

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, yang berlokasi di Gamping, Kabupaten Sleman, DIY. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II merupakan pengembangan dari RS Muhammadiyah Yogyakarta Unit I yang berlokasi di Jalan KH.Ahmad Dahlan dan mulai beroperasi pada tanggal 15 Februari 2009.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki visi dan misi. visinya yaitu menjadi rumah sakit Islam rujukan dengan kualitas pelayanan dan pendidikan kesehatan yang Islami, aman, profesional, cepat, nyaman, dan bermutu, sedangkan misinya sebagai berikut :

- a. Mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi semua lapisan masyarakat melalui pendekatan, pemeliharaan, pencegahan, pengobatan, pemulihan kesehatan secara menyeluruh sesuai dengan perundang-undangan.
- b. Mewujudkan peningkatan mutu bagi tenaga kesehatan melalui sarana pelatihan dan pendidikan yang diselenggarakan secara profesional dan sesuai tuntunan Islam.
- c. Mewujudkan dakwah Islam, *amar maruf nahi munkar* melalui pelayanan kesehatan dengan senantiasa menjaga tali silaturahmi sebagai bagian dakwah Muhammadiyah.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II menyediakan berbagai macam pelayanan seperti pelayanan rawat jalan atau poliklinik yang terdiri dari 10 macam yaitu poliklinik kulit, mata, THT, penyakit dalam, gigi, obsgyn, anak, bedah tulang, bedah umum dan saraf. Pelayanan rawat inap terdiri dari berbagai macam kelas yang dapat dipilih oleh pasien sesuai dengan kebutuhan dan biaya yang dimiliki oleh pasien. Adapun kelas rawat inap yang dapat dipilih oleh pasien yaitu ruang perawatan kelas VIP, ruang perawatan kelas I, ruang perawatan kelas II dan ruang perawatan kelas III. Fasilitas yang didapatkan pasien akan berbeda sesuai dengan kelas perawatan yang dipilih namun akan mendapatkan pelayanan yang sama.

Pada penelitian ini, peneliti melakukan penelitian pada ruang rawat jalan atau poliklinik dan ruang rawat inap. Poliklinik yang dilakukan oleh peneliti untuk penelitian yaitu poliklinik penyakit dalam karena banyak penderita DM yang melakukan kontrol gula darah, sedangkan untuk ruang rawat inap peneliti melakukan penelitian di semua bangsal di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II kecuali ruang rawat inap kelas VIP dan kelas I.

Pada saat dilakukannya penelitian, peneliti juga melihat sebagian besar pasien datang dan ditunggu oleh pihak keluarga saat berobat maupun perawatan. Pihak keluarga selalu mendampingi pasien saat pasien melakukan pemeriksaan di poliklinik dan menunggu dengan sabar

saat pasien menjalani perawatan di rawat inap serta menyediakan kebutuhan untuk pasien.

## 2. Karakteristik Demografi Responden

**Tabel 2.** Gambaran Karakteristik Keluarga Penderita Diabetes Melitus Berdasarkan Usia di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

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

Sumber: (Data Primer, 2016)

Berdasarkan tabel 2 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 3.** Gambaran Karakteristik Keluarga Penderita Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No.	Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Presentase (%)
<b>1.</b>	<b>Hubungan dengan pasien</b>		
	Suami	9	17,3
	Istri	14	26,9
	Anak	21	40,4
	Nenek	1	1,9
	Menantu	1	1,9
	Adik	4	7,7
	Cucu	2	3,8
<b>2.</b>	<b>Agama</b>		
	Islam	52	100,0
<b>3.</b>	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	17	32,7
	Perempuan	35	67,3
<b>4.</b>	<b>Pendidikan</b>		
	Perguruan Tinggi	11	21,2

