

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

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 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

#### PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Vitta Chusmeywati

NIM : 20120320022

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang penulis tulis ini benar-benar merupakan hasil karya penulis sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks yang dicantumkan dalam Daftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka penulis bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, Juni 2016

Yang membuat pernyataan,



## HALAMAN PERSEMBAHAN

*Bismillahirrahmanirrahim, karya tulis ini saya persembahkan untuk :*

*Allah SWT yang senantiasa memberikan petunjuk dan ridho-Nya.*

*Ibunda Sumini, Ayahanda Sugiyo, dan Dek Reo tercinta yang selalu memberikan semangat, doa, dan kasih sayang selama ini sehingga saya bisa menyelesaikan karyatulis ini. Karya tulis ini sekaligus kado spesial untuk ibundaku yang sedang menjalani pengobatan ca mammae, semoga bunda cepet sembuh dan diangkat penyakitnya, Amin.*

*Ibu Yanuar Primanda dan Ibu Ema Waliyanti selaku dosen pembimbing dan dosen penguji saya yang senantiasa membimbing saya dengan sabar, memberi masukan dan peringatan ketika saya melakukan kesalahan.*

*Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.*

*Rahayu, Dyah, Hanifa, Amel, Fikry, Rahma, dan Adysta tersayang yang senantiasa setia menjadi sahabat saya saat saya senang maupun sedih.*

*Azika sasmika tersayang yang senantiasa pengertian dan sabar selaku asisten penelitian saya*

*Ratri, Saadah, Nurdina, Upik mei, Denda, Dian dan Angga yang senantiasa memberikan semangat dan dukungan selaku teman-teman satu bimbingan.*

*Dan semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terimakasih telah memberikan saya semangat untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.*

*Alhamdulillah alhamdulillah alhamdulillahirrabilalamin ♥ ♥ ♥*

## **KATA PENGANTAR**

*Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkah dan limpahan rahmat-Nya maka peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II”.

Shalawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan kita nabi Muhammad SAW, yang telah mengantarkan umat dari zaman jahiliyah menuju zaman yang terang benderang yang dipenuhi dengan ilmu pengetahuan.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah diajukan sebagai syarat untuk dapat menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak yang telah mendorong dan membimbing peneliti, baik tenaga, ide-ide maupun pemikiran. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan terima kasih yang tulus kepada :

1. dr H. Ardi Pramono Sp.An, selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Sri Sumaryani, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Mat., HNC selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

3. Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS., HNC selaku dosen pembimbing saya yang penuh kesabaran, kelembutan dan penuh pengorbanan sehingga beliau mampu membimbing dan mengarahkan saya dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ema Waliyanti, S.Kep., Ns., MPH selaku dosen penguji saya yang telah membimbing dan menguji Karya Tulis Ilmiah ini, sehingga ilmu, arahan dan bimbingannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah mendekati kesempurnaan.
5. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II yang telah memberikan izin pada peneliti dalam melakukan penelitian serta membantu dan memberi dukungan dalam terlaksananya penelitian ini.
6. Ibunda, Ayahanda, Adik dan saudara-saudara saya beserta seluruh keluarga yang senantiasa memberikan doa, kasih sayang, dukungan dan bantuan materi sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Teman-teman mahasiswa PSIK UMY 2012, terima kasih atas bantuan dan dukungannya selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti sangat menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dalam materi ataupun teknik penyajiannya. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

*Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

Yogyakarta, Juni 2016

Peneliti

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiii
INTISARI .....	xiv
<i>ABSTRACT</i> .....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan umum.....	5
2. Tujuan khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
1. Bagi pendidikan ilmu keperawatan.....	5
2. Bagi petugas kesehatan.....	6
3. Bagi keluarga dengan penderita diabetes melitus.....	6
4. Bagi penderita diabetes melitus.....	6
5. Bagi penelitian selanjutnya.....	7
6. Keaslian penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Diabetes Melitus.....	11
1. Pengertian.....	11
2. Klasifikasi.....	11
3. Faktor Resiko.....	13
4. Manifestasi Klinis.....	14
5. Patofisiologi.....	15
6. Penatalaksanaan.....	18
7. Komplikasi.....	21
B. Dukungan Keluarga.....	24
1. Pengertian keluarga.....	24
2. Tipe keluarga.....	24
3. Fungsi keluarga.....	27
4. Dukungan keluarga.....	28
5. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga.....	29
6. Peran keluarga dalam perawatan DM.....	31
7. Kualitas hidup.....	31

8.	Pengertian.....	31
9.	Kegunaan pengukuran kualitas hidup.....	31
10.	Domain kualitas hidup.....	32
11.	Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup.....	33
C.	Kerangka konsep.....	36
D.	Hipotesis.....	37
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>		<b>38</b>
A.	Desain Penelitian.....	38
B.	Populasi dan Sampel.....	38
1.	Populasi.....	38
2.	Sampel.....	38
C.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
D.	Variabel dan Definisi Operasional.....	40
1.	Variabel penelitian.....	40
2.	Definisi operasional.....	40
E.	Instrumen Penelitian.....	41
1.	Kuesioner dukungan keluarga.....	42
2.	Kuesioner kualitas hidup.....	43
F.	Uji Validitas dan Realiabilitas.....	44
G.	Jalannya Penelitian .....	47
H.	Pengolahan Data.....	49
1.	Editing .....	49
2.	Coding .....	49
3.	Entry Data .....	52
4.	Cleaning .....	52
I.	Analisa Data .....	53
1.	Analisa Data Deskriptif .....	53
2.	Analisa Data Inferensial .....	53
J.	Etika Penelitian.....	54
1.	Prinsip manfaat.....	54
2.	Prinsip menghargai hak asasi manusia.....	54
3.	Prinsip keadilan.....	54
4.	Prinsip kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ).....	55
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>		<b>56</b>
A.	Hasil Penelitian .....	56
1.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	56
2.	Karakteristik Responden .....	58
3.	Gambaran Dukungan Keluarga .....	62
4.	Gambaran Kualitas Hidup .....	64
5.	Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.....	66
B.	Pembahasan .....	67
1.	Karakteristik Keluarga Penderita DM .....	67
2.	Karakteristik Penderita DM .....	72
3.	Dukungan Keluarga .....	76



4.	Kualitas Hidup .....	78
5.	Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita DM .....	81
6.	Kekuatan Penelitian .....	82
7.	Kelemahan Penelitian .....	83
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....		84
1.	Kesimpulan .....	84
2.	Saran .....	85
DAFTAR PUSTAKA .....		87
Lampiran 1. Surat Permohonan Survey Pendahuluan		
Lampiran 2. Surat Balasan Survey Pendahuluan		
Lampiran 3. Lembar Permohonan Menjadi Responden		
Lampiran 4. Lembar Persetujuan menjadi responden ( <i>Inform Consent</i> )		
Lampiran 5. Kuesioner Karakteristik Demografi Penderita DM		
Lampiran 6. Kuesioner Karakteristik Demografi Keluarga Penderita DM		
Lampiran 7. Kuesioner Dukungan Keluarga		
Lampiran 8. Kuesioner Kualitas Hidup		
Lampiran 9. Kuesioner Kualitas Hidup DQOL dari Burrough 2004		
Lampiran 10. Kuesioner Kualitas Hidup DQOL dari Burrough 2004 back translet ke dalam bahasa Indonesia		
Lampiran 11. Kuesioner Kualitas Hidup DQOL dari Burrough 2004 back translet ke dalam bahasa Inggris		
Lampiran 12. Sertifikat Translation dari PBB		
Lampiran 13. Perhitungan Sampel		
Lampiran 14. Surat Keterangan Kelayakan Etika Penelitian		
Lampiran 15. Surat Permohonan Validitas		
Lampiran 16. Surat Balasan Validitas		
Lampiran 17. Surat Permohonan Penelitian di Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik		
Lampiran 18. Surat Balasan Penelitian dari Kantor Bangsa dan Politik		
Lampiran 19. Surat Permohonan Penelitian di BAPEDA Kabupaten Sleman Yogyakarta		
Lampiran 20. Surat Balasan Penelitian dari BAPEDA Kabupaten Sleman Yogyakarta		
Lampiran 21. Surat Permohonan Penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II		
Lampiran 22. Surat Balasan Penelitian dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II		
Lampiran 23. Hasil Validitas Kualitas Hidup 1		
Lampiran 24. Hasil Validitas Kualitas Hidup 2		
Lampiran 25. Realiabilitas Kualitas Hidup 1 dan Kualitas hidup 2		
Lampiran 26. Hasil Validitas Dukungan Keluarga 1		
Lampiran 27. Hasil Validitas Dukungan Keluarga 2		
Lampiran 28. Realiabilitas Dukungan Keluarga 1 dan Dukungan Keluarga 2		
Lampiran 29. Rata-rata Usia Keluarga Penderita DM		
Lampiran 30. Karakteristik Keluarga Penderita DM		

- Lampiran 31. Rata-rata Usia dan Lama Menderita DM pada Penderita DM
- Lampiran 32. Karakteristik Penderita DM
- Lampiran 33. Dukungan Keluarga penderita DM dan Kualitas Hidup Penderita DM
- Lampiran 34. Hubungan Karakteristik Keluarga pada Penderita DM dengan Dukungan Keluarga
- Lampiran 35. Hubungan Karakteristik Penderita DM dengan Kualitas Hidup
- Lampiran 36. Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita DM

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Konsep.....	36
--------------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Domain Kualitas Hidup .....	32
Tabel 2. Gambaran Karakteristik Keluarga DM berdasarkan Usia .....	58
Tabel 3. Gambaran Karakteristik Keluarga DM .....	58
Tabel 4. Gambaran Karakteristik Penderita DM berdasarkan Usia dan Lama Menderita DM .....	60
Tabel 5. Gambaran Karakteristik Penderita DM .....	61
Tabel 6. Gambaran Dukungan Keluarga .....	62
Tabel 7. Hubungan Karakteristik keluarga penderita DM dengan Dukungan Keluarga di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II .....	62
Tabel 8. Gambaran Kualitas Hidup .....	64
Tabel 9. Hubungan Karakteristik Penderita DM dengan Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II .....	65
Tabel 10. Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup DM .....	67

## **DAFTAR SINGKATAN**

DM	: Diabetes Melitus
ADA	: American Diabetes Asosiation
KemkesRI	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
WHO	: Word Health Organization
PERKENI	: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia

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

Vitta Chusmeywati<sup>1</sup>, Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS., HNC<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UMY, <sup>2</sup>Dosen  
Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UMY

### **INTISARI**

**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 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.

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

*The Relationship between Family Support and Quality of Life Among Patient with Diabetes Mellitus in PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Hospital*

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

Vitta Chusmeywati<sup>1</sup>. Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS., HNC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UMY, <sup>2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UMY

**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 18<sup>th</sup> April- 24<sup>th</sup> 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 I class and VIP in a hospital.

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

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

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 hasil sebanyak 52 pasien (20.7%) memiliki kualitas hidup baik, 164 (65.4%) memiliki kualitas hidup cukup baik dan 35 (13.9%) memiliki 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), dengan hasil 19 responden (22.4%) dengan kualitas hidup buruk, 10 (11.8%) dengan kualitas hidup sedang dan 61 (71.8%) dengan kualitas hidup baik. Berdasarkan dua penelitian di atas 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). Keluarga mempunyai peran yang sangat penting bagi kelangsungan hidup penderita diabetes melitus.

Menurut penelitian yang dilakukan Skarbec (2006), ditemukan bahwa peran keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap status kesehatan penderita DM, 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.

Menurut Hensarling dalam Yusra (2011), ada 4 dimensi yang terkandung di dalam dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Penderita DM mempunyai dukungan keluarga yang baik maka penderita akan melakukan sikap positif yaitu dengan melakukan aktivitas-aktivitas yang bermanfaat dan akan meningkatkan kualitas hidupnya, sebaliknya penderita DM yang minim atau tidak mempunyai dukungan keluarga maka cenderung melakukan sikap negatif yaitu melakukan kegiatan yang merugikan diri sendiri dan akan menurunkan kualitas hidupnya (Soegondo, 2006).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Yusra (2011) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di dapatkan hasil variabel yang berhubungan dengan kualitas hidup yaitu umur, pendidikan, dan komplikasi. Terdapat hubungan dukungan keluarga ditinjau dari empat dimensi dengan kualitas hidup. Peningkatan satu domain dukungan keluarga, akan meningkatkan kualitas hidupnya sebesar 35% setelah dikontrol oleh pendidikan dan komplikasi DM sehingga dapat

disimpulkan bahwa adanya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita DM.

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.

Islam juga sangat menganjurkan untuk saling melindungi di sesama anggota keluarga seperti di jelaskandalam AL Quran QS. Al-Tahrim ayat 6:

يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا قُوًا أَنفُسِكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا

Artinya "Hai orang-orang yang beriman, peliharalah dirimu dan keluargamu dari api neraka".

Makna dari ayat di atas kita sebagai manusia wajib memelihara diri dan keluarga dengan mendidik dan mengajari perbuatan-perbuatan baik serta menjauhkan dari perbuatan maksiat demikian juga dengan keluarga

yang mempunyai penderita DM, sebagai keluarga wajib menjaga dan memberikan dukungan kepada penderita DM.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka permasalahan penelitian dapat dirumuskan dalam bentuk pertanyaan sebagai berikut "Bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II".

## **C. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. Untuk mengetahui karakteristik demografi penderita DM
- b. Untuk mengetahui karakteristik keluarga penderita DM
- c. Untuk mengetahui dukungan keluarga pada penderita DM
- d. Untuk mengetahui kualitas hidup penderita DM

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Pendidikan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dalam bidang keperawatan tentang pentingnya hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM.

2. Petugas kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memberikan layanan kesehatan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pasien DM. Petugas kesehatan terutama perawat dapat memberikan program pengontrolan DM dengan berfokus pada dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien yang sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM.

3. Keluarga dengan penderita diabetes melitus

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai stimulus untuk memberikan dukungan kepada penderita DM bahwa pentingnya peran keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup penderita DM. Keluarga dapat memberikan dukungan kepada penderita berupa informasi, penghargaan, emosional, dan instrumental.

4. Penderita diabetes melitus

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

## 5. Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar penelitian selanjutnya untuk meningkatkan dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM.

## E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini memiliki karakteristik tersendiri yang berbeda dengan penelitian sejenis yang pernah dilakukan, sehingga keaslian dari penelitian ini dapat dipertanggung jawabkan. Berdasarkan penelusuran penulisan, penelitian yang pernah dilakukan oleh peneliti lain seputar pengaruh dukungan keluarga adalah sebagai berikut :

1. Yusra (2011), melakukan penelitian berjudul "Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study* yaitu penelitian dengan pengukuran atau penelitian dalam satu waktu dengan tujuan mendeskripsikan fenomena atau hubungan variabel independen dan dependen dalam satu waktu. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan teknik *purposive sampling* dengan jumlah responden 120 pasien diabetes melitus di poliklinik penyakit dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Hasil penelitian tersebut terdapat hubungan dukungan keluarga ditinjau dari empat dimensi dengan kualitas hidup (p value 0.001).

Perbedaan dengan penelitian ini pada tempat pengambilan responden. Penelitian yang dilakukan Yusra di poliklinik penyakit dalam Rumah Sakit umum pusat Fatmawati Jakarta, sedangkan penelitian saat ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Pengambilan sampel pada penelitian Yusra (2011) menggunakan teknik *purposive sampling*, sedangkan penelitian saat ini menggunakan *accidental sampling*. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian Yusra menggunakan skala *Hensaling Diabetes Family Support Scale (HDFSS)* yang dikembangkan oleh Hensaling (2009) untuk mengukur dukungan keluarga dan kuesioner *DQOL (Diabetes Quality of Life)* dari Munoz dan Thiagarajan (1998) untuk mengukur kualitas hidup penderita DM, sedangkan penelitian saat ini menggunakan kuesioner dukungan keluarga yang dibuat sendiri oleh peneliti untuk mengukur dukungan keluarga pada penderita DM dan kuesioner *DQOL Brief Clinical Inventory* dari Burroughs (2004) untuk mengukur kualitas hidup penderita DM. Kuesioner pengukuran dukungan keluarga dalam penelitian Yusra diisi oleh penderita DM, sedangkan pada penelitian saat ini kuesioner pengukuran dukungan keluarga diisi oleh pihak keluarga sesuai dukungan yang diberikan pada penderita DM. Persamaan dari penelitian ini sama-sama menggunakan metode penelitian dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu penelitian yang dilakukan dalam satu waktu. Tujuan penelitian yang sama-sama meneliti hubungan dukungan keluarga

dengan kualitas hidup penderita DM. Kuesioner pengukuran kualitas hidup sama-sama diisi oleh penderita DM.

2. Silaban (2013), melakukan penelitian berjudul "Kualitas Hidup Diabetes Melitus di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Umum Daerah dr. Pirngadi Medan. Metode penelitian dengan menggunakan deskriptif analitik, dengan jumlah sampel 37 penderita DM. Hasil penelitian tersebut dari 37 responden diperoleh secara keseluruhan kualitas hidup penderita DM 41%, sedangkan untuk subvariabel yang mempengaruhi kualitas hidup ada fungsi fisik. Keterbatasan fisik, nyeri tubuh, kesehatan mental yang baik akan sangat mempengaruhi kualitas hidup penderita DM.

Perbedaan dengan penelitian ini hanya berfokus pada kualitas hidupnya saja sedangkan penelitian saat ini berfokus pada 2 variabel yaitu dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita DM. Penelitian tersebut dilakukan di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Umum Daerah dr.Pirngadi Medan, sedangkan penelitian saat ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Pengambilan sampel pada penelitian silaban (2013) menggunakan *purposive sampling*, sedangkan penelitian saat ini menggunakan *accidental sampling*.Persamaan dari penelitian ini sama-sama menggunakan metode penelitian dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu penelitian yang dilakukan dalam satu waktu.



3. Yudianto, Rismadewi, & Maryati (2008)., melakukan penelitian berjudul "Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur. Metode penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Jumlah sampel yaitu 50 responden. Instrumen pengukuran kualitas hidup dengan *WHO QOL Brief*. Hasil penelitian menunjukkan kualitas hidup penderita DM di poli RSUD Cianjur baik dan sebagian besar merasa puas dengan kesehatannya.

Perbedaan dengan penelitian ini yaitu tempat penelitian yang dilakukan di poli RSUD Cianjur, sedangkan penelitian saat ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Pengambilan sampel pada penelitian Yudianto, Rismadewi, & Maryati (2008) menggunakan *purposive sampling*, sedangkan penelitian saat ini menggunakan *accidental sampling*. Penelitian ini hanya berfokus pada gambaran kualitas hidup pasien DM, sedangkan penelitian saat ini berfokus tentang hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM. Persamaan dari penelitian ini sama-sama menggunakan metode penelitian dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu penelitian yang dilakukan dalam satu waktu.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Diabetes Melitus**

##### 1. Pengertian

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis yang sangat kompleks, membutuhkan perawatan yang teratur karena DM penyakit seumur hidup sehingga perlu strategi perawatan yang baik, dukungan orang-orang disekitarnya juga sangat penting untuk mencegah komplikasi dari hiperglikemik yang tidak terkontrol serta dapat meningkatkan intervensi DM (ADA, 2015). Menurut Soegondo (2009), DM adalah sekumpulan permasalahan dari berbagai faktor dimana terjadi defisiensi insulin absolut atau relatif dan gangguan fungsi insulin. Definisi diatas dapat disimpulkan bahwa DM adalah penyakit kelainan fungsi insulin termasuk penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan dan memerlukan perawatan yang serius untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan intervensi.

##### 2. Klasifikasi

###### a. Diabetes melitus tipe 1

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

b. Diabetes melitus tipe 2

DM tipe 2 ini merupakan kelainan heterogen ditandai dengan adanya resistensi insulin perifer, gangguan *hepatic glucose production* (HGP), dan penurunan fungsi sel beta sehingga menuju ke kerusakan sel beta (Suyono, 2009). DM tipe 2 ini disebabkan oleh progresif sekretorik insulin yang merupakan cacat pada resistensi insulin (ADA, 2015).

c. Gestational diabetes melitus (GDM)

Gestational diabetes melitus biasanya diderita oleh wanita hamil pada bulan ke enam kehamilan. Penyakit ini sangat perlu dikendalikan karena beresiko terhadap bayi dengan kelainan sejak lahir seperti berhubungan dengan jantung, sistem saraf pusat yang pusat, cacat otot, dan bayi lahir dengan berat badan diatas 4 kg atau disebut makrosomia. Selain beresiko terhadap bayi juga membahayakan bagi seorang ibu karena hanya sekitar 20-25 % wanita dengan GDM dapat bertahan hidup (Sari, 2012).

d. Diabetes melitus karena penyakit lain

DM ini disebabkan karena penyakit seperti sindrom diabetes monogenik yaitu diabetes neonatal dan diabetes onser muda, penyakit pankreas eksokrin, dan dan narkoba atau bahan kimia seperti pengobatan HIV dan setelah transplantasi organ (ADA, 2015).

### 3. Faktor risiko

Di negara-negara berkembang, prevalensi DM sangat meningkat karena kemampuan sosial ekonomi yang meningkat. Sehingga menimbulkan perubahan gaya hidup kurang baik dan mengakibatkan banyak orang terkena penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, hipertensi, diabetes, dan lain-lain (Suyono,2009). Faktor risiko dari DM antara lain faktor usia, faktor keturunan atau gen, faktor kegemukan atau obesitas dan faktor demografi. Faktor usia adalah diabetes umumnya dialami oleh usia lanjut yaitu usia 45 ke atas. Sebagian besar menyerang orang yang mempunyai berat badan lebih karena tubuh tidak peka terhadap insulin. Faktor keturunan atau gen adalah DM biasanya menyerang orang-orang dengan keturunan riwayat DM karena kelainan gen di dalam tubuhnya tidak dapat menghasilkan insulin. Faktor kegemukan atau obesitas adalah kegemukan atau obesitas sangat memicu terjadinya DM karena tubuh yang berat badannya berlebih tidak dapat menghasilkan insulin. kegemukan atau obesitas ini biasanya karena gaya hidup yang tidak terkontrol. Faktor demografi adalah jumlah penduduk yang meningkat sehingga meningkat pula populasi usia 40 tahun ke atas dan kekurangan gizi (Sustrani, Alam & Hadibroto dalam Yusra, 2011).

#### 4. Manifestasi klinik

##### a. *Polyuria* (kencing banyak)

DM biasanya ditandai adanya kadar gula darah yang tinggi diatas 160-180 mg/dl sehingga akan sampai ke urin. Glukosa yang sampai ke urin tersebut jika bertambah tinggi maka akan memicu ginjal membuang air tambahan untuk mengencerkan glukosa tersebut karena sifat gula yang menarik air sehingga mengakibatkan *polyuria* atau kencing yang banyak (Sari, 2012).

##### b. *Polydipsia* (banyak minum)

Terkait dengan *polyuria* atau kencing yang banyak maka penderita DM akan menggantikan cairan yang keluar tersebut dengan banyak minum. Penderita DM sering menginginkan minuman yang segar dan dingin untuk menghindari dehidrasi. Keadaan seperti ini sering salah ditafsirkan oleh penderita dikiranya rasa haus disebabkan karena cuaca yang panas (Subekti, 2009).

##### c. *Polyphagia* (banyak makan)

Penderita DM mengalami kekurangan pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuhnya sehingga pembentukan energi di dalam tubuh juga akan menurun sehingga penderita DM sering merasa lapar sehingga mereka selalu banyak makan (Subekti, 2009).

## 5. Patofisiologi

### a. Diabetes melitus tipe 1

DM tipe 1 ini karena ketidakmampuan pankreas menghasilkan insulin karena dihancurkan oleh proses autoimun. Produksi glukosa darah yang cukup tinggi akan sampai ke urin dan mengakibatkan ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar sehingga glukosa tersebut muncul dalam urin yang disebut glukosuria. Seiring dengan glukosuria akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit berlebihan, disebut diuresis osmosis sehingga penderita mengalami peningkatan saat berkemih (poliuria) dan haus (polidipsia). Seiring dengan munculnya poliuria, penderita menjadi cepat kelelahan dan mengakibatkan peningkatan makan (polifagia) tetapi berat badannya cenderung mengalami penurunan.

Pada insulin yang keadaannya normal akan mengendalikan glikogenesis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino serta substansi lain, namun pada penderita DM tipe 1 mengalami defisiensi insulin maka akan terjadi hambatan dan menimbulkan hiperglikemia. Selain hiperglikemia akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi keton (ketoasidosis). Peningkatan badan keton akan mengganggu keseimbangan asam-basa tubuh jika dalam jumlah yang

banyak. Gejala yang muncul biasanya nyeri abdomen, mual, muntah, nafas berbau aseton dan jika tidak segera ditangani akan mengalami perubahan kesadaran hingga kematian. Komponen terapi yang teratur dapat dilakukan seperti diet, latihan pemantauan kadar glukosa darah dan pemberian insulin serta cairan elektrolit sesuai kebutuhan (Smaltzer & Bare, 2002).

b. Diabetes melitus tipe 2

DM tipe 2 ini merupakan kelainan heterogen ditandai dengan adanya resistensi insulin perifer, gangguan *hepatic glucose production* (HCP), dan penurunan fungsi sel beta dan akhirnya menuju ke kerusakan sel beta. Awalnya pada stadium prediabetes timbul resistensi insulin kemudian disusul dengan peningkatan sekresi insulin yang bertujuan mengkompensasi resistensi insulin itu agar glukosa darah tidak meningkat. Lama kelamaan sel beta tidak sanggup mengkompensasi resistensi insulin glukosa darah kemudian semakin meningkat dan fungsi sel beta semakin menurun secara progresif sehingga tidak mampu lagi mengsekresi insulin dan terjadilah diabetes melitus tipe 2 (Suyono, 2009).

c. Gestational diabetes melitus

Gestational diabetes melitus (GDM) merupakan DM yang dialami wanita saat hamil. keadaan ini perlu perhatian yang khusus karena pada diabetes yang tidak terkontrol akan mengakibatkan makrosomia janin (bayi yang sangat besar > 4 kg), persalinan dan

kelahiran yang sulit, bedah cesar serta kelahiran mati, dan janin yang dilahirkan dengan ibu hiperglikemia maka bayi akan lahir dengan hiperglikemia. Hiperglikemia bayi terjadi saat pankreas bayi normal telah mensekresi insulin untuk mengimbangi keadaan hiperglikemia ibu sehingga harus selalu dipantau.

GDM dapat menyerang wanita yang tidak mempunyai riwayat DM. Mereka hanya mengalami hiperglikemia saat hamil karena sekresi hormon-hormon pada plasenta, sehingga wanita hamil wajib menjalani skrining pada usia kehamilan 24-27 minggu untuk mendeteksi kemungkinan diabetes. Penatalaksanaan pendahuluan dapat dilakukan dengan diet dan pemantauan kadar glukosa. Obat hipoglikemia oral tidak dianjurkan untuk wanita hamil.

setelah melahirkan janinnya maka kadar glukosa darah akan kembali normal tetapi banyak wanita dikemudian hari menderita DM tipe 2 sehingga semua wanita yang menderita GDM harus mendapatkan konseling agar mempertahankan berat badannya dan melakukan diet serta latihan secara teratur (Smaltzer & Bare, 2002).

## 6. Penatalaksanaan



a. Edukasi

Edukasi dengan cara melakukan pendidikan kesehatan untuk menambah pengetahuan bagi penderita DM tentang DM dan dapat mencegah atau mengantisipasi masyarakat yang belum terkena DM agar selalu menjaga kesehatannya (Sari, 2012). Pendidikan kesehatan yang diberikan juga dapat memicu tercapainya kesehatan yang optimal dan kualitas hidup (Waspadji, 2009). Tujuan pemberian edukasi ini untuk mendukung penderita DM dalam memahami perjalanan penyakitnya, pengelolaan dan mencegah komplikasi yang akan timbul (Ndraha, 2014).

b. Pengaturan pola makan atau terapi gizi

DM sangat memerlukan pengontrolan makanan agar tercapai glukosa darah yang normal. Pengontrolan makanan harus menghitung kebutuhan kalori seseorang. Kalori yang diberikan harus didistribusikan ke dalam karbohidrat, protein, serta lemak sesuai dengan kecukupan gizi baik yaitu karbohidrat 45-60%, protein 10-20% dan lemak 20-25% (Ndraha, 2014). Dalam pemenuhan kalori penderita DM juga harus memperhatikan jumlah kandungan kolesterol dan serat. Kandungan kolesterol yaitu kurang dari 300 mg/hari dan kandungan serat  $\pm$ 25 g/hari (Waspadji, 2009).

c. Latihan jasmani

Latihan jasmani dianjurkan untuk dilakukan secara teratur yaitu 3-4 kali dalam seminggu selama kurang dari 30 menit. Sifat dari latihan jasmani ini sesuai CRIPE (*Continuous, Rhythmical, Interval, Progressive, Endurance training*) yaitu dengan latihan secara teratur, terus menerus dan diusahakan menapai target sasaran 75-85% denyut nadi maksimal disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi penyakit penderita (Waspadji, 2009).

d. Intervensi farmakologi

Terapi farmakologi diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani, obat yang diberikan berupa obat oral dan suntikan seperti :

1) Obat hiperglikemik oral (OHO)

a) Sulfoniluria dan glinid

Obat sulfoniluriadigunakan untuk meningkatkan sekresi insulin oleh beta pankreas, digunakan untuk penderita DM yang mempunyai berat badan mormal. Obat ini tidak dianjurkan untuk orang tua, gangguan hati, gangguan ginjal dan malnutrisi. Obat ini merupakan pilihan utama untuk pasien yang mempunyai berat badan normal dan kurang, namun masih boleh untuk pasien yang mempunyai berat badan lebih (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia [PERKENI], 2011), sedangkan glinid adalah obat yang terdiri dari repaglinid dan

nateglinid bekerja sama dengan sulfoniluria dan dianjurkan untuk sekresi pertama (Ndraha, 2014).

b) Biguanid

Golongan biguanid untuk peningkatan sensitivitas insulin yang sering digunakan adalah metformin. Metformin bekerja menurunkan glukosa darah melalui pengaruhnya terhadap insulin di tingkat seluler. Obat ini digunakan untuk penderita DM yang mempunyai berat badan berlebih atau gemuk (Waspadji, 2009).

c) Tiazolidindion

Obat ini digunakan untuk menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa sehingga meningkatkan ambilan glukosa perifer dan digunakan pada penderita gagal jantung kelas I-IV karena dapat meningkatkan retensi cairan (Konsensus Pengelolaan dan Perencanaan DM Tipe 2 di Indonesia, 2006).

d) Penghambat glukoneogenesis dan glukosidase alfa

Penghambat glukoneogenesis adalah obat yang digunakan untuk menghambat glukoneogenesis seperti metformin untuk mengurangi glukosa hati. Metformin tidak mempunyai efek samping hipoglikemia. Metformin mempunyai efek samping mual tetapi diatasi dengan

pemberian sesudah makan (Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM Tipe 2, 2006), sedangkan penghambat glukosidase alfa adalah obat yang bekerja untuk menghambat enzim glukosidase alfa di dalam saluran cerna sehingga menurunkan penyerapan glukosa dan hiperglikemia postprandial (Waspadji, 2009).

## 2) Pemberian suntikan insulin

Pemberian suntikan insulin diperlukan penderita DM sebanyak 20-25% untuk mengendalikan glukosa darah. Pemberian suntikan insulin ini biasanya digunakan untuk penderita DM yang glukosa darahnya tidak dapat turun hanya dengan kombinasi sulfoniluria dan metformin. Pemberian insulin sebanyak 3 kali sehari dengan memakai insulin kerja cepat, Insulin kerja menengah 2 kali sehari, insulin campuran yaitu kerja cepat dan menengah. Pemberian disesuaikan dengan respons kadar glukosa darah (Waspadji, 2009).

## 7. Komplikasi

DM dapat menimbulkan komplikasi antara lain komplikasi akut dan komplikasi kronis :

### a. Komplikasi akut

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

#### 1) Hiperglikemia

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

2) Ketosidosis diabetik atau koma diabetik

Ketosidosis diabetik adalah suatu keadaan yang sangat kekurangan insulin dan terjadi mendadak. Tingginya glukosa darah sehingga dapat memenuhi energi dalam tubuh dan mengakibatkan metabolisme tubuh berubah. Kebutuhan energi tubuh akan terpenuhi setelah sel lemak pecah dan membentuk senyawa keton. Keton akan terbawa di dalam urin dan baunya dapat tercium saat bernafas sehingga akan mengakibatkan kerusakan jaringan tubuh bahkan terjadi ketidak sadaran diri atau koma. Komplikasi ini disebabkan oleh infeksi dan kelalaian dalam pemberian suntikan insulin pada penderita (Sari, 2012).

3) Koma hiperosmoler non ketotik (KHNK)

Koma hiperosmoler non ketotik adalah keadaan tubuh yang tidak ada penimbunan lemak sehingga pernafasan menjadi cepat dan dalam (*kussmaul*). Pada keadaan lanjut dapat mengalami koma. Biasanya mempunyai gejala seperti dehidrasi yang berat, hipotensi, dan menimbulkan shock (Sari, 2012 & Boedisantoso 2009).

4) Koma laktoasidosis

Koma laktoasidosis adalah keadaan asam laktat di dalam tubuh tidak dapat mengubah menjadi bikarbonat sehingga mengakibatkan hiperlaktatemia dan akhirnya terjadi koma. Penyebab dari komplikasi ini karena infeksi gangguan faal hepar dan ginjal (Sari, 2012).

b. Komplikasi kronis diabetes melitus

1) Retinopati diabetika (RD)

Retinopati diabetika ditandai dengan penglihatan yang secara mendadak buram dan perlu bantuan kacamata. Glukosa darah yang tinggi bisa merusak pembuluh darah di retina sehingga menyebabkan kekeruhan pada lensa mata (Ndraha, 2014).

2) Nefropati diabetika (ND)

Ginjal bekerja selama 24 jam untuk membersihkan darah dari racun. Ginjal yang terdapat racun, protein yang seharusnya dipertahankan ginjal bocor keluar. Penderita DM akan

mengalami tekanan darah tinggi yang sangat mempengaruhi kerusakan ginjalnya (Ndraha, 2014).

### 3) Neuropati diabetik

Neuropati diabetik merupakan ketidakmampuan saraf untuk mengirim pesan-pesan salah satu impuls saraf, salah kirim dan lambat kirim. Pada penderita DM glukosa darah yang lama tidak terkontrol akan melemahkan dan merusak dinding pembuluh darah kapiler yang memberi makan ke saraf sehingga terjadi kerusakan saraf (Ndraha, 2014).

## **B. Dukungan Keluarga**

### 1. Pengertian keluarga

Keluarga adalah sebuah unit yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang masing-masing mempunyai tugas sesuai jenis kelaminnya, seperti seorang ibu bertugas memasak, mencuci, bersih-bersih rumah dan mengasuh anak sedangkan ayah pergi bekerja keluar rumah untuk mencari nafkah (Potter & Perry, 2005).

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

### 2. Tipe keluarga

Keluarga sangat memerlukan pelayanan kesehatan, yang mana pelayanan kesehatan itu sesuai dengan perkembangan sosial

masyarakat setempat sehingga keluarga mempunyai tipe agar dapat mengembangkan derajat kesehatannya antara lain :

a. Keluarga inti

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

b. Keluarga adopsi

Keluarga adopsi merupakan suatu cara untuk membentuk keluarga dengan menyerahkan tanggung jawab orang tua kandung kepada orang tua adopsi secara sah dan saling menguntungkan. Keluarga adopsi ini dilakukan dengan berbagai alasan seperti pasangan yang tidak dapat memiliki anak kandung, tetapi ingin menjadi orang tua sehingga jalan yang ditempuh dengan mengadopsi anak dari pasangan lain. Keluarga adopsi memiliki 48% hubungan kekerabatan dengan anak sehingga anak akan mengalami perubahan secara bermakna (Friedman, 2014).

c. Keluarga asuh

Keluarga asuh merupakan layanan kesehatan yang diberikan untuk mengasuh anaknya ketika keluarga kandung sedang sibuk. Keluarga asuh akan memberikan keamanan kepada anak. Anak-anak yang diasuh oleh keluarga asuh umumnya memiliki hubungan kekerabatan, misalnya nenek/kakek (Friedman, 2014).



d. Keluarga orang tua tiri

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

e. Keluarga tradisional

Keluarga tradisional ini biasanya meliputi keluarga inti seperti pasangan suami istri dan anak. keluarga inti *dual earner* meliputi keluarga pernikahan pertama, dengan orang tua tiri, dan keluarga adopsi. Pasangan inti meliputi suami istri tanpa anak. Dewasa yang lajang tinggal sendiri. *Extended family* tiga generasi yang meliputi keluarga inti keluarga inti *dual earner* dan pasangan inti. Pasangan usia pertengahan atau lansia meliputi suami mencari nafkah dan istri di rumah dengan anak-anak yang sudah dewasa seperti kuliah, bekerja atau menikah (Friedman, 2014).

f. Keluarga non tradisional

Keluarga non tradisional ini meliputi keluarga yang tinggal satu rumah tetapi belum berstatus menikah seperti pria dan wanita

bersama-sama tanpa menikah dan pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah (Padila, 2012).

### 3. Fungsi Keluarga

#### a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi internal dari keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial sehingga tercapai kebahagiaan keluarga. Fungsi afektif berhubungan dengan persepsi keluarga tentang kepedulian keluarga terhadap sosioemosional semua anggota keluarga. Fungsi afektif ini sangat penting sebagai dasar utama untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit keluarga (Friedman, 2014).

#### b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah proses berkembang dan belajar bersosialisasi terhadap lingkungan. Fungsi sosialisasi juga berperan dalam memfasilitasi sosialisasi permer keluarga agar keluarga lebih produktif dan memberikan status pada keluarga (Friedman, 2014).

#### c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan adalah kesanggupan keluarga untuk memelihara kesehatan terhadap anggota keluarga (Friedman, 2014). Fungsi perawatan kesehatan keluarga iartika sebagai pemahaman keluarga tentang penyakit yang di derita oleh anggota keluarganya, jika keluarga mengenal dan paham dengan

penyakitnya maka keluarga akan mengambil sikap dan tindakan untuk merawat anggota keluarga yg sakit (Zulfitri, Agrina, & Herlina, 2012).

#### 4. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga suatu bentuk bantuan yang diberikan salah satu anggota keluarga untuk memberi kenyamanan fisik dan psikologis pada saat seseorang mengalami sakit (Friedman, 2014). Dukungan keluarga antara lain :

##### a. Dukungan emosioanal

Dukungan yang diberikan keluarga berupa rasa perhatian atau empati. Dukungan emosional ini juga dipengaruhi oleh orang lain yang merupakan ekspresi dari dukungan yang mampu menguatkannya. Komunikasi dan interkasi antar anggota keluarga diperlukan untuk memahami situasi anggota keluarga (Friedman, 2014).

##### b. Dukungan penghargaan

Dukungan yang diberikan yaitu apresiasi positif terhadap anggota keluarga sehingga anggota keluarga merasa dihargai. Biasanya menerima ide-ide dari anggota keluarga dengan baik. Dukungan ini juga sebagai bentuk penerimaan dan penghargaan terhadap keberadaan seseorang dalam segala kekurangan serta kelebihan yang dimiliki (Hensarling dalam Yusra, 2011).

c. Dukungan instrumental

Dukungan yang diberikan berupa peralatan atau benda nyata seperti memberikan uang untuk pengobatan anggota keluarga yang sakit. Dukungan instrumental merupakan dukungan yang praktis dan konkrit. Dukungan instrumental digolongkan ke dalam fungsi kesehatan keluarga dan fungsi ekonomi keluarga terhadap keluarga yang sakit (Friedman, 2014).

d. Dukungan informasi

Dukungan yang diberikan berupa nasihat atau saran untuk anggota keluarga, misalnya memberikan saran kepada anggota keluarga untuk berobat secara rutin. Dukungan informasi ini diberikan keluarga untuk membantu mengambil keputusan kepada anggota keluarga yang sakit (Hensarling dalam Yusra, 2011). Peran keluarga dalam dukungan informasi ini keluarga sebagai penyebar informasi (Friedman, 2014).

5. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

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

a. Faktor Internal

1) Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang tentang adanya dukungan keluarga yang terdiri dari pendidikan, pengetahuan dan pengalaman masa lalu. Seseorang akan mendapat dukungan keluarga

untuk menjaga kesehatannya sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

2) Emosi

Emosi merupakan respon stress yang dapat mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap dukungan keluarga. Emosi akan mempengaruhi coping seseorang, sehingga seseorang yang mempunyai coping maladaptif maka merasa dirinya tidak mempunyai dukungan keluarga.

3) Spiritual

Nilai dan keyakinan yang dilaksanakan oleh keluarga yang berpengaruh terhadap dukungan keluarga. Semakin tinggi nilai spiritual yang dimiliki semakin besar dukungan keluarga yang diberikan.

b. Faktor eksternal

1) Sosial ekonomi

Meningkatkan resiko terjadinya penyakit karena bergantung pada tingkat pendapatan keluarga. Seseorang yang tingkat sosialnya tinggi akan segera merespon penyakitnya serta keluarga yang sangat memedulikannya.

2) Budaya

Nilai atau kebiasaan individu dalam memberikan dukungan keluarga kepada penderita. Seseorang yang

mempunyai kebiasaan pergi ke pelayanan kesehatan akan selalu dilakukan oleh anggota keluarga yang lain.

#### 6. Peran keluarga dalam perawatan penderita DM

Peran keluarga dalam perawatan penderita DM sangat penting untuk meminimalkan terjadinya komplikasi, memperbaiki kadar gula darah dan meningkatkan kualitas hidup penderita DM. Peran keluarga dibagi dalam beberapa aspek antara lain penyuluhan, perencanaan makan, latihan jasmani, terapi farmakologi, dan perawatan kaki DM. Hal tersebut sangat penting, sehingga tenaga kesehatan menganjurkan kepada keluarga penderita DM agar mempertahankan, memotivasi dan meningkatkan perannya dalam perawatan penderita DM (Setyawati, 2006).

### C. **Kualitas Hidup**

#### 1. Pengertian kualitas hidup

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang nilai dan konsep di dalam hubungannya untuk mencapai harapan hidupnya (WHO, 2004). Kualitas hidup adalah derajat seseorang dalam menikmati hidupnya, kenikmatan tersebut mempunyai dua komponen yaitu pengalaman dan kepuasan (Weissman et al dalam Yusra, 2011). Pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang nilai dan konsep untuk mencapai harapan hidup atau kenikmatan hidup.

#### 2. Kegunaan pengukuran kualitas hidup

Kualitas hidup diukur dengan menggunakan instrumen *DQOL* (*Diabetes Quality of Life*) dari Burroughs (2004). Instrumen DQOL ini digunakan dalam bidang medis untuk menilai kualitas hidup DM tipe 1 dan 2 (Burroughs, 2004). Kualitas hidup penderita diabetes melitus sangat penting karena dengan kualitas hidup menggambarkan persepsi penderita dalam kepuasan dalam derajat kesehatan dan keterbatasan yang perlu evaluasi untuk meningkatkan pengobatan (WHO, 2004).

### 3. Domain kualitas hidup

Domain kualitas hidup menurut WHO (2004) dibagi menjadi ada 6 antara lain :

Tabel 1. Domain Kualitas Hidup

No.	Domain	Aspek / Domain yang dinilai
1.	Kesehatan Fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas hidup sehari-hari</li> <li>- Ketergantungan zat obat dan alat bantu medis</li> <li>- Energi dan kelelahan</li> <li>- Mobilitas</li> <li>- Rasa sakit dan ketidaknyamanan</li> <li>- Tidur dan istirahat</li> </ul>
2.	Psikologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kapasitas kerja</li> <li>- Gambaran tubuh dan penampilan</li> <li>- Perasaan negatif</li> <li>- Perasaan positif</li> <li>- Harga diri</li> <li>- Spiritualitas</li> <li>- Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi</li> </ul>
3.	Tingkat Ketergantungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan</li> <li>- Aktivitas sehari-hari</li> <li>- Ketergantungan terhadap substansi obat dan bantuan medis</li> </ul>
4.	Hubungan sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan bekerja</li> <li>- Hubungan pribadi</li> <li>- Dukungan sosial</li> <li>- Aktivitas seksual</li> </ul>

Tabel 1. Lanjutan

5. Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sumber keuangan</li> <li>- Kebebasan, keamanan fisik dan keamanan</li> <li>- Kesehatan dan perawatan sosial, aksesibilitas dan kualitas lingkungan hidup</li> <li>- Peluang untuk memperoleh informasi dan ketrampilan baru</li> <li>- Partisipasi dalam dan peluang kegiatan rekreasi atau rekreasi lingkungan fisik (pencemaran, kebisingan, lalu lintas, iklim)</li> </ul>
6. Spiritual, agama dan keyakinan personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spiritual, agama dan keyakinan personal</li> </ul>

#### 4. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

##### a. Usia

Kualitas hidup dipengaruhi oleh usia dimana menurut hasil penelitian Isa & Baiyewu (2006) bahwa sosiodemografi (umur) mempengaruhi kualitas hidup penderita diabetes melitus. Semakin tua usia seseorang kualitas hidup yang dimiliki semakin berkurang. Penderita DM paling banyak dialami pada usia 40 tahun karena DM cenderung meningkat pada usia 45-65 tahun, riwayat obesitas dan faktor keturunan (Smesltzer & Bare, 2008)

##### b. Jenis kelamin

Wanita cenderung mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibandingkan dengan pria. Jenis kelamin dilihat secara bermakna dari fungsi perannya pria mempunyai fungsi peran lebih tinggi dibandingkan wanita. Pria lebih banyak memperoleh dukungan



keluarga karena memegang peran penting di dalam keluarga (Gautam *et al* dalam Yusra, 2011).

c. Tingkat pendidikan

Faktor tingkat pendidikan juga sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup karena pendidikan rendah akan mempengaruhi kebiasaan fisik yang kurang baik. Tingkat pendidikan juga dapat mempengaruhi seseorang dalam menerima informasi. Tingkat pendidikan merupakan faktor yang penting pada penderita DM dalam mengelola penyakitnya berdasarkan pengetahuan yang di milikinya, sehingga semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka kualitas hidup penderita DM semakin meningkat (Gautamet *al* dalam Yusra, 2011).

d. Pekerjaan

Pekerjaan akan berpengaruh terhadap kualitas hidup. Pekerjaan akan membuat seseorang mendapatkan upah atau gaji untuk biaya pengobatan. Kualitas hidup meningkat seiring dengan adanya pekerjaan yang dimiliki seseorang (Murdiningsih & Ghofur dalam Tamara, 2014).

e. Status ekonomi sosial

Tingkat pendapatan yang rendah sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien diabetes melitus karena pendapatan akan menentukan kemampuan dalam pengobatannya. Kualitas hidup

yang rendah akan berhubungan signifikan dengan status ekonomi dan tingkat pendidikan yang rendah (Isa & Baiyewu, 2006).

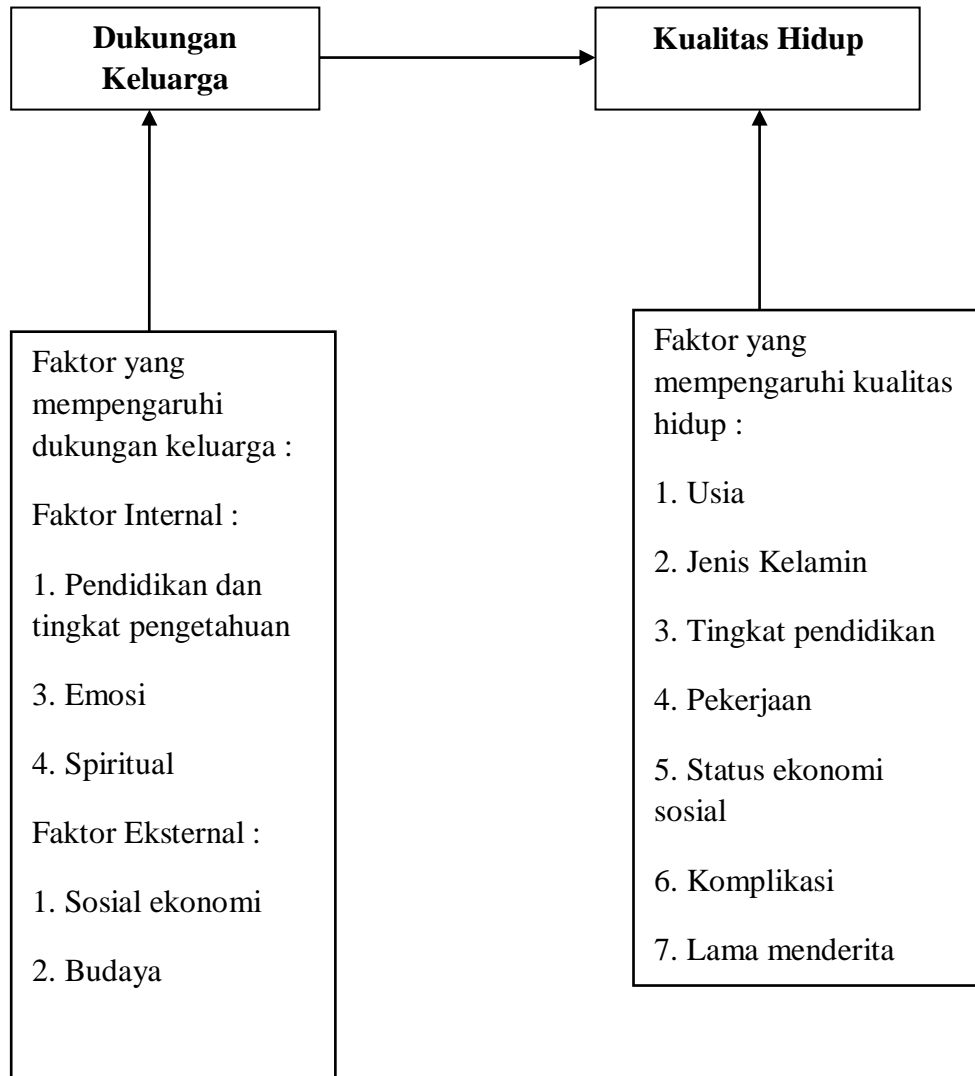
f. Komplikasi

Menurut penelitian Isa dan Baiyewu (2006), Komplikasi berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita DM. Komplikasi DM seperti hipoglikemia dan hiperglikemia yang merupakan keadaan darurat dari perjalanan penyakit DM. Semakin berat komplikasi yang dimiliki seseorang, maka kualitas hidupnya semakin berkurang.

g. Lama menderita

Lama menderita akan mempengaruhi kualitas hidup penderita DM seperti penderita DM yang sudah menderita DM hingga bertahun-tahun akan memiliki efikasi diri dan pengelolaan penyakitnya dengan baik (WU *et al* dalam Yusra, 2011), sedangkan menurut Bernal *et al* dalam Yusra (2011), lama menderita disertai komplikasi akan memiliki efikasi diri yang rendah, sehingga dapat disimpulkan lama menderita disertai dengan komplikasi akan cenderung berpengaruh terhadap kualitas hidup.

#### D. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

: Diteliti

**E. Hipotesis**

Terdapat hubungan antaradukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

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.

#### **B. Populasi dan Sampel**

##### 1. Populasi

Populasi adalah subyek atau klien yang menjadi sasaran penelitian dengan memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah penderita diabetes melitus yang menjalani rawat inap dan rawat jalan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Berdasarkan hasil rekam medis jumlah pasien DM satu bulan terakhir di rawat inap berjumlah 11 orang dan rawat jalan berjumlah 50 orang sehingga total pasien rawat inap dan rawat jalan dalam satu bulan terakhir ada 61 pasien DM.

##### 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang terjangkau merupakan subyek penelitian yang didapatkan melalui teknik sampling. Sampling adalah proses untuk menyeleksi populasi untuk mewakili populasi yang ada sebagai subyek penelitian (Nursalam, 2013). Sampel dalam penelitian ini adalah penderita DM yang menjalani rawat inap dan

rawat jalanan keluarga penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dengan minimal sampel sebanyak 52 responden penderita DM dan 52 responden keluarga penderita DM sehingga jumlah total sampel 104 responden berdasarkan rumus perhitungan responden dari Nursalam (2013).

Sampel tersebut diambil dengan teknik pengambilan *accidental sampling* untuk penderita DM dan keluarga. *Accidental sampling* ini merupakan pemilihan sampel jenis *non probability* (Hidayat, 2009). Cara yang dilakukan dengan peneliti mengambil sampel yang kebetulan bertemu di rawat inap dan rawat jalan RS Muhammadiyah Yogyakarta Unit II selama satu bulan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini. Pada penelitian ini jumlah responden sebanyak 104 responden yang diperoleh selama 18 April 2016 sampai dengan 24 Mei 2016. Kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi pada penderita DM

- 1) Penderita DM dengan maksimal usia 60 tahun berdasarkan catatan medis pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II
- 2) Penderita DM yang menjalani rawat inap maupun rawat jalan
- 3) Penderita DM bersedia menjadi responden

b. Kriteria inklusi pada keluarga penderita DM

- 1) Keluarga yang tinggal satu rumah dengan penderita DM
- 2) Keluarga penderita DM bisa baca tulis

3) Keluarga pasien DM bersedia menjadi responden

c. Kriteria eksklusi

Keluarga dan penderita DM yang mengundurkan diri sebagai responden. Pada penelitian ini ada 2 responden yang mengundurkan diri menjadi responden, tetapi peneliti mencari responden lagi sehingga sampel tercapai 53 responden.

**C. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah dilaksanakan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pada bulan April 2016 sampai dengan bulan Mei 2016.

**D. Variabel dan Definisi Operasional**

1. Variabel Penelitian

Variabel adalah karakteristik atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok (Rafii dalam Nursalam 2013). Penelitian ini mempunyai dua variabel yaitu variabel bebas (*independent*) yaitu dukungan keluarga dan variabel terikat (*dependent*) yaitu kualitas hidup penderita diabetes melitus.

2. Definisi Operasional

a. Keluarga adalah sekelompok orang yang memiliki hubungan darah dengan responden.

Dukungan keluarga adalah tindakan yang telah dilakukan keluarga dalam bentuk dukungan berupa dukungan emosional seperti perhatian, kasih sayang, empati, dukungan penghargaan seperti apresiasi positif, dukungan informasi seperti saran,

nasehat, informasi, dan dukungan instrumental seperti bantuan tenaga, dana dan waktu. Dukungan keluarga