis edisi 3. Jakarta: Salemba

Mirza, R. (2017) ‘Memaksimalkan Dukungan Keluarga Guna Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus’, *Jurnal JUMANTIK*, 2(Dm), pp. 12–30.

Mubarak, W. I. 2006. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Komunitas 2 Teori & Aplikasi Dalam Praktik Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Keluarga*. Jakarta: Agung Seto.

Rahayu, S; Purwanta; Harjanto, D. 2010. *Faktor Faktor Yang Memepengaruhi Ketidakaktifan Lanjut Usia Ke Posyandu Ce*b*ogan Salatiga, Jurnal Kesehatan, Vol 1(1) Juni 2010*. Yogyakarta: ISSN.

Setiadi. (2008). Konsep dan Proses: Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alvi, I., Simadibrata, K., dan Setiati, S. (2006). Ilmu Penyakit Dalam*.* Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Soegondo, S. (2009). Panduan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Bagi Dokter dan Edukator Diabetes: Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu. Jakarta: Balai Pustaka FKUI

Stanhope, M. & Lancaster, J. 2000. *Community and Public Health Nursing, 5th* Ed. St. Louis: Mosby

Smeltzer, S.C. dan Bare, B.G. (2002)*.* Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8. Jakarta: EGC

Tamara, E. and Nauli, F. A. (2014) ‘Hubungan atara dukungan keluarga dan kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau’, *Jom Psik*, 1(2), pp. 1–7. doi: S1413-81232011001200004 [pii].

Taylor. (1995). Healthy Psychology. Singapura: Mc Graw-Hill inc.

Taylor, E.S. (2009). Psikologi Sosial. Jakarta: Prenada Media Grup.

Teli, M. (2019) ‘Pemberdayaan Keluarga Model Tipe 2 DM Manajemen : Integrasi Diri perawatan Model oleh Orem dan keluarga Centered Keperawatan oleh Friedman di Sikumana Health Center-Kupang’, *info kesehatan*, 17, pp. 75–87.

Tonon, G. (2015). Qualitative Studies in Quality of Life. Switzerland: Springer

Tonon, G. (2016)*.* Indicators of Life in Latin America. Switzerland: Springer

Wahdah, N. 2011. Menaklukkan Hipertensi dan Diabetes. Yogyakarta: Multipress.

Weiner, W dan Lloyd, M. (2006). Psychology Applied To Modern Life: Adjustment In The 21st Century Eight Edition. Canada: Thomson Wardsworth

WHO. (2012). Scoring and Coding for the WHOQOLHIV Instruments. Diakses pada tanggal 23 Maret 2017 dari http://www.who.int/mental\_health/p [ublications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/)

Wijayanti. 2008. Hubungan Kondisi Fisik RTT Lansia Terhadap Kondisi Sosial Lansia di RW 03 RT 05 Kelurahan Tegalsari, Kecamatan candisari, Semarang. Jurnal Ilmiah Peranangan Kota dan Pemukiman, Vol 7(1) maret 2008

Z.Ali (2009) *pengantar keperawatan keluarga*. Jakarta: EGC.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lampiran 1** | ***Curriculum Vitae*** |
| Nama | : Mei Ayu Sari |
| NIM | : 161.0060 |
| Progam Studi | : S-1 Keperawatan |
| Tempat,Tanggal Lahir | : Surabaya, 13 Mei 1998 |
| Umur | : 21 Tahun |
| Jenis Kelamin | : Perempuan |
| Nama Orang Tua | : Goenadi dan Bunasri |
| Agama | : Islam |
| Alamat | : Bronggalan sawah 1 No. 8 Surabaya |
| No Hp | : 08977452681 |
| Email | : meiayusari13@gmail.com |

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2004 - 2010 : SD Mardi Putera Surabaya
2. Tahun 2010 - 2013 : SMP Kristen YBPK 1 Surabaya
3. Tahun 2013 - 2016 : SMK Kesehatan Nusantara Surabaya

**Lampiran 2**

**MOTTO dan PERSEMBAHAN**

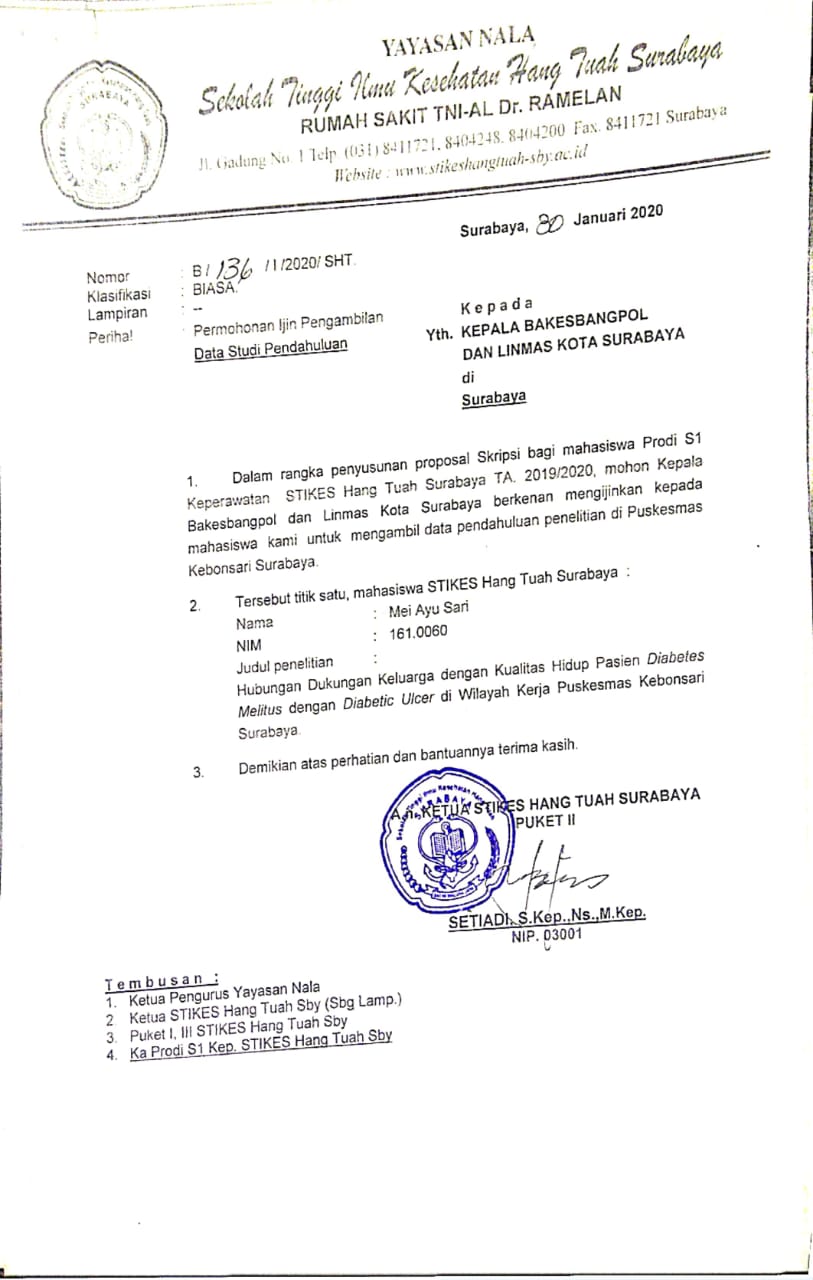
“SEMUA ADA HIKMAHNYA JIKA KITA MAMPU BERUSAHA”

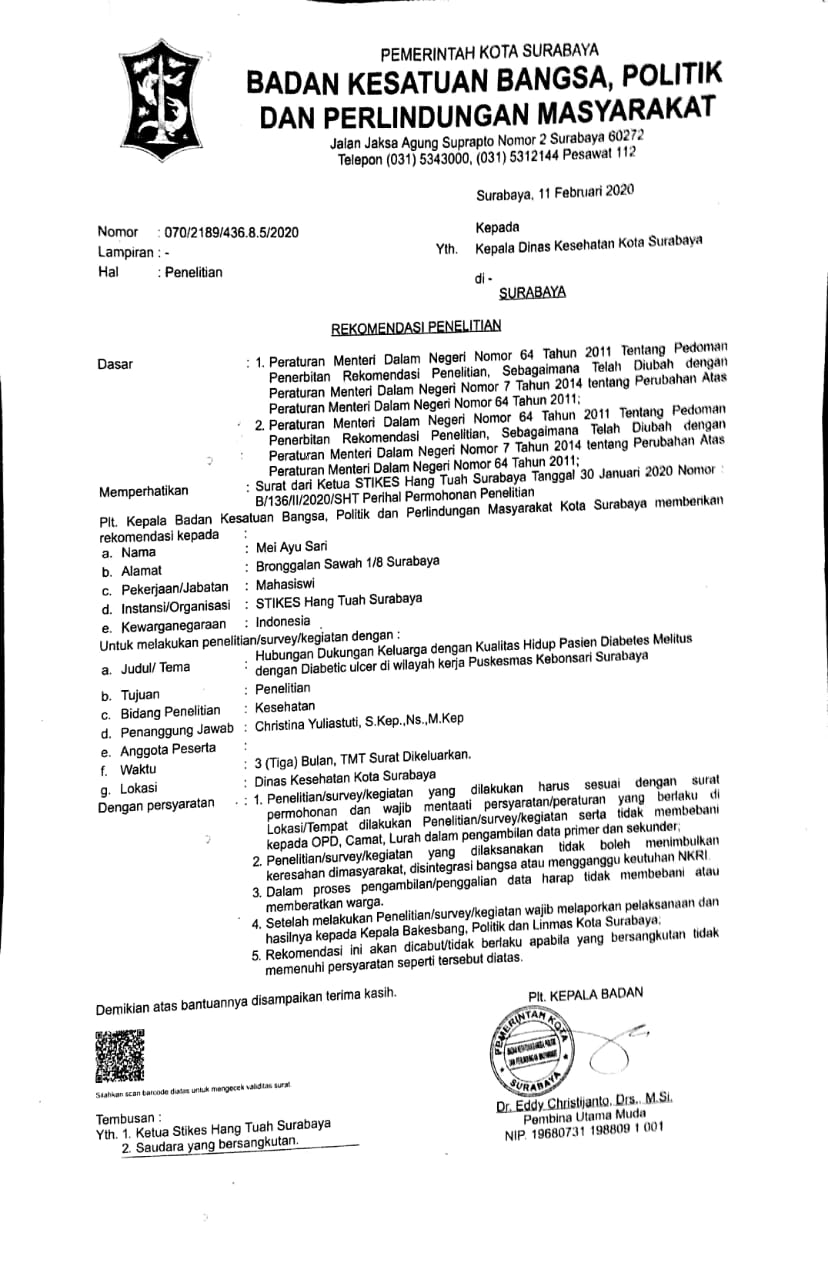
Persembahan :

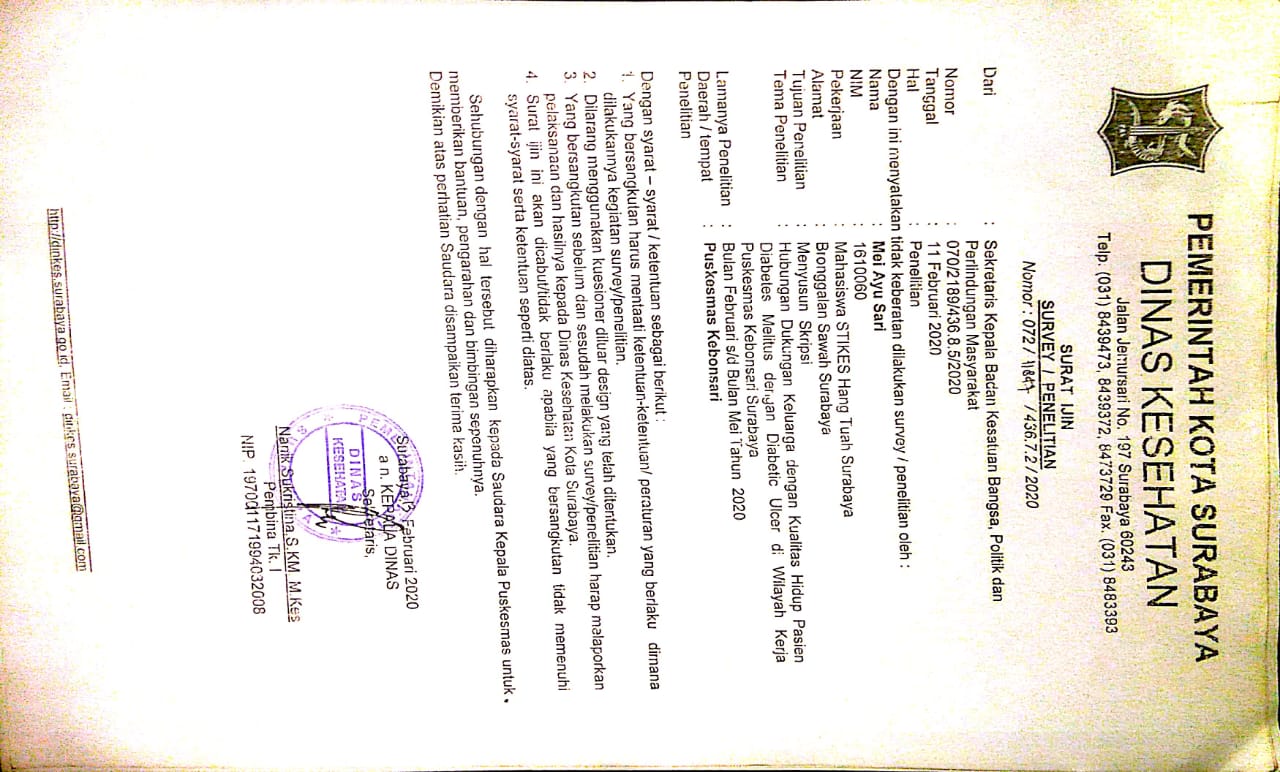
1. Ayah dan Ibu saya, Bapak Geonadi dan Ibu Bunasri yang selalu memberi dukungan baik materil, hingga spiritual.
2. Kakak tercinta Agus Djunaedi dan Adik tercinta Febriyanti yang selalu menjadi penghibur ketika jenuh terhadap rutinitas dan proses penyusunan ini.
3. Untuk Budhe Ti dan Budhe Pina terimakasih atas dukungannya ketika saya memilih kuliah perawat, nasehat-nasehat pantang menyerah, dan untuk selalu memberi respon positif terhadap hal yang saya lakukan.
4. Untuk sahabat-sahabat saya (Ifva, Puput, Nishrina, Kahita) yang selalu memberikan dukungan, dan hiburan disela-sela pengerjaan Proposal Skripsi ini.
5. Untuk sahabat-sahabat saya (Yugi Rere, Dova) yang selalu memberi hiburan ketika saya jenuh mengerjakan Proposal Skripsi ini.
6. Untuk S1 Tingkat 4 Angkatan 22 terimakasih telah memberikan semangat dan doa untuk penulisan ini, Semoga kita selalu dimudahkan dalam segala urusan oleh Allah SWT.
7. Untuk teman-teman yang lain yang tak bisa saya sebutkan satu-persatu, terimakasih atas dukungan dan bantuan dalam segala bentuk selama penyusunan ini.

**Lampiran 3**

**SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA**

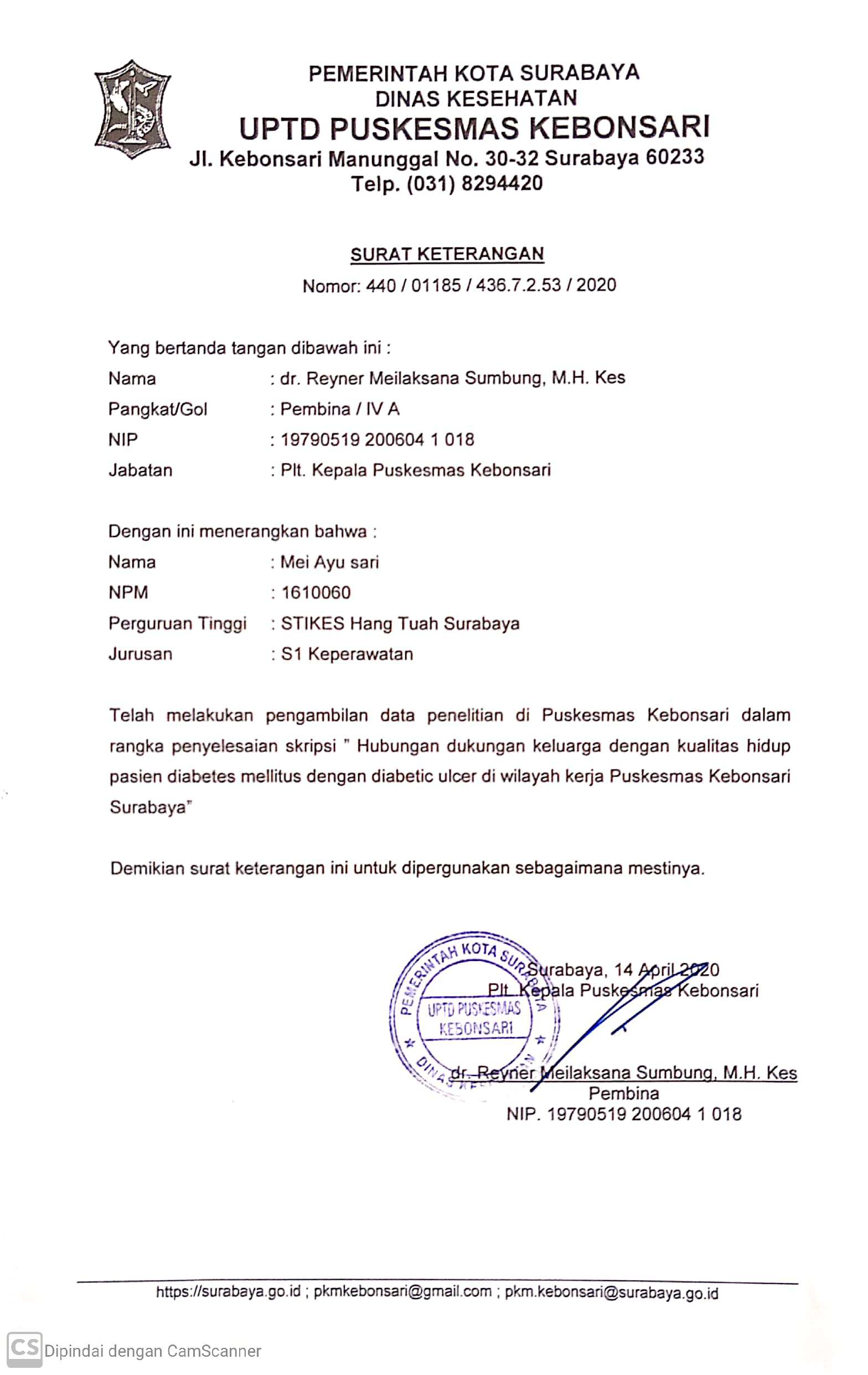
****

****

****

**Lampiran 4**

**SURAT BALASAN PENGAMBILAN DATA**

****

**Lampiran 5**

**SERTIFIKAT ETIK PENELITIAN**

****

**Lampiran 6**

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

“INFORMATION FOR CONSENT”

Kepada Yth.

Klien Calon Responden Penelitian

Di Surabaya

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui

“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dengan Diabetic Ulcer Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya”.

Partisipasi ibu dan bapak dalam penelitian ini dengan mengisi kuesioner dukungan keluarga dan kulitas hidup pada pasien diabetes melitus dan pelaksanaan ini tidak berpotensi menimbulkan resiko terhadap ibu dan bapak serta akan bermanfaat bagi peneliti dan akan bisa meningkatkan kualitas hidup untuk ibu dan bapak. Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang ibu dan bapak berikan sesuai dengan yang terjadi pada ibu dan bapak sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain.

Dalam penelitian ini partisipasi anda bersifat bebas, artinya ibu dan bapak ikut atau tidak, tidak ada sanksi apapun. Informasi atau keterangan yang ibu dan bapak berikan akan dijamin kerahasiaannya dan digunakan untuk kepentingan penelitian ini saja.

Sebagai bukti kesediaan ibu dan bapak menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah saya siapkan. Partisipasi ibu dan bapak dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan terbih dahulu saya ucapkan terimakasih.

Yang Menjelaskan, Yang Dijelaskan

Mei Ayu Sari ( )

161.0060

**Lampiran 7**

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

**“*INFORMED CONSENT*”**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama ;

Nama : Mei Ayu Sari

NIM : 161.0060

Yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dengan Diabetic Ulcer Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa :

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mnegerti bahwa catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk mengolah data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengetahuan tentang

“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dengan Diabetic Ulcer Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya”.

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini. Tanda tangan saya dibawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

Surabaya, ……………….. Responden

……………………………

**Lampiran 8**

KUESIONER PENELITIAN

**DATA DEMOGRAFI**

**“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Dengan *Diabetic Ulcer* Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya”**

No Responden : **Kode**

Tgl. Pengisian :

Tgl. Pemeriksaan :

1. **Petunjuk Pengisian:**
2. Lembar diisi oleh responden.
3. Berikan tanda *checklist* (√) pada jawaban yang anda pilih.
4. Kolom kode tetap dibiarkan kosong.
5. Apabila kurang jelas, Bapak/Ibu berhak bertanya kepada peneliti.
6. Mohon diteliti ulang agar tidak ada pertanyaan yang terlewatkan.
7. **Data Demografi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Usia : | ………. Tahun |  |
| 1. Jenis Kelamin : | 1. Laki-laki 2. Perempuan |  |
| 1. Pendidikan Terakhir : | 1. Tidak Sekolah 2. SD/Sederajat 3. SMP/Sederajat 4. SMA/Sederajat 5. Perguruan Tinggi |  |
| 1. Riwayat Pekerjaan : | 1. IRT/Tidak bekerja 2. PNS/TNI/Polri 3. Swasta 4. Wiraswasta 5. Lainnya.Sebutkan ……….. |  |
| 1. Peran dalam keluarga | 1. Ibu 2. Bapak 3. Anak 4. Lainnya. Sebutkan ………….. |  |
| 1. Status pernikahan | 1. Menikah 2. Belum menikah |  |

1. **Data Kondisi Diabetes**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Berapa tensi saat ini 2. Berapa Gula Darah saat ini 3. Berapa lama mengkonsumsi obat? 4. Obat apa yang biasa dikonsumsi,   Jelaskan …..   1. Terdapat Luka   1. Ya  2. Tidak  Lokasi : Sebutkan……………   1. Sudah tahu aturan minum obat    * + 1. Ya        2. Tidak 2. Kontrol aktif di Puskesmas atau Rumah Sakit   1. Ya  2. Tidak   1. Pernah melakukan perawatan di Puskesmas atau Rumah Sakit?    * + 1. Pernah        2. Tidak Pernah 2. Memiliki kulit retak/melepuh di sekitar kaki?    * + 1. Ya        2. Tidak 3. Memiliki luka dan tanda-tanda infeksi (bengkak, kemerahan, hangat, nyeri, berdarah/cairan yang keluar dari luka dan bau)?    * + 1. Ya        2. Tidak   Sebutkan …..   1. Melakukan senam di rumah atau di puskesmas   Ya Tidak  Sebutkan:........ x/minggu   1. Pernah mengkonsumsi rokok   Ya Tidak   1. Sudah pernah mencoba berhenti mengkonsumsi rokok   Ya Tidak |  |

**Lampiran 9**

KUESIONER PENELITIAN

**Kuesioner Dukungan Keluarga**

***Hensarling Diabetes Family Support Scale* (HDFSS)**

Petunjuk :

1. Isilah kuesioner penelitian ini sesuai dengan kondisi anda.
2. Beri tanda ( √ ) pada jawaban yang paling sesuai dengan kondisi anda.
3. Mohon semua pertanyaan dijawab dengan lengkap.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | PERNYATAAN | Tidak Pernah | Jarang | Sering | Selalu |
| 1. | Keluarga memberi saran supaya saya kontrol ke dokter . |  |  |  |  |
| 2 | Keluarga memberi saran supaya saya mengikuti edukasi diabetes. |  |  |  |  |
| 3 | Keluarga memberikan informasi baru tentang diabetes kepada saya. |  |  |  |  |
| 4 | Keluarga mengerti saat saya mengalami masalah yang berhubungan diabetes. |  |  |  |  |
| 5 | Keluarga mendengarkan jika saya bercerita tentang diabetes. |  |  |  |  |
| 6 | Keluarga mau mengerti tentang bagaimana saya merasakan diabetes. |  |  |  |  |
| 7 | Saya merasakan kemudahan mendapatkan informasi dari keluarga tentang diabetes. |  |  |  |  |
| 8 | Keluarga mengingatkan saya untuk mengontrol gula darah jika saya lupa. |  |  |  |  |
| 9 | Keluarga mendukung usaha saya untuk olah raga. |  |  |  |  |
| 10 | Keluarga mendorong saya untuk mengikuti rencana diet/makan. |  |  |  |  |
| 11 | Keluarga membantu saya untuk menghindari makanan yang manis. |  |  |  |  |
| 12 | Keluarga makan makanan pantangan saya didekat saya. |  |  |  |  |
| 13 | Diabetes yang saya alami membuat keluarga merasa susah. |  |  |  |  |
| 14 | Keluarga mengingatkan saya untuk memesan obat diabetes. |  |  |  |  |
| 15 | Sayamerasakan kemudahan minta bantuan kepada keluarga dalam  mengatasi masalah diabetes. |  |  |  |  |
| 16 | Keluarga mengingatkan saya tentang keteraturan waktu diet |  |  |  |  |
| 17 | Keluarga merasa terganggu dengan  diabetes saya. |  |  |  |  |
| 18 | Keluarga mendorong saya untuk  memeriksakan mata saya ke dokter. |  |  |  |  |
| 19 | Keluarga mendorong saya untuk  memeriksakan kaki saya ke dokter. |  |  |  |  |
| 20 | Keluarga mendorong saya untuk  periksa gigi ke dokter. |  |  |  |  |
| 21 | Saya merasakan kemudahan minta bantuan keluarga untuk mendukung perawatan diabetes saya. |  |  |  |  |
| 22 | Keluarga menyediakan makanan yang  sesuai diet saya. |  |  |  |  |
| 23 | Keluarga mendukung usaha saya  untuk makan sesuai diet. |  |  |  |  |
| 24 | Keluarga tidak menerima bahwa saya menderita diabetes |  |  |  |  |
| 25 | Keluarga mendorong saya untuk memeriksakan kesehatan saya ke  dokter . |  |  |  |  |
| 26 | Keluarga membantu ketika saya  cemas dengan diabetes. |  |  |  |  |
| 27 | Keluarga memahami jika saya sedih dengan diabetes |  |  |  |  |
| 28 | Keluarga mengerti bagaimana cara membantu saya dalam mengatasi  diabetes saya. |  |  |  |  |
| 29 | Keluarga membantu saya membayar pengobatan diabetes. |  |  |  |  |

(Hensarling,2009)

**Lampiran 10**

**KUESIONER PENELITIAN**

Kuesioner Kualitas Hidup DQOL *(Diabetes Quality Of Life)*

Petunjuk :

1. Isilah kuesioner penelitian ini sesuai dengan kondisi anda.
2. Beri tanda ( √ ) pada jawaban yang paling sesuai dengan kondisi anda.
3. Kejujuran anda menjawab kuesioner ini, sangat saya harapkan.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Item pertanyaan | Sangat tidak puas | Tidak Puas | Kurang Puas | Puas | Sangat Puas |
| 1. | Puaskah anda dengan waktu yang anda gunakan untuk mengelola diabetes anda? |  |  |  |  |  |
| 2. | Puaskah anda dengan waktu yang anda habiskan untuk melakukan Check-up? |  |  |  |  |  |
| 3. | Puaskah anda dengan waktu yang anda menentukan target gula anda? |  |  |  |  |  |
| 4. | Puaskah anda dengan perawatan atau pengobatan anda sekarang? |  |  |  |  |  |
| 5. | Puaskah anda dengan penyesuaian aturan makan yang anda miliki? |  |  |  |  |  |
| 6. | Puaskah anda dengan penerimaan keluarga terhadap diabetes anda? |  |  |  |  |  |
| 7. | Puaskah anda dengan pengetahuan yang anda miliki tentang diabetes? |  |  |  |  |  |
| 8. | Puaskah anda dengan tidur anda? |  |  |  |  |  |
| 9. | Puaskah anda dengan hubungan sosial dan pertemanan anda? |  |  |  |  |  |
| 10. | Puaskah anda dengan kehidupan seksual anda? |  |  |  |  |  |
| 11. | Puaskah anda dengan pekerjaan/pendidikan/kegiatan rumah tangga anda? |  |  |  |  |  |
| 12. | Puaskah anda dengan penampilan fisik anda? |  |  |  |  |  |
| 13. | Puaskah anda dengan waktu yang anda gunakan untuk berolah raga? |  |  |  |  |  |
| 14. | Puaskah anda dengan waktu luang anda? |  |  |  |  |  |
| 15. | Puaskah anda dengan kehidupan anda sekarang? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Item Pertanyaan | Tidak Pernah | Jarang | Kadang | Sering | Selalu |
| 16. | Seberapa sering anda merasa sakit akibat pengobatan diabetes anda? |  |  |  |  |  |
| 17. | Seberapa sering anda merasa malu mengaku pada orang lain bahwa anda memiliki diabetes? |  |  |  |  |  |
| 18. | Seberapa sering kadar gula anda rendah? |  |  |  |  |  |
| 19. | Seberapa sering diabetes anda mengganggu kehidupan keluarga anda? |  |  |  |  |  |
| 20. | Seberapa sering anda merasakan sakit secara fisik karena diabetes yang anda derita? |  |  |  |  |  |
| 21. | Seberapa sering anda mengalami gangguan tidur di malam hari? |  |  |  |  |  |
| 22. | Seberapa sering anda merasa bahwa diabetes anda membatasi hubungan sosial dan pertemanan anda? |  |  |  |  |  |
| 23. | Seberapa sering anda merasa bahwa diri anda dalam kondisi baik? |  |  |  |  |  |
| 24. | Seberapa sering anda merasa terbatasi karena diet anda? |  |  |  |  |  |
| 25. | kehidupan seksual anda? |  |  |  |  |  |
| 26. | Seberapa sering diabetes anda menghambat Seberapa sering diabetes anda mengganggu anda saat mengendarai kendaraan atau saat menggunakan alat mesin? |  |  |  |  |  |
| 27. | Seberapa sering diabetes anda mengganggu olah raga anda? |  |  |  |  |  |
| 28. | Seberapa sering anda tertinggal dalam pekerjaan/ pendidikan/ kegiatan rumah tangga anda karena diabetes? |  |  |  |  |  |
| 29. | Seberapa sering anda memehami arti memiliki diabetes? |  |  |  |  |  |
| 30. | Seberapa sering diabetes anda mengganggu kegiatan di waktu luang anda? |  |  |  |  |  |
| 31. | Seberapa sering anda menceritakan diabetes anda ke orang lain? |  |  |  |  |  |
| 32. | Seberapa sering anda dihina karena anda memiliki diabetes? |  |  |  |  |  |
| 33 | Seberapa sering anda merasa bahwa diabetes membuat anda lebih sering pergi ke kamar mandi dibandingkan orang lain? |  |  |  |  |  |
| 34. | Seberapa sering anda memakan sesuatu secara diam-diam yang seharusnya tidak boleh dimakan? |  |  |  |  |  |
| 35. | Seberapa sering anda menyembunyikan pada orang lain bahwa anda memiliki diabetes? |  |  |  |  |  |
| 36. | Seberapa sering anda merasa khawatir bahwa anda tidak dapat menikah karena memilki dabetes? |  |  |  |  |  |
| 37. | Seberapa sering anda merasa khawatir bahwa anda tidak dapat memiliki keturunan karena diabetes? |  |  |  |  |  |
| 38. | Seberapa sering anda merasa khawatir bahwa anda tidak mendapatkan pekerjaan karena memiliki diabetes? |  |  |  |  |  |
| 39. | Seberapa sering anda merasa khawatir bahwa anda tidak dapat memiliki asuransi? |  |  |  |  |  |
| 40. | Seberapa sering anda merasa khawatir bahwa anda tidak mampu menyelesaikan pendidikan karena memiliki diabetes? |  |  |  |  |  |
| 41. | Seberapa sering anda merasa khawatir akan kehilangan pekerjaan karena memiliki diabetes? |  |  |  |  |  |
| 42. | Seberapa sering anda merasa khawatir bahwa anda tidak dapat berpergian/liburan karena memiliki diabetes? |  |  |  |  |  |
| 43. | Seberapa sering anda merasa khawatir tentang kemungkinan pingsan karena kadar glukosa anda terlalu rendah/tinggi |  |  |  |  |  |
| 44. | Seberapa sering anda merasa khawatir tubuh anda terlihat berbeda karena diabetes? |  |  |  |  |  |
| 45. | Seberapa sering anda merasa khawatir mengalami komplikasi akibat diabetes? |  |  |  |  |  |
| 46. | Seberapa sering anda merasa khawatir bahwa anda tidak dapat berkencan dengan pasangan karena memiliki diabetes |  |  |  |  |  |

**Lampiran 11**

**HASIL TABULASI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statistics** | | | | | | | |
|  | | Usia | Jenis Kelamin | Pendidikan Terakhir | Riwayat Pekerjaan | Peran Dlm Keluarga | Status Pernikahan |
| N | Valid | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 56,60 | 1,43 | 3,15 | 2,23 | 1,62 | 1,02 |
| Median | | 57,00 | 1,00 | 4,00 | 2,00 | 2,00 | 1,00 |
| Std. Deviation | | 8,490 | ,500 | 1,215 | 1,463 | ,610 | ,146 |
| Minimum | | 41 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | | 78 | 2 | 6 | 5 | 4 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jenis Kelamin** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Laki - Laki | 27 | 57,4 | 57,4 | 57,4 |
| Perempuan | 20 | 42,6 | 42,6 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pendidikan Terakhir** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Tidak Sekolah | 5 | 10,6 | 10,6 | 10,6 |
| SD/Sederajat | 11 | 23,4 | 23,4 | 34,0 |
| SMP/Sederajat | 7 | 14,9 | 14,9 | 48,9 |
| SMA/Sederajat | 21 | 44,7 | 44,7 | 93,6 |
| Perguruan Tinggi | 2 | 4,3 | 4,3 | 97,9 |
| 6 | 1 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Riwayat Pekerjaan** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | IRT/Tidak Bekerja | 23 | 48,9 | 48,9 | 48,9 |
| PNS/TNI/Polri | 6 | 12,8 | 12,8 | 61,7 |
| Swasta | 8 | 17,0 | 17,0 | 78,7 |
| Wiraswasta | 4 | 8,5 | 8,5 | 87,2 |
| Lainnya | 6 | 12,8 | 12,8 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Peran Dlm Keluarga** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ibu | 20 | 42,6 | 42,6 | 42,6 |
| Ayah | 26 | 55,3 | 55,3 | 97,9 |
| Lainnya | 1 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status Pernikahan** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Menikah | 46 | 97,9 | 97,9 | 97,9 |
| Belum Menikah | 1 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Luka** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ya | 33 | 70,2 | 70,2 | 70,2 |
| Tidak | 14 | 29,8 | 29,8 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kontrol** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ya | 31 | 66,0 | 66,0 | 66,0 |
| Tidak | 16 | 34,0 | 34,0 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Perawatan** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Pernah | 21 | 44,7 | 44,7 | 44,7 |
| Tidak Pernah | 26 | 55,3 | 55,3 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Senam** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ya | 41 | 87,2 | 87,2 | 87,2 |
| Tidak | 6 | 12,8 | 12,8 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Merokok** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ya | 21 | 44,7 | 44,7 | 44,7 |
| Tidak | 26 | 55,3 | 55,3 | 100,0 |
| Total | 47 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statistics** | | |
| Skordk | | |
| N | Valid | 47 |
| Missing | 0 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skordk** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Kurang | 16 | 34.0 | 34.0 | 34.0 |
| Cukup | 8 | 17.0 | 17.0 | 51.1 |
| Baik | 23 | 48.9 | 48.9 | 100.0 |
| Total | 47 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statistics** | | |
| Skorkl | | |
| N | Valid | 47 |
| Missing | 0 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skorkl** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Cukup | 26 | 55.3 | 55.3 | 55.3 |
| Baik | 21 | 44.7 | 44.7 | 100.0 |
| Total | 47 | 100.0 | 100.0 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Case Processing Summary** | | | | | | |
|  | Cases | | | | | |
| Valid | | Missing | | Total | |
| N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Skordk \* Usia | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Jenis Kelamin | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Pendidikan Terakhir | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Riwayat Pekerjaan | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Peran Dlm Keluarga | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Status Pernikahan | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Luka | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Kontrol | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Perawatan | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Infeksi | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Senam | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Merokok | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skordk \* Berhenti Merokok | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skordk \* Jenis Kelamin Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Jenis Kelamin | | Total |
| Laki - Laki | Perempuan |
| Skordk | Kurang | Count | 10 | 6 | 16 |
| % Within Skordk | 62.5% | 37.5% | 100.0% |
| % Within Jenis Kelamin | 37.0% | 30.0% | 34.0% |
| Cukup | Count | 5 | 3 | 8 |
| % Within Skordk | 62.5% | 37.5% | 100.0% |
| % Within Jenis Kelamin | 18.5% | 15.0% | 17.0% |
| Baik | Count | 12 | 11 | 23 |
| % Within Skordk | 52.2% | 47.8% | 100.0% |
| % Within Jenis Kelamin | 44.4% | 55.0% | 48.9% |
| Total | | Count | 27 | 20 | 47 |
| % Within Skordk | 57.4% | 42.6% | 100.0% |
| % Within Jenis Kelamin | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skordk \* Pendidikan Terakhir Crosstabulation** | | | | | | | | | |
|  | | | Pendidikan Terakhir | | | | | | Total |
| Tidak Sekolah | SD/Sederajat | SMP/Sederajat | SMA/Sederajat | Perguruan Tinggi | 6 |
| Skordk | Kurang | Count | 2 | 5 | 2 | 6 | 1 | 0 | 16 |
| % Within Skordk | 12.5% | 31.3% | 12.5% | 37.5% | 6.3% | 0.0% | 100.0% |
| % Within Pendidikan Terakhir | 40.0% | 45.5% | 28.6% | 28.6% | 50.0% | 0.0% | 34.0% |
| Cukup | Count | 0 | 1 | 0 | 7 | 0 | 0 | 8 |
| % Within Skordk | 0.0% | 12.5% | 0.0% | 87.5% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| % Within Pendidikan Terakhir | 0.0% | 9.1% | 0.0% | 33.3% | 0.0% | 0.0% | 17.0% |
| Baik | Count | 3 | 5 | 5 | 8 | 1 | 1 | 23 |
| % Within Skordk | 13.0% | 21.7% | 21.7% | 34.8% | 4.3% | 4.3% | 100.0% |
| % Within Pendidikan Terakhir | 60.0% | 45.5% | 71.4% | 38.1% | 50.0% | 100.0% | 48.9% |
| Total | | Count | 5 | 11 | 7 | 21 | 2 | 1 | 47 |
| % Within Skordk | 10.6% | 23.4% | 14.9% | 44.7% | 4.3% | 2.1% | 100.0% |
| % Within Pendidikan Terakhir | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skordk \* Riwayat Pekerjaan Crosstabulation** | | | | | | | | |
|  | | | Riwayat Pekerjaan | | | | | Total |
| IRT/Tidak Bekerja | PNS/TNI/Polri | Swasta | Wiraswasta | Lainnya |
| Skordk | Kurang | Count | 10 | 2 | 2 | 1 | 1 | 16 |
| % Within Skordk | 62.5% | 12.5% | 12.5% | 6.3% | 6.3% | 100.0% |
| % Within Riwayat Pekerjaan | 43.5% | 33.3% | 25.0% | 25.0% | 16.7% | 34.0% |
| Cukup | Count | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 8 |
| % Within Skordk | 12.5% | 25.0% | 12.5% | 25.0% | 25.0% | 100.0% |
| % Within Riwayat Pekerjaan | 4.3% | 33.3% | 12.5% | 50.0% | 33.3% | 17.0% |
| Baik | Count | 12 | 2 | 5 | 1 | 3 | 23 |
| % Within Skordk | 52.2% | 8.7% | 21.7% | 4.3% | 13.0% | 100.0% |
| % Within Riwayat Pekerjaan | 52.2% | 33.3% | 62.5% | 25.0% | 50.0% | 48.9% |
| Total | | Count | 23 | 6 | 8 | 4 | 6 | 47 |
| % Within Skordk | 48.9% | 12.8% | 17.0% | 8.5% | 12.8% | 100.0% |
| % Within Riwayat Pekerjaan | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skordk \* Kontrol Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kontrol | | Total |
| Ya | Tidak |
| Skordk | Kurang | Count | 9 | 7 | 16 |
| % Within Skordk | 56.3% | 43.8% | 100.0% |
| % Within Kontrol | 29.0% | 43.8% | 34.0% |
| Cukup | Count | 7 | 1 | 8 |
| % Within Skordk | 87.5% | 12.5% | 100.0% |
| % Within Kontrol | 22.6% | 6.3% | 17.0% |
| Baik | Count | 15 | 8 | 23 |
| % Within Skordk | 65.2% | 34.8% | 100.0% |
| % Within Kontrol | 48.4% | 50.0% | 48.9% |
| Total | | Count | 31 | 16 | 47 |
| % Within Skordk | 66.0% | 34.0% | 100.0% |
| % Within Kontrol | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skordk \* Infeksi Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Infeksi | | Total |
| Ya | Tidak |
| Skordk | Kurang | Count | 7 | 9 | 16 |
| % Within Skordk | 43.8% | 56.3% | 100.0% |
| % Within Infeksi | 26.9% | 42.9% | 34.0% |
| Cukup | Count | 4 | 4 | 8 |
| % Within Skordk | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| % Within Infeksi | 15.4% | 19.0% | 17.0% |
| Baik | Count | 15 | 8 | 23 |
| % Within Skordk | 65.2% | 34.8% | 100.0% |
| % Within Infeksi | 57.7% | 38.1% | 48.9% |
| Total | | Count | 26 | 21 | 47 |
| % Within Skordk | 55.3% | 44.7% | 100.0% |
| % Within Infeksi | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skordk \* Senam Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Senam | | Total |
| Ya | Tidak |
| Skordk | Kurang | Count | 14 | 2 | 16 |
| % Within Skordk | 87.5% | 12.5% | 100.0% |
| % Within Senam | 34.1% | 33.3% | 34.0% |
| Cukup | Count | 7 | 1 | 8 |
| % Within Skordk | 87.5% | 12.5% | 100.0% |
| % Within Senam | 17.1% | 16.7% | 17.0% |
| Baik | Count | 20 | 3 | 23 |
| % Within Skordk | 87.0% | 13.0% | 100.0% |
| % Within Senam | 48.8% | 50.0% | 48.9% |
| Total | | Count | 41 | 6 | 47 |
| % Within Skordk | 87.2% | 12.8% | 100.0% |
| % Within Senam | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Case Processing Summary** | | | | | | |
|  | Cases | | | | | |
| Valid | | Missing | | Total | |
| N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Skorkl \* Usia | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Jenis Kelamin | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Pendidikan Terakhir | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Riwayat Pekerjaan | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Peran Dlm Keluarga | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Status Pernikahan | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Luka | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Kontrol | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Perawatan | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Infeksi | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Senam | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Merokok | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |
| Skorkl \* Berhenti Merokok | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skorkl \* Jenis Kelamin Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Jenis Kelamin | | Total |
| Laki - Laki | Perempuan |
| Skorkl | Cukup | Count | 16 | 10 | 26 |
| % Within Skorkl | 61.5% | 38.5% | 100.0% |
| % Within Jenis Kelamin | 59.3% | 50.0% | 55.3% |
| Baik | Count | 11 | 10 | 21 |
| % Within Skorkl | 52.4% | 47.6% | 100.0% |
| % Within Jenis Kelamin | 40.7% | 50.0% | 44.7% |
| Total | | Count | 27 | 20 | 47 |
| % Within Skorkl | 57.4% | 42.6% | 100.0% |
| % Within Jenis Kelamin | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skorkl \* Kontrol Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Kontrol | | Total |
| Ya | Tidak |
| Skorkl | Cukup | Count | 19 | 7 | 26 |
| % Within Skorkl | 73.1% | 26.9% | 100.0% |
| % Within Kontrol | 61.3% | 43.8% | 55.3% |
| Baik | Count | 12 | 9 | 21 |
| % Within Skorkl | 57.1% | 42.9% | 100.0% |
| % Within Kontrol | 38.7% | 56.3% | 44.7% |
| Total | | Count | 31 | 16 | 47 |
| % Within Skorkl | 66.0% | 34.0% | 100.0% |
| % Within Kontrol | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skorkl \* Perawatan Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Perawatan | | Total |
| Pernah | Tidak Pernah |
| Skorkl | Cukup | Count | 13 | 13 | 26 |
| % Within Skorkl | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| % Within Perawatan | 61.9% | 50.0% | 55.3% |
| Baik | Count | 8 | 13 | 21 |
| % Within Skorkl | 38.1% | 61.9% | 100.0% |
| % Within Perawatan | 38.1% | 50.0% | 44.7% |
| Total | | Count | 21 | 26 | 47 |
| % Within Skorkl | 44.7% | 55.3% | 100.0% |
| % Within Perawatan | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skorkl \* Infeksi Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Infeksi | | Total |
| Ya | Tidak |
| Skorkl | Cukup | Count | 14 | 12 | 26 |
| % Within Skorkl | 53.8% | 46.2% | 100.0% |
| % Within Infeksi | 53.8% | 57.1% | 55.3% |
| Baik | Count | 12 | 9 | 21 |
| % Within Skorkl | 57.1% | 42.9% | 100.0% |
| % Within Infeksi | 46.2% | 42.9% | 44.7% |
| Total | | Count | 26 | 21 | 47 |
| % Within Skorkl | 55.3% | 44.7% | 100.0% |
| % Within Infeksi | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skorkl \* Senam Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Senam | | Total |
| Ya | Tidak |
| Skorkl | Cukup | Count | 24 | 2 | 26 |
| % Within Skorkl | 92.3% | 7.7% | 100.0% |
| % Within Senam | 58.5% | 33.3% | 55.3% |
| Baik | Count | 17 | 4 | 21 |
| % Within Skorkl | 81.0% | 19.0% | 100.0% |
| % Within Senam | 41.5% | 66.7% | 44.7% |
| Total | | Count | 41 | 6 | 47 |
| % Within Skorkl | 87.2% | 12.8% | 100.0% |
| % Within Senam | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skorkl \* Riwayat Pekerjaan Crosstabulation** | | | | | | | | |
|  | | | Riwayat Pekerjaan | | | | | Total |
| IRT/Tidak Bekerja | PNS/TNI/Polri | Swasta | Wiraswasta | Lainnya |
| Skorkl | Cukup | Count | 8 | 4 | 7 | 2 | 5 | 26 |
| % Within Skorkl | 30.8% | 15.4% | 26.9% | 7.7% | 19.2% | 100.0% |
| % Within Riwayat Pekerjaan | 34.8% | 66.7% | 87.5% | 50.0% | 83.3% | 55.3% |
| Baik | Count | 15 | 2 | 1 | 2 | 1 | 21 |
| % Within Skorkl | 71.4% | 9.5% | 4.8% | 9.5% | 4.8% | 100.0% |
| % Within Riwayat Pekerjaan | 65.2% | 33.3% | 12.5% | 50.0% | 16.7% | 44.7% |
| Total | | Count | 23 | 6 | 8 | 4 | 6 | 47 |
| % Within Skorkl | 48.9% | 12.8% | 17.0% | 8.5% | 12.8% | 100.0% |
| % Within Riwayat Pekerjaan | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skorkl \* Pendidikan Terakhir Crosstabulation** | | | | | | | | | |
|  | | | Pendidikan Terakhir | | | | | | Total |
| Tidak Sekolah | SD/Sederajat | SMP/Sederajat | SMA/Sederajat | Perguruan Tinggi | 6 |
| Skorkl | Cukup | Count | 1 | 5 | 2 | 17 | 1 | 0 | 26 |
| % Within Skorkl | 3.8% | 19.2% | 7.7% | 65.4% | 3.8% | 0.0% | 100.0% |
| % Within Pendidikan Terakhir | 20.0% | 45.5% | 28.6% | 81.0% | 50.0% | 0.0% | 55.3% |
| Baik | Count | 4 | 6 | 5 | 4 | 1 | 1 | 21 |
| % Within Skorkl | 19.0% | 28.6% | 23.8% | 19.0% | 4.8% | 4.8% | 100.0% |
| % Within Pendidikan Terakhir | 80.0% | 54.5% | 71.4% | 19.0% | 50.0% | 100.0% | 44.7% |
| Total | | Count | 5 | 11 | 7 | 21 | 2 | 1 | 47 |
| % Within Skorkl | 10.6% | 23.4% | 14.9% | 44.7% | 4.3% | 2.1% | 100.0% |
| % Within Pendidikan Terakhir | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Case Processing Summary** | | | | | | |
|  | Cases | | | | | |
| Valid | | Missing | | Total | |
| N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Skordk \* Skorkl | 47 | 100.0% | 0 | 0.0% | 47 | 100.0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Skordk \* Skorkl Crosstabulation** | | | | | |
|  | | | Skorkl | | Total |
| Cukup | Baik |
| Skordk | Kurang | Count | 10 | 6 | 16 |
| % Within skorDK | 62.5% | 37.5% | 100.0% |
| % within SkorKL | 38.5% | 28.6% | 34.0% |
| cukup | Count | 6 | 2 | 8 |
| % within skorDK | 75.0% | 25.0% | 100.0% |
| % within SkorKL | 23.1% | 9.5% | 17.0% |
| baik | Count | 10 | 13 | 23 |
| % within skorDK | 43.5% | 56.5% | 100.0% |
| % within SkorKL | 38.5% | 61.9% | 48.9% |
| Total | | Count | 26 | 21 | 47 |
| % within skorDK | 55.3% | 44.7% | 100.0% |
| % within SkorKL | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Correlations** | | | | |
|  | | | HasilDK | HasilKL |
| Spearman's rho | HasilDK | Correlation Coefficient | 1.000 | .290\* |
| Sig. (2-tailed) | . | .048 |
| N | 47 | 47 |
| HasilKL | Correlation Coefficient | .290\* | 1.000 |
| Sig. (2-tailed) | .048 | . |
| N | 47 | 47 |
| \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). | | | | |