Tabel 3. Lanjutan

No.	Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Presentase (%)
	SMA	29	55,8
	SD	7	13,5
	SMP	3	5,8
	Tidak Sekolah	2	3,8
<b>5.</b>	<b>Pekerjaan</b>		
	Buruh	9	17,3
	IRT	13	25,0
	Karyawan Swasta	4	7,7
	Pensiunan	5	9,6
	PNS	3	5,8
	Tidak Bekerja	5	9,6
	Wiraswasta	13	25,0
<b>6.</b>	<b>Pendapatan</b>		
	< 750.000	19	36,5
	750.000-1.452.400	11	21,2
	1.452.400-2.000.000	12	23,1
	> 2.000.000	10	19,2
<b>7.</b>	<b>Keyakinan terhadap Penyakit</b>		
	Hukuman dari Tuhan karena banyak dosa	1	1,9
	Pola hidup tidak sehat	2	3,8
	Sebagai penggugur dosa	2	3,8
	Sudah ketentuan dari Tuhan	29	55,8
	Ujian dari Tuhan untuk mengangkat derajat	18	34,6
<b>8.</b>	<b>Perasaan saat menghadapi penyakit DM keluarga</b>		
	Ikhlas	3	5,8
	Sedih	49	94,2
<b>9.</b>	<b>Tindakan yang dilakukan saat anggota keluarga DM sakit</b>		
	Membeli obat di apotek	7	13,5
	Pergi ke puskesmas/RS	45	86,5
<b>10.</b>	<b>Suku</b>		
	Jawa	52	100,0

Sumber: (Data Primer, 2016)

Berdasarkan tabel 3. menunjukkan karakteristik keluarga menurut hubungan dengan pasien terbanyak anak berjumlah 21 responden (40,4%), sebagian besar beragama Islam berjumlah 52 responden

(100,0%), sebagian besar berjenis kelamin perempuan berjumlah 35 responden (67,3%), sebagian besar berpendidikan SMA berjumlah 29 responden (55,8%), sebagian besar bekerja sebagai sebagai IRT (Ibu Rumah Tangga) dan wiraswasta berjumlah masing-masing 13 responden (25,0%), sebagian besar berpendapatan perbulan sebesar <Rp. 750.000,00 berjumlah 19 responden (36,5%), sebagian besar mempunyai keyakinan terhadap penyakit itu merupakan ketentuan Tuhan berjumlah 29 responden (55,8%), sebagian besar mempunyai perasaan sedih jumlah 49 responden (94,2%), sebagian besar bertindak untuk pergi ke puskesmas/RS saat ada anggota keluarga yang sakit berjumlah 45 (86,5%), dan sebagian besar bersuku jawa berjumlah 52 responden (100,0%).

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

No.	Karakteristi Responden	Frekuensi (f)	Presentase (%)
<b>1.</b>	<b>Agama</b>		
	Islam	52	100,0
<b>2.</b>	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	23	44,2
	Perempuan	29	55,8
<b>3.</b>	<b>Pendidikan</b>		
	Perguruan Tinggi	7	13,2
	SMA	15	28,8
	SMP	11	21,2
	SD	15	28,8
	Tidak Sekolah	4	7,7
<b>4.</b>	<b>Pekerjaan</b>		
	Buruh	8	15,4
	IRT	13	25,0
	Karyawan Swasta	4	7,7
	Pensiunan	6	11,5
	PNS	3	5,8
	Tidak Bekerja	2	3,8
	Wiraswasta	16	30,8
<b>5.</b>	<b>Pendapatan</b>		
	<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
<b>6.</b>	<b>Komplikasi</b>		
	Asam lambung & bronkitis	1	1,9
	Hipertensi	10	19,2
	Jantung	7	13,2
	Kolesterol & asam urat	2	3,8
	Sinusitis & peradangan	1	1,9
	Strok	1	1,9
	Luka	1	1,9
	Paru-paru	1	1,9
	Pendengaran berkurang	1	1,9
	Penglihatan berkurang	1	1,9
	Tulang	1	1,9
	Tidak	25	48,1

Sumber: (Data Primer, 2016)

Berdasarkan tabel 5. menunjukkan bahwa karakteristik penderita DM sebagian besar beragama Islam berjumlah 52 responden (100,0%), sebagian besar berjenis kelamin perempuan berjumlah 29 responden

(55,8%), sebagian besar berpendidikan SMA dan SD yang masing-masing berjumlah 15 responden (28,8%), sebagian besar bekerja sebagai wiraswasta berjumlah 16 responden (30,8%), sebagian besar berpendapatan sebesar Rp. < 750.000,000 dan Rp. 750.000,00-Rp. 1.452.400,00 berjumlah 15 responden (28,8%), dan sebagian besar mengalami komplikasi hipertensi berjumlah 10 responden (19,2%).

### 3. Gambaran Dukungan Keluarga

**Tabel 6.** 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 6. menunjukkan data tentang dukungan keluarga pada penderita DM didominasi oleh kategori baik berjumlah 42 responden (80,8%).

**Tabel 7.** Hubungan Karakteristik keluarga penderita DM dengan Dukungan Keluarga di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No.	Karakteristik Keluarga	Dukungan Keluarga						p Value	Cramer's V
		Baik		Buruk		Total			
		n	%	n	%	N	%		
1.	Usia Dewasa Awal (20-40 tahun)	17	77,3	5	22,7	22	100,0	0,725	0,076
	Usia Dewasa Tengah (41-60 tahun)	25	83,3	5	16,7	30	100,0		

Tabel 7. Lanjutan

No.	Karakteris- tik Keluarga	Dukungan Keluarga						p Value	Cramer 's V
		Baik		Buruk		Total			
		n	%	n	%	N	%		
<b>2.</b>	<b>Hubungan dengan pasien</b>								
	Pasangan	20	87,0	3	13,0	23	100,0	0,482	0,140
	Saudara	22	75,9	7	24,1	29	100,0		
<b>3.</b>	<b>Agama</b>							<i>a</i>	<i>a</i>
	Islam	42	80,8	10	19,2	52	100,0		
<b>4.</b>	<b>Jenis Kelamin</b>								
	Laki-laki	14	82,4	3	17,6	17	100,0	1,000	0,028
	Perempuan	28	80,0	7	20,0	35	100,0		
<b>5.</b>	<b>Pendidik- an</b>								
	Sekolah	40	80,0	10	20,0	50	100,0	1,000	0,098
	Tidak Sekolah	2	100, 0	0	0,0	2	100,0		
<b>6.</b>	<b>Pekerjaan</b>								
	Bekerja	37	78,7	10	21,3	47	100,0	0,569	0,159
	Tidak Bekerja	5	100, 0	0	0,0	5	100,0		
<b>7.</b>	<b>Pendapat- an</b>								
	Diatas UMR	18	81,8	4	18,2	22	100,0	1,000	0,023
	Dibawah UMR	24	80,0	6	20,0	30	100,0		
<b>8.</b>	<b>Keyakinan terhadap Penyakit</b>								
	Dari Tuhan	41	82,0	9	18,0	50	100,0	0,351	0,156
	Dari Manusia	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
<b>9.</b>	<b>Perasaan saat meng- hadapi penyakit DM keluarga</b>								
	Ikhlas	2	66,7	1	33,3	3	100,0	0,481	0,089
	Sedih	40	81,6	9	18,4	49	100,0		

Tabel 7. Lanjutan

No.	Karakteris- tik Keluarga	Dukungan Keluarga						p Value	Cramer 's V
		Baik		Buruk		Total			
		n	%	n	%	N	%		
<b>10.</b>	<b>Tindakan yang dilakukan saat anggota keluarga DM sakit</b>								
	Membeli obat di apotek	6	85,7	1	14,3	7	100,0	1,000	0,049
	Pergi ke puskesmas/RS	36	80,0	9	20,0	45	100,0		
<b>11.</b>	<b>Suku</b>								
	Jawa	42	80,8	10	19,2	52	100,0	<i>a</i>	<i>a</i>

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 7. 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 dan agama dan suku yang tidak dapat dianalisis hubungannya dengan dukungan keluarga karena tidak ada variasi dalam pengkatagorian.

#### 4. Gambaran Kualitas Hidup

**Tabel 8.** 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 8. menunjukkan data tentang kualitas hidup penderita DM didapatkan hasil bahwa, yang paling mendominasi yaitu buruk berjumlah 37 responden (71,2%).

**Tabel 9.** Hubungan Karakteristik Penderita DM dengan Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=52)

No.	Karakteristik Penderita DM	Kualitas Hidup				P Value	Cramer's V		
		Baik		Buruk				Total	
		n	%	n	%	N	%		
1.	<b>Usia</b>								
	Dewasa Awal	1	33,3	2	66,7	3	100,0	1,000	0,025
	Dewasa Tengah	14	28,6	35	71,4	49	100,0		
2.	<b>Agama</b>							<i>a</i>	<i>a</i>
	Islam	15	28,8%	37	71,2	52	100,0		
3.	<b>Jenis Kelamin</b>								
	Laki-laki	8	34,8	15	65,2	23	100,0	0,400	0,117
	Perempuan	7	24,1	22	75,9	29	100,0		
4.	<b>Pendidikan</b>								
	Sekolah	15	31,3	33	68,8	48	100,0	0,311	0,187
	Tidak Sekolah	0	0,0	4	100,0	4	100,0		
					0				
5.	<b>Pekerjaan</b>								
	Bekerja	15	30,0	35	70,0	50	100,0	1,000	0,127
	Tidak Bekerja	0	0,0	2	100,0	2	100,0		
					0				
6.	<b>Pendapatan</b>								
	Diatas UMR	2	9,1	20	50,0	22	90,9	0,007	0,373
	Dibawah UMR	13	43,3	17	56,7	30	100,0		
7.	<b>Lama Menderita</b>								
	< 3 tahun	9	50,0	9	50,0	18	100,0	0,014	0,340
	> 3 tahun	6	17,6	28	82,4	34	100,0		

Tabel 9. Lanjutan

No.	Karakteristik Penderita DM	Kualitas Hidup						P Value	Cramer's V
		Baik		Buruk		Total			
		n	%	n	%	N	%		
8.	<b>Komplikasi</b>								
	Iya	6	22,2	21	77,8	27	100,0	0,273	0,152
	Tidak	9	36,0	16	64,0	25	100,0		

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 9. 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 ( $p=1,000$ ,  $cramer's\ v = 0,025$ ), jenis kelamin ( $p=0,540$ ,  $cramer's\ v = 0,117$ ), pendidikan ( $p=0,311$ ,  $cramer's\ v = 0,187$ ) dan pekerjaan ( $p=1,000$ ,  $cramer's\ v = 0,127$ ), komplikasi ( $p=0,362$ ,  $cramer's\ v = 0,157$ ) tidak berhubungan dengan kualitas hidup penderita DM. Agama tidak dapat dianalisis hubungannya dengan kualitas hidup penderita DM karena seluruh responden beragama Islam sehingga tidak terdapat variasi dalam pengcodingannya.

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

Analisis bivariat yang digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah uji *chi-square* tabel 2x2, nilai  $p < 0,05$  menunjukkan terdapat hubungan antar variabel.

**Tabel 10.** Hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=104)

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

Sumber: (Data Primer, 2016)

Tabel 10. 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.

## B. Pembahasan

### 1. Karakteristik Keluarga Penderita DM

Pada hasil penelitian pada tabel 2 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 3 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.

Pada tabel 3 karakteristik keluarga berdasarkan agama menunjukkan bahwa penelitian ini seluruh responden beragama Islam berjumlah 52 responden (100,0%). Menurut teori Friedman (2014), Tuhan, doa dan iman adalah cara untuk mengatasi suatu penyakit. Karakteristik agama sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Susanti & Sulistyarini (2013) di RS rawat inap Baptis Kediri menyatakan bahwa, faktor spiritual atau agama merupakan tuntunan untuk menjalani kehidupan, berinteraksi dengan lingkungan sekitar dan kemampuan mencapai harapan hidup

Tabel 3 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 keluarga berdasarkan pendidikan pada tabel 3 paling banyak responden berpendidikan SMA berjumlah 29 responden (55,8%). Pendidikan pada penelitian ini termasuk dalam kategori tinggi karena responden telah menempuh pendidikan hingga tingkat Sekolah Menengah

Atas (Retnowati & Setyabekti, 2015). Pendidikan merupakan faktor penting dalam memahami penyakit, pengelolaan diri dan perawatan DM termasuk DM yang diderita anggota keluarga, sehingga pendidikan SMA diyakini dapat melakukan perawatan DM keluarga dengan baik (Ningtyas, 2013). Menurut teori Friedman (2014), pendidikan dipandang masyarakat sebagai alat untuk mencapai produktivitas dan mendapatkan kesuksesan. Pendidikan ini juga sejalan dengan Susanti & Sulistyarini (2013) menyatakan bahwa, pendidikan merupakan keyakinan seseorang terhadap adanya perubahan kesehatan yang dialami keluarga.

Pada tabel 3 dilihat berdasarkan pekerjaan menunjukkan bahwa paling banyak responden bekerja sebagai IRT (Ibu Rumah Tangga) dan wiraswasta berjumlah masing-masing 13 responden (25,0%). Pekerjaan sama halnya dengan pendapatan, dimana pekerjaan akan menghasilkan upah atau gaji. Pekerjaan akan membuat keluarga mampu membiayai pengobatan anggota keluarga yang sakit (Walker, 2007).

Ditinjau berdasarkan pendapatan pada tabel 3 menunjukkan bahwa responden paling banyak berpendapatan perbulan sebesar <Rp. 750.000,00 berjumlah 19 responden (36,5%). Menurut Walker (2007), pendapatan yang lebih tinggi akan berkontribusi peningkatan pengelolaan kesehatan, sehingga keluarga memiliki daya ekonomi yang kuat untuk mengakses pelayanan kesehatan yang diinginkan. Pada hasil penelitian ini berkebalikan dengan pendapat Walker, responden keluarga penderita DM pada penelitian ini cenderung berpenghasilan rendah. Namun

responden menggunakan BPJS sehingga walaupun berpenghasilan rendah tetap dapat memperoleh akses kesehatan. BPJS merupakan asuransi atau jaminan kesehatan yang ditanggung oleh pemerintah. BPJS terbagi menjadi 2 yaitu non-maskin (Askes, PNS, Jamsostek) dan maskin (Jamkesmas, jamkesda, dan surat pernyataan miskin) (Endi dalam Ningtyas (2013).

Tabel 3 berdasarkan keyakinan terhadap penyakit menunjukkan responden yang paling banyak mempunyai keyakinan suatu penyakit itu merupakan ketentuan Tuhan berjumlah 29 responden (55,8%). Keyakinan terhadap penyakit menentukan penerimaan keluarga terhadap penyakit yang diderita anggota keluarga. Keluarga yang meyakini suatu penyakit ketentuan dari Allah maka keluarga akan menerima keadaan anggota keluarga yang sakit. Penerimaan keluarga sangat mempengaruhi proses penanganan dan penyembuhan suatu penyakit. Sikap positif keluarga akan membantu penderita serta petugas kesehatan dalam menangani pengobatan (Estiandani, 2013).

Pada karakteristik keluarga tabel 3 berdasarkan perasaan saat menghadapi penyakit DM keluarga menunjukkan responden yang paling banyak mempunyai rasa sedih jumlah 49 responden (94,2%). Perasaan merupakan fungsi emosional anggota keluarga yang dapat diekspresikan dan salah satu hal penting bagi fungsi sehat suatu keluarga (Friedman, 2014). Selain itu, penelitian yang dilakukan Susanti & Sulistyarini (2013) di RS rawat inap Baptis Kediri juga menyatakan bahwa, perasaan

termasuk dengan faktor emosi seseorang, sehingga keluarga yang memiliki perasaan atau emosional maladaptif akan memberikan dukungan keluarga yang rendah dan kualitas hidup penderita DM juga akan menurun.

Ditinjau berdasarkan tindakan yang dilakukan saat anggota keluarga DM sakit pada tabel 3 menunjukkan bahwa responden yang paling banyak bertindak pergi ke puskesmas/RS berjumlah 45 (86,5%). Penelitian ini sejalan dengan Tamara (2014), menyatakan bahwa keluarga memberikan dorongan kepada penderita DM untuk mengontrol kesehatannya ke RS. Rumah sakit merupakan tempat untuk berobat setelah pencegahan primer yang dilakukan keluarga tidak berhasil (Friedman, 2014).

Dilihat berdasarkan suku pada tabel 3 menunjukkan bahwa seluruh responden bersuku Jawa berjumlah 52 responden (100,0%). Suku atau etnis merupakan aspek kunci dari kebudayaan terbentuk dari adat leluhur. Etnis sangat terkait dengan keluarga karena keluarga membawa warisan tersebut yang akan selalu diwariskan dari generasi ke generasi selanjutnya (Friedman, 2014). Menurut Potter & Perry (2005), suku merupakan keyakinan seseorang dalam penggunaan pelayanan kesehatan dan praktik pelayanan kesehatan.

## **2. Karakteristik Penderita DM**

Hasil penelitian pada tabel 4 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  $\geq 40$  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 4 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 kongnitif 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 agama pada tabel 5 menunjukkan bahwa seluruh responden beragama Islam berjumlah 52 responden (100,0%). Di Indonesia sebagian besar memeluk agama Islam dan di Yogyakarta sebanyak 92,3% (KemenkesRI, 2009). Agama diyakini dapat

menyembuhkan suatu penyakit dengan beribadah dan berdoa kepada Tuhan (Friedman, 2013). Agama juga dapat meningkatkan harapan hidup penderita DM (Susanti & Sulistyarini, 2013).

Tabel 5 berdasarkan jenis kelamin menunjukkan jumlah jenis kelamin responden paling banyak perempuan berjumlah 29 responden (55,8%). Perempuan lebih banyak daripada laki-laki karena perempuan memiliki kadar lemak yang lebih banyak daripada laki-laki dan perempuan jarang olahraga sehingga perempuan lebih besar resiko terkena DM daripada laki-laki (Jelantik & Haryati, 2014). Selain itu, pada penelitian Tamara (2014), juga menyatakan bahwa perempuan lebih banyak mengalami DM karena penurunan hormon ekstrogen akibat monopouse sehingga perempuan lebih rentan terkena DM. Perempuan lebih banyak dari laki-laki juga dikarenakan jumlah perempuan di Yogyakarta lebih banyak daripada laki-laki (KemenkesRI, 2012).

Dilihat berdasarkan pendidikan pada tabel 5 menunjukkan bahwa responden paling banyak berpendidikan SMA dan SD yang masing-masing berjumlah 15 responden (28,8%). Pada penelitian ini pendidikan responden seimbang antara pendidikan rendah dan tinggi. Menurut teori Notoatmojo (2010), tingkat pendidikan merupakan kemampuan seseorang dalam memahami pengetahuan yang diperoleh. Pendidikan termasuk faktor yang penting pada penderita DM dalam mengelola penyakitnya berdasarkan pengetahuan yang di milikinya (Gautam *et al* dalam Yusra, 2011). Pada penelitian Tamara (2014), juga menyatakan

bahwa pendidikan yang rendah akan mempengaruhi cara berpikir seseorang dalam mengelola kesehatan dirinya sehingga pada penderita DM yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima informasi terkait dengan manajemen perawatan DM dan kualitas hidupnya akan meningkat.

Pada tabel 5 berdasarkan pekerjaan menunjukkan bahwa pekerjaan yang paling banyak adalah wiraswasta berjumlah 16 responden (30,8%). Pekerjaan akan berpengaruh terhadap penyakit DM yang diderita seseorang. Bekerja dapat menggerakkan tubuh dengan aktivitas pekerjaannya, sedangkan seseorang yang tidak bekerja akan lebih sedikit beraktivitas sehingga orang yang bekerja lebih kecil resiko terkena DM dibandingkan dengan orang yang tidak bekerja (Tamara, 2014).

Ditinjau berdasarkan pendapatan pada tabel 5 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.

Pada tabel 5 dilihat berdasarkan komplikasi menunjukkan bahwa responden yang paling banyak mengalami komplikasi yaitu hipertensi berjumlah 10 responden (19,2%). Komplikasi dapat mengakibatkan keterbatasan baik dari segi fisik, psikologis maupun sosial (Yusra, 2011). Komplikasi yang dapat terjadi seperti hipertensi. Hipertensi terjadi karena insulin yang tidak bekerja sehingga tidak akan dirombak menjadi apapun dan akan tetap dalam bentuk insulin sehingga insulin yang berlebih ini menjadi hipertensi pada penderita DM. Insulin bekerja merubah glukosa menjadi glikogen, selain itu insulin dapat meningkatkan retensi natrium di ginjal dan meningkatnya aktivitas sistem syaraf simpatik. Hal tersebut yang dapat berpengaruh terhadap meningkatnya tekanan darah (Tamara, 2014).

### **3. Dukungan Keluarga**

Berdasarkan tabel 6 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 intrumental 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, agama, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, keyakinan terhadap penyakit yang diderita keluarga, perasaan saat menghadapi DM keluarga, pendapatan, tindakan yang dilakukan saat anggota keluarga sakit, dan suku 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.

#### **4. Kualitas Hidup Penderita DM**

Berdasarkan tabel 8 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 9 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 9 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 mendekati diri kepada Tuhan, sehingga kualitas hidupnya akan meningkat (Susanti & Sulistyarini, 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 suami/istri akan memberikan motivasi dan fasilitas serta menerapkan pola hidup sehat sehingga kualitas hidupnya akan meningkat (Narkauskaite *et al*, 2013).

## **5. Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita DM**

Pada tabel 10 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%.

### **C. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian**

#### **1. Kekuatan Penelitian**

- a. Pengambilan data penelitian dengan kuesioner dukungan keluarga yang diisi oleh keluarga penderita DM dan kuesioner kualitas hidup

yang diisi oleh penderita DM sehingga berbeda dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya.

- b. Penelitian ini tidak hanya berisi data deskriptif, tetapi juga berisi analisa hubungan antara dua variabel

## 2. Kelemahan Penelitian

- a. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden sehingga hasilnya tergantung dengan kejujuran responden