

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP
PENDERITA DIABETES MELITUS DI RS PKU MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA UNIT II**

NASKAH PUBLIKASI

Diajukan untuk Memenuhi Sebagian Syarat Memperoleh Derajat Sarjana Ilmu
Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



Disusun oleh :

VITTA CHUSMEYWATI

20120320022

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

2016

HALAMAN PENGESAHAN NASKAH PUBLIKASI KTI

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP
PENDERITA DIABETES MELITUS DI RS PKU MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA UNIT II

Disusun oleh

VITTA CHUSMEYWATI

20120320022

Telah disetujui dan diseminarkan pada tanggal: 24 Juni 2016

Dosen pembimbing

Dosen penguji

Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS., HNC Ema Waliyanti, S.Kep., Ns., MPH

NIK : 19850103201110173177

NIK : 201225

Mengetahui,

Ka. Prodi Ilmu Keperawatan FKIK
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



Sri Sumaryani, S.Kep., Ns., M. Kep., Sp. Mat., HNC

NIK: 19770313200104173046

Vitta Chusmeywati¹, Yanuar Primanda²

¹RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

²Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

vittamey@gmail.com

ABSTRACT

Background: Family support needed to provide physical and psychological comfort someone when experiencing pain. Family support was very important for the survival of patients with DM, so with good family support, the quality of life of people with diabetes will be good.

Objective: This study aimed to determine the relationship of family support for quality of life of patients with DM.

Methods: This research was a quantitative research with cross sectional design. The sampling technique used accidental sampling. The samples were 104 respondents who are family's patient with DM and patient with DM at RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. This research was conduct in 18th April - 24th May 2016 at RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Hypothesis analysis used chi-square 2x2.

Result: Most of the age patient DM average was adult middle, income < Rp. 750.000,00 and Rp. 750.000,00 - Rp. 1.452.400,00, suffered of DM since six years. Family's patient with DM most of the average age middle adult, had the child's relationship with DM patient, female. Family support in RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II most of good category was 42 respondents (80,8%). Most of quality of life bad category with 37 respondents (71,2%). There was a relationship between family support and quality of life of people with DM ($p = 0.046$). The power of relationship was weak (cramer's $v = 0,311$).

Conclusion: There was a relationship between family support for quality of life of patients with DM.

Suggestion: Family support related quality of life of patients with DM. Nurse should involve family's patient with DM into delivery of nursing. Future studies should examine the analysis of the most affect factors quality of life of patients with DM and did research in 1 class and VIP in a hospital.

Latar Belakang : Dukungan keluarga diperlukan untuk memberi kenyamanan fisik dan psikologis seseorang saat mengalami sakit. Dukungan keluarga sangat penting bagi kelangsungan hidup penderita DM, sehingga dengan

Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

dukungan keluarga yang baik maka kualitas hidup penderita DM akan baik

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM

Metode Penelitian : Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional design. Teknik sampling yang digunakan menggunakan accidental sampling. Sampel yang digunakan sebanyak 104 responden yang merupakan keluarga penderita DM dan Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Mei 2016 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Analisis hipotesis menggunakan uji chi-square 2x2.

Hasil Penelitian : Sebagian besar penderita DM berusia rata-rata dewasa tengah, berpendapatan < Rp. 750.000,00 dan Rp. 750.000,00 – Rp. 1.452.400,00, menderita DM rata-rata selama 6 tahun. Keluarga penderita DM sebagian besar rata-rata berusia dewasa tengah, memiliki hubungan anak dengan penderita DM, berjenis kelamin perempuan. Dukungan keluarga di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar dalam kategori baik yaitu sebanyak 42 responden (80,8%). Sebanyak 37 responden (71,2%) memiliki kualitas hidup buruk. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita DM ($p=0,046$) dengan kekuatan hubungannya lemah (cramer's $v = 0,311$).

Kesimpulan dan Saran : Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup penderita DM. Perawat seharusnya melibatkan keluarga penderita DM dalam pemberian asuhan keperawatan. Penelitian selanjutnya sebaiknya meneliti tentang analisis faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita DM dan melakukan penelitian di ruang kelas 1 dan VIP di suatu RS.

Keywords: Family Support, Quality of Life, Diabetes Mellitus.

Kata Kunci: Dukungan Keluarga, Kualitas Hidup, Diabetes Melitus.

PENDAHULUAN

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak mampu menggunakan insulin yang dihasilkan oleh pankreas (*World Health Organization* [WHO], 2011). DM termasuk dalam golongan penyakit kronik yang terjadi pada jutaan orang di dunia (*American Diabetes Association* [ADA], 2015).

Di dunia penderita DM pada tahun 2002 mencapai 171 juta orang dan akan terus meningkat hingga 366 juta orang di tahun 2030 (WHO, 2006). Di Indonesia penderita DM sangat banyak. Pada tahun 2013, Indonesia menduduki peringkat ke tujuh di tingkat dunia dengan jumlah penderita DM sebanyak 7,6 juta jiwa dan jumlah itu diperkirakan akan terus meningkat di setiap tahunnya sebanyak 6 persen (Rachmaningtyas, 2013).

DM merupakan penyakit kronis sehingga, membutuhkan perawatan medis dalam waktu yang lama untuk mencegah komplikasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [KemenkesRI], 2009). Komplikasi DM meliputi meningkatnya resiko penyakit jantung dan stroke, neuropati (kerusakan syaraf), retinopati diabetikum dan gagal ginjal (KemenkesRI, 2014). Berbagai komplikasi tersebut dapat berpengaruh

terhadap kualitas hidup penderita DM (Tamara, 2014).

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang nilai, konsep, budaya dimana mereka tinggal dan saling berhubungan untuk mencapai tujuan dan harapan hidup (WHO, 2004). Penelitian Isa & Baiyewu (2006), kualitas hidup penderita DM diukur dengan kuesioner WHO menunjukkan kualitas hidup rendah. Penelitian kualitas hidup tersebut dapat dibandingkan dengan kualitas hidup penyakit kronis lain seperti kanker. Kualitas hidup penyakit kanker telah diteliti oleh Pradanan dkk (2013), didapatkan hasil kualitas hidupnya baik. Berdasarkan dua penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup penderita DM cenderung lebih rendah daripada kualitas hidup penderita kanker

Menurut Isa & Baiyewu (2006), rendahnya kualitas hidup pasien DM dipengaruhi oleh berbagai komplikasi diabetes melitus seperti obesitas, hipertensi, dan perubahan fungsi seksual. Selain faktor komplikasi kualitas hidup penderita DM sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga dan merupakan faktor terpenting untuk mempertahankan kualitas hidup (Robinson, 2010).

Dukungan keluarga adalah bentuk bantuan yang diberikan salah satu anggota keluarga untuk memberi kenyamanan fisik dan psikologis pada saat seseorang mengalami sakit (Friedman, 2014). dimana kurangnya dukungan keluarga akan mempengaruhi kontrol gula darah dan manajemen DM sehingga kualitas hidup akan menurun. Dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga sangat penting dan berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita DM (Skarbec, 2006). Menurut Hensarling dalam Yusra (2011), ada 4 dimensi yang terkandung di dalam dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti saat ini di rawat inap dan rawat jalan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dengan mewawancarai 8 pasien DM dan keluarga bahwa dari pihak pasien mengatakan dukungan keluarga sangat penting karena tanpa dukungan keluarga ia tidak mampu merawat penyakitnya sendiri dan dari pihak keluarga mengatakan mereka selalu memberikan dukungan kepada pasien dan selalu menerima keadaan pasien dengan ikhlas. Hasil dari studi pendahuluan peneliti saat ini ingin mengetahui adakah hubungan dukungan keluarga dengan

kualitas hidup penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional design* yang menghubungkan dua variabel yaitu dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Teknik pengambilan sampling dengan *accidental sampling* untuk penderita DM dan keluarga. Sampel yang digunakan pada penelitian ini berjumlah 104 yang terdiri dari penderita DM yang menjalani rawat inap dan rawat jalan dan keluarga penderita DM. Penelitian ini dilaksanakan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dari bulan April 2016 sampai dengan bulan Mei 2016.

Variabel bebas pada penelitian ini adalah dukungan keluarga, sedangkan variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup. Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi-square* tabel 2x2. Kemaknaan hasil statistik menggunakan batas kemaknaan 0,05 sehingga bila $p < 0,05$ maka hasil perhitungan statistik bermakna/signifikan dan jika $p > 0,05$ maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna/tidak signifikan.

HASIL

1. Karakteristik Demografi Responden

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Keluarga

Penderita Diabetes Melitus Berdasarkan Usia di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-max
Usia	42,25	43,00	35	14,029	17-76

Sumber: (Data Primer, 2016)

Berdasarkan tabel 1 karakteristik keluarga menurut usia menunjukkan rata-rata usia responden 42,25, median (nilai tengah) 43,00, modus (nilai terbanyak) 35, standar deviasi 14,029 dan nilai minimal 17 dan maksimal 76.

Tabel 2. Gambaran Karakteristik Keluarga

Penderita Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Hubungan dengan Pasien		
	Suami	9	17,3
	Istri	14	26,9
	Anak	21	40,4
	Nenek	1	1,9
	Menantu	1	1,9
	Adik	4	7,7

Tabel 2. Lanjutan

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Presentase (%)
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	17	32,7
	Perempuan	35	67,3

Sumber: (Data Primer, 2016)

Berdasarkan tabel 2. karakteristik keluarga menurut hubungan dengan pasien terbanyak anak berjumlah 21 responden (40,4%) dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan berjumlah 35 responden (67,3%).

Tabel 3. Gambaran Karakteristik Penderita DM

Berdasarkan Usia dan Lama Menderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-max
Usia	54,06	56,00	60	6,986	31-60
Lama Menderita DM	5,76	4,50	5	5,581	0-20

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 3. menunjukkan bahwa usia penderita DM memiliki rata-rata 54,06 median (nilai tengah) 56,00, modus (nilai terbanyak) 60, standar deviasi 6,986 dan nilai minimal 31 dan maksimal 60. Lama menderita memiliki rata-rata 5,76, median (nilai tengah) 4,50, modus (nilai terbanyak) 5, standar deviasi 5,581 dan nilai minimal 0 dan maksimal 20.

Tabel 4. Gambaran Karakteristik Penderita DM di RS PKUMuhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Pendapatan		
	<750.000	15	28,8
	750.000-1.452.400	15	28,8
	1.452.400-2.000.000	14	26,9
	>2.000.000	8	15,4

Sumber: (Data Primer, 2016)

Berdasarkan tabel 4. menunjukkan bahwa karakteristik penderita DM sebagian besar berpendapatan sebesar Rp. < 750.000,00 dan Rp. 750.000,00-Rp. 1.452.400,00 berjumlah 15 responden (28,8%).

2. Gambaran Dukungan Keluarga

Tabel 5. Gambaran Dukungan Keluarga pada Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No.	Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Baik	42	80,8
2.	Buruk	10	19,2
3.	Total	52	100,0

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 5. menunjukkan data tentang dukungan keluarga pada penderita DM

didominasi oleh kategori baik berjumlah 42 responden (80,8%).

Tabel 6. Hubungan Karakteristik keluarga penderita DM dengan Dukungan Keluarga di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No.	Karakteristik Responden	p Value	Cramer's V
1.	Usia		
	Dewasa Awal (20-40 tahun)	0,725	0,076
	Dewasa Tengah (41-60 tahun)		
	Hubungan dengan Pasien		
2.	Pasangan	0,482	0,140
	Saudara		
3.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	1,000	0,028
	Perempuan		

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 6. menunjukkan hubungan karakteristik keluarga penderita DM dengan dukungan keluarga di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II didapatkan hasil bahwa, tidak ada hubungan signifikan antara semua karakteristik keluarga dengan dukungan keluarga.

3. Gambaran Kualitas Hidup

Tabel 7. Gambaran Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No	Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1.	Baik	15	28,8
2.	Buruk	37	71,2
3.	Total	52	100,0

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 7. menunjukkan data tentang kualitas hidup penderita DM didapatkan hasil bahwa, yang paling mendominasi yaitu buruk berjumlah 37 responden (71,2%).

Tabel 8. Hubungan Karakteristik Penderita DM dengan Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No.	Karakteristik Responden	p Value	Cramer's V
1.	Usia	1,000	0,025
	Dewasa Awal		
2.	Pendapatan	0,007	0,373
	Diatas UMR		
3.	Lama Menderita	0,014	0,340
	< 3 tahun		
	> 3 tahun		

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 8. menunjukkan hubungan karakteristik penderita DM dengan kualitas hidup penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II didapatkan hasil bahwa, ada hubungan signifikan antara pendapatan ($p=0,007$, $cramer's\ v= 0,373$) dan lama menderita DM ($p= 0,014$, $cramer's\ v= 0,340$), dengan kualitas hidup penderita DM. Variabel usia ($p= 1,000$, $cramer's\ v= 0,025$) tidak

berhubungan dengan kualitas hidup penderita DM.

4. Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Tabel 9. Hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=104)

Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup		Total	p	Cramer's V
	Baik	Buruk			
Baik	15 35,7 %	27 64,3 %	42 100,0 %	0,046	0,311
Buruk	0 0,0% %	10 100,0 %	10 100,0 %		

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 9. menunjukkan bahwa pada 42 penderita DM yang mendapat dukungan keluarga baik, 15 orang (35,7%) memiliki kualitas hidup baik dan 27 orang (64,3%) memiliki kualitas hidup buruk sementara itu, pada responden dengan dukungan keluarga buruk, semua 10 orang (100,00%) memiliki kualitas hidup buruk. Hasil analisis variabel independen (dukungan keluarga) dengan variabel dependen (kualitas hidup) menggunakan uji *chi-square* tabel

2x2 didapatkan hasil, nilai $p < 0,05$ (0,046) dengan melihat nilai *significance* nya pada *fisher exact test* karena ada 1 cell yang expected count kurang dari 5 sehingga terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Kekuatan hubungannya sebesar 0,311 termasuk dalam kategori lemah.

PEMBAHASAN

Karakteristik Keluarga Penderita DM

Pada hasil penelitian pada tabel 1 menunjukkan usia keluarga penderita DM rata-rata berusia 42 tahun termasuk usia dewasa tengah. Menurut Potter & Perry (2005), usia dibagi menjadi 3 yaitu dewasa awal (20-40), dewasa tengah (41-60) dan lanjut usia >60 . Karakteristik usia pada penelitian ini yaitu Willie dan Schie (1999) dalam Papaila (2008) usia dewasa tengah mengalami peningkatan pada kemampuan kognitif penalaran induksi, kosakata, dan memori verbal. Usia dewasa tengah juga dapat meningkatkan kemampuan pemecahan masalah dan kemampuan integratif seseorang. Penelitian ini sudah sejalan dengan penelitian mengenai dukungan keluarga pada pasien DM di RS rawat inap Baptis Kediri yang dilakukan oleh Susanti & Sulistyarini (2013) menyatakan bahwa, usia merupakan faktor

penentu tahap perkembangan seseorang sehingga rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda. Friedman (2014), juga menyatakan bahwa usia merupakan faktor utama yang mempengaruhi struktur peran dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga, sehingga kedewasaan usia seseorang maka dukungan keluarga yang diberikan akan semakin baik.

Dilihat berdasarkan hubungan dengan pasien pada tabel 2 menunjukkan bahwa responden yang paling banyak hubungan dengan pasien yaitu anak berjumlah 21 responden (40,4%). Menurut teori yang disampaikan Friedman (2014), Pemberi asuhan keperawatan bervariasi sesuai dengan posisi atau hubungan dengan penerima asuhan seperti pasangan hidup, orang tua, anak, saudara kandung, teman dan ibu adalah pemberi asuhan primer bagi anak yang mengalami sakit kronis, sedangkan pasangan atau anak usia dewasa adalah pemberi pemberi asuhan pada lansia.

Tabel 2 ditinjau berdasarkan jenis kelamin menunjukkan responden paling banyak berjenis kelamin perempuan berjumlah 35 responden (67,3%). Perempuan memainkan peran penting sebagai pemberi asuhan primer tidak hanya

untuk lansia yang lemah, tetapi juga untuk semua anggota keluarga yang masih bergantung karena keterbatasan fisik akibat suatu penyakit (Friedman, 2014). Selain itu, perempuan lebih banyak daripada laki-laki karena jumlah perempuan di DI Yogyakarta lebih banyak daripada jumlah laki-laki (KemenkesRI, 2012).

Karakteristik Penderita DM

Hasil penelitian pada tabel 3 menunjukkan usia penderita DM rata-rata berusia 54,06 tahun termasuk usia dewasa tengah, dimana rentang usia dewasa tengah 41-60 tahun (Potter & Parry, 2005). Penelitian ini sudah sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jelantik & Haryati (2014) menunjukkan hasil bahwa usia penderita DM sebagian besar ≥ 40 tahun. IDF (2013) menyatakan bahwa jumlah penderita DM di Indonesia mayoritas berusia antara 40-59 tahun. Seiring bertambahnya usia seseorang akan terjadi perubahan fisik, psikologi maupun intelektual. Perubahan tersebut akan mempengaruhi kerentanan seseorang pada berbagai penyakit dan dapat menimbulkan kegagalan dalam mempertahankan homeostatis tubuh terhadap stress. DM merupakan suatu penyakit yang dapat muncul seiring bertambahnya usia (Yusra, 2011).

Karakteristik penderita DM ditinjau berdasarkan lama menderita ada tabel 3

menunjukkan bahwa rata-rata menderita DM selama 5,76 (6 tahun). Menurut Meloh, Pandelaki, dan Sugeng (2015), lama menderita DM menjadi hal penting yang dapat mempengaruhi patofisiologi terjadinya gangguan kognitif pada penderita DM. Durasi lama menderita DM juga mempengaruhi seseorang dalam kemampuan efikasi dirinya atau perawatan diri. Lama DM >11 tahun akan mempunyai efikas diri yang baik daripada < 11 tahun (Wu et al (2006) dalam Yusra (2011)).

Ditinjau berdasarkan pendapatan pada tabel 4 menunjukkan responden paling banyak berpendapatan perbulan sebesar Rp.> 750.000,00 dan Rp. 750.000,00 - Rp. 1.452.400,00 berjumlah 15 responden (28,8%). Hasil penelitian ini responden memiliki golongan pendapatan menengah ke bawah karena walaupun sebagian sudah mencapai UMR DI Yogyakarta tetapi masih ada responden yang berpenghasilan dibawah UMR bahkan tidak bekerja (tidak memiliki penghasilan). Hal ini sejalan dengan penelitian yang Gautam *et al* dalam Yusra (2011), Penghasil yang rendah akan mempengaruhi kondisi DM yang sudah ada karena keterbatasan financial untuk mengakses pelayanan kesehatan dalam mengelola penyakitnya sehingga pendapatan yang rendah

akan mengakibatkan kualitas hidup penderita DM akan rendah.

Dukungan Keluarga

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan dukungan keluarga pada penderita DM didominasi oleh kategori baik berjumlah 42 responden (79,2%). Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk bantuan yang diberikan salah satu anggota keluarga untuk memberi kenyamanan fisik dan psikologis pada saat seseorang mengalami sakit (Friedman, 2014). Dukungan keluarga yang dapat diberikan keluarga kepada penderita DM dalam bentuk dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasi. Dukungan emosional berupa rasa perhatian atau empati, dukungan penghargaan yaitu apresiasi positif terhadap anggota keluarga sehingga anggota keluarga merasa dihargai, dukungan instrumental yaitu dukungan yang diberikan berupa peralatan atau benda nyata seperti memberikan uang untuk pengobatan anggota keluarga yang sakit, dan dukungan informasi yaitu dukungan yang diberikan berupa nasihat atau saran untuk anggota keluarga, misalnya memberikan saran kepada anggota keluarga untuk berobat secara rutin (Friedman, 2014 & Hensarling dalam Yusra, 2011).

Hasil penelitian ini dukungan keluarga tinggi. Dukungan keluarga tidak dipengaruhi oleh faktor usia, hubungan dengan pasien dan jenis kelamin karena pada hasil analisis semua faktor tersebut tidak berhubungan dengan dukungan keluarga. Menurut Retnowati (2012), dukungan keluarga tinggi dapat dipengaruhi oleh faktor bentuk keluarga. Bentuk keluarga kecil lebih sedikit memberikan dukungan keluarga karena anggota keluarga yang sedikit serta kesibukan masing-masing anggota keluarga sehingga dukungan keluarga yang diberikan akan rendah, sebaliknya bentuk keluarga besar terdiri dari banyak anggota keluarga sehingga dapat memberikan dukungan keluarga lebih tinggi. Praktik di keluarga juga mempengaruhi dukungan keluarga karena keluarga yang memberikan dukungan positif maka dukungan keluarganya akan tinggi, tetapi jika keluarga memberikan dukungan negative maka dukungan keluarganya akan rendah (Amelia, Nurchayati & Elita, 2014). Dukungan keluarga juga dapat dipengaruhi oleh latar belakang budaya. Menurut Winkelman (2009), latar belakang budaya menentukan tingkat perilaku kesehatan dan nilai-nilai kesehatan keluarga, sehingga dengan adanya suku dukungan keluarga akan meningkat. Selain itu kesejahteraan spiritual juga mempengaruhi

dukungan keluarga. Pada penelitian Amelia, Nurchayati, Elita (2014), menyatakan bahwa kesejahteraan spiritual dapat meningkatkan kemampuan keluarga atau individu untuk mengatasi stress dalam menghadapi penyakit sehingga dukungan keluarga yang diberikan akan tinggi.

Dukungan keluarga yang tinggi akan memberikan kenyamanan dan ketenangan pada penderita DM (Suardana, Rasdini, & Kusmarjathi, 2015). Pernyataan tersebut sejalan dengan Friedman (2014) berpendapat bahwa, dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas sehingga lebih mudah sembuh dari sakit.

Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 7 menunjukkan bahwa, responden yang paling banyak yaitu kualitas hidup buruk berjumlah 37 responden (71,2%). Pada penelitian ini kualitas hidup buruk. Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang nilai dan konsep di dalam hubungannya untuk mencapai harapan hidupnya (WHO, 2004).

Kualitas hidup pada penelitian ini dipengaruhi oleh faktor pendapatan dan lama menderita. Ditinjau berdasarkan pendapatan penderita DM pada tabel 8 menunjukkan bahwa, pendapatan pada penderita DM terbanyak

dibawah UMR berjumlah 30 responden dan kualitas hidup terbanyak yaitu buruk pada penderita dengan pendapatannya diatas UMR sebanyak 20 responden (90,9%). Hasil analisis antara pendapatan penderita DM dengan kualitas hidup penderita DM menunjukkan terdapat hubungan antara keduanya dengan nilai $p < 0,05$ (0,007) dan kekuatan hubungannya sebesar 0,373. Hasil penelitian ini sejalan dengan (Isa & Baiyewu, 2006). Pendapatan seseorang akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup karena pendapatan yang rendah akan menghambat pengobatan DM sehingga kualitas hidup akan rendah, sedangkan pendapatan yang lebih tinggi akan mempermudah penderita DM mengakses informasi dan mendapatkan perawatan kesehatannya sehingga kualitas hidup akan meningkat (Kiadarini, Najafi & Sani, 2013).

Dilihat pada tabel 8 berdasarkan lama menderita DM menunjukkan bahwa lama menderita DM pada penderita DM terbanyak >3 tahun dengan jumlah 34 responden dan terbanyak memiliki kualitas hidup buruk berjumlah 28 responden (82,4%). Pada lama menderita DM dengan kualitas hidup penderita DM terdapat hubungan signifikan dengan nilai $p < 0,05$ (0,014) dan kekuatan hubungannya sebesar 0,340. Kualitas hidup rendah juga dapat

dipengaruhi pada durasi DM yang panjang atau lama menderita DM yang pada penelitian ini sebagian besar penderita DM telah menderita DM selama > 3 tahun. Lama menderita DM >1 tahun dapat menimbulkan gangguan fisik seperti penurunan penglihatan, hipertensi dan masalah jantung (Tamara, 2014). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Ningtyas (2013), Lama menderita DM berhubungan dengan kualitas hidup penderita DM. Penderita DM >10 tahun memiliki risiko 4 kali lebih besar memiliki kualitas hidup yang lebih rendah (tidak puas) daripada yang menderita <10 tahun.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup antara lain agama dan status pernikahan. Agama diyakini penderita DM sebagai kunci dalam menjalani kehidupan karena Tuhan lebih kuat dan yang mengatur segalanya (Rohmah, Bakar & Wahyuni, 2012). Penderita DM selain melakukan rutin perawatan dirinya diimbangi dengan rajin beribadah dan mendekatkan diri kepada Tuhan, sehingga kualitas hidupnya akan meningkat (Susanti & Sulistyarni, 2013). Status pernikahan juga dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita DM. Menurut Ningtyas (2013), penderita DM yang berstatus janda/duda mempunyai risiko 12,4 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup rendah

daripada penderita DM yang berstatus menikah atau memiliki pasangan. Janda atau duda yang telah ditinggal pasangannya akan mengalami kesedihan dan stress yang mendalam sehingga dapat mempengaruhi motivasi penderita untuk melakukan pengobatannya (Casado et al dalam Joshi (2003) dalam Nurkhalim, 2012). Sebaliknya, pada penderita DM yang mempunyai pasangan pasangan suami/istri akan memberikan motivasi dan fasilitas serta menerapkan pola hidup sehat sehingga kualitas hidupnya akan meningkat (Narkauskaite *et al*, 2013).

Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Unit II

Pada tabel 9 yang menunjukkan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita DM didapatkan hasil bahwa 42 penderita DM yang mendapat dukungan keluarga baik, 15 orang (35,7%) memiliki kualitas hidup baik dan 27 orang (64,3%) memiliki kualitas hidup buruk sementara itu pada responden dengan dukungan keluarga buruk, semua 10 orang (100,00%) memiliki kualitas hidup buruk.

Hasil uji analisis *chi-square* antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita DM

didapatkan hasil bahwa, $p < 0,05$ (0,046) sehingga terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan kekuatan hubungannya sebesar 0,311 termasuk dalam kategori lemah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Retnowati dan Setyabakti (2015) di Puskesmas Tanah Kalikedinding pada tahun 2014 menyatakan bahwa dukungan keluarga berhubungan signifikan dengan kualitas hidup penderita DM di Puskesmas Tanah Kalikedinding dengan hasil nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), selain itu juga didapatkan kekuatan hubungan kategori kuat sebesar *cramer's v* = 0,580. Cramer's *v* digunakan untuk mengetahui kekuatan hubungan antara dua variabel. Dimana dukungan keluarga baik kualitas hidupnya baik. Dukungan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup dengan meregulasi proses psikologi seseorang dan memfasilitasi perilaku seseorang.

Pada penelitian Tamara (2014) yang dilakukan di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau juga menyatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau dengan hasil nilai $p = 0,030$ ($p < 0,05$). Dukungan keluarga yang biasanya diterima dari keluarga

berupa dorongan untuk mengontrol kesehatannya ke RS dan memotivasi untuk mendukung usaha penderita DM dalam perawatan penyakitnya sehingga dukungan keluarga ini dapat meningkatkan kualitas hidup penderita DM.

Pada penelitian Yusra (2011), juga menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita DM dengan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Dukungan keluarga yang tinggi maka kualitas hidupnya akan tinggi karena peningkatan satu domain dukungan keluarga akan meningkatkan kualitas hidupnya sebesar 35%.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Penderita DM pada penelitian ini memiliki rata-rata usia 54 tahun yaitu termasuk usia dewasa tengah (41-60 tahun), rata-rata telah mengalami DM selama 6 tahun, seluruhnya beragama Islam, terbanyak berjenis kelamin perempuan, terbanyak berpendidikan SMA dan SD, terbanyak bekerja sebagai wiraswasta, terbanyak berpendapatan per

bulan < Rp. 750.000,00 dan Rp. 750.000,00 - Rp. 1.452.400,00, dan terbanyak memiliki komplikasi hipertensi.

2. Keluarga penderita DM pada penelitian ini memiliki rata-rata usia 42 tahun termasuk usia dewasa tengah (41-60 tahun), terbanyak memiliki hubungan anak dengan penderita DM, seluruhnya beragama Islam, terbanyak berjenis kelamin perempuan, terbanyak berpendidikan SMA, terbanyak bekerja sebagai IRT dan wiraswasta, terbanyak berpendapatan perbulan < Rp.750.000,00, terbanyak memiliki keyakinan bahwa penyakit DM yang diderita keluarga merupakan ketentuan dari Tuhan, terbanyak memiliki perasaan sedih saat menghadapi penyakit DM yang diderita keluarga, terbanyak bertindak membawa ke puskesmas/RS saat ada anggota keluarga yang sakit, dan seluruhnya bersuku Jawa.
 3. Dukungan keluarga pada penderita DM sebagian besar termasuk kategori baik
 4. Kualitas hidup penderita DM sebagian besar termasuk kategori buruk
 5. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- Unit II

SARAN

1. Bagi Ilmu Keperawatan

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

2. Bagi Petugas Kesehatan

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

3. Bagi Keluarga Penderita DM

Keluarga disarankan lebih meningkatkan pemberian dukungan keluarga terhadap penderita DM baik dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental maupun dukungan informasi sehingga penderita DM akan lebih

aman, nyaman, dan terhindar dari stress dalam menghadapi penyakitnya.

4. Bagi Penderita DM

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

5. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan untuk meneliti tentang analisis faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita DM dan meneliti di ruang kelas 1 dan VIP pada suatu Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, M., Nurchayati, S., Elita, V. (2014). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keluarga untuk Memberikan Dukungan Kepada Klien Diabetes Melitus dalam Menjalani Diet. *JOM PSIK*, 1 (2), 1-10.
- American Diabetes Association. (2015). *Diabetes Care*. Diakses 3 Juli 2015, dari http://professional.diabetes.org/admin/userfiles/0%20-%20sean/documents/january%20supplement%20combined_final.pdf
- Friedman, L. M. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori & Praktik*. (5th ed.) Jakarta: EGC.
- IDF. (2013). *IDF Diabetes Atlas*. (6th ed). Diakses pada 8 Juni 2016, dari http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf
- Isa B. M, & Baiyewu, O. (2006). Quality of life patient with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hongkong Journal Psychiatry*, 16: 27-33.
- Jelantik, I. M. G. & Haryati, E. (2014). *Hubungan faktor umur, jenis kelamin, kegemukan dan hipertensi dengan kejadian DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Mataram*. Diakses pada 8 Juni 2016, dari <http://www.lpsdimataram.com/phocadownload/Februari-2014/7-hubungan%20faktor%20risiko%20umur%20jenis%20kelamin%20kegemukan-jelantik%20%20haryati.pdf>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Tahun 2030 Prevalensi Prevalensi Diabetes Melitus di Indonesia Mencapai 21,3 orang*. Diakses 30 Mei 2015, dari <http://www.depkes.go.id/article/view/414/tahun-2030-prevalensi->

[diabetes-melitus-di-indonesia-mencapai-213-juta-orang.html](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/14_Profil_Kes.Prov.DIYogyakarta_2012.pdf)

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

(2012). *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2012*. Diakses pada 8 Juni 2016, dari http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/14_Profil_Kes.Prov.DIYogyakarta_2012.pdf

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

(2014). *Situasi dan Analisis Diabetes*. Diakses 5 November 2015, dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf>

Kiadarini, A.A., Nafaji, B., Sani, M.M., (2013).

Quality of Live in People with Diabetes: a systemaic review of student in Iran. Diakses pada 17 Juni 2016, dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3937210/>

Meloh, M.L., Pandelaki, K., Sugeng, C. (2015).

Hubungan Kadar Darah Tidak Terkontrol dan Lama Menderita Diabetes Melitus, dengan Fungsi Kongnitif pada Subyek Diabetes

Melitus Tipe 2. *Jurnal e-clinic*, 3 (1), 321-327.

Narkauskaite, L., Mikaikiukstiene, Al., Zagminas,

K., Salyga, J. & Stukas, R. (2013).

Quality of life in relation to social and disease factors in patients with type 2 diabetes in Lithuania. *Medical Science Monitor*, 19, pp. 165-174.

Ningtyas, D.W. (2013). *Analisis Kualitas Hidup*

Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. Diakses 8

Juni 2016, dari

<http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/59225/Dwi%20Wahyu%20Ningtyas.pdf?sequence>

Nurkhalim, R. f. (2012). *Kualitas Hidup Lansia*

di Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Jawa Timur.

Papalia, D.E, Selly W. Old dan Ruth D.

Feldman. (2008). *Human Developoment (Psikologi Perkembangan)*. (9th ed.) Jakarta : Kencana Prenada Media Group.

Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental*

Keperawatan (4th ed.) Jakarta: EGC.

- Pradana. (2013). *Hubungan Kualitas Hidup dengan Kebutuhan Perawatan Paliatif Pada Pasien Kanker di RSUP Sanglah Denpasar*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Udayana, Denpasar.
- Rachmaningtyas, A. (2013, September). Jumlah penderita diabetes di Indonesia masuk 7 dunia. *Sindonews*.
- Retnowati A. (2012). Hubungan antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Perilaku Makan pada Penderita Diabetes Melitus di Kelurahan Prawirodirjan Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Aisyiyah Yogyakarta, Yogyakarta.
- Robinson, V.M. (2010). *The Relative Roles of Family and Peer Support in Metabolic Control and Quality of Life for Adolescents with Type 1 Diabetes*. The University of Edinburgh. Diperoleh 29 Mei 2015, dari <http://www.Mendeley.com/research>
- Rohmah, D.H., Bakar, A. Wahyuni, E.D. (2012). Mekanisme Koping Pada Penderita Diabetes Melitus di Poly Penyakit Dalam RSUD DR. Soegiri Lamongan. Karya Tulis Ilmiah Strata Satu. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Skarbek, E.A. (2006) *Psychosocial predictors of self care behavior in type 2 diabetes melitus patient: Analysis of social support, self-efficacy and depression*. Karya Tulis Ilmiah strata tiga, Texas Tech University.
- Susanti, M.L., Sulistyarini, T. (2013). Dukungan Keluarga Meningkatkan Pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap RS. Baptis Kediri. *Jurnal STIKES*, 6 (1).
- Tamara, E., Byhakki, Nauli, A, F. (2014). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Arifin Ahmad Profinsi Riau. *JOM PSIK*, 1 (2). 1-7.
- WHO. (2004). *Introduction the WHOQOL Instrument*. Diakses 3 Juli 2015, dari http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf
- WHO. (2004). *Introduction the WHOQOL Instrument*. Diakses 3 Juli 2015, dari

http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf

WHO. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglykemia.*

Diakses 3 Juli 2015, dari

<http://www.who.int/blindness/Prevention%20of%20Blindness%20from%20Diabetes%20Mellitus-with-cover-small.pdf?ua=1>

WHO. (2011). *Diabetes.* Diakses 6 Mei 2015, dari

[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/.](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/)

Winkelman, M. (2009). *Culture and health: Applying medical anthropology.* San Fransisco:

Jhon Wiley and Sons. Diakses pada

16 Juni 2016, dari

[www.books.google.co.id.](http://www.books.google.co.id)

Yusra, A. (2011). *Hubungan antara Dukungan*

Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien

Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklini

Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum

Pusat Fatmawati Jakarta. Karya Tulis

Ilmiah strata dua, Universitas

Indonesia, Jakarta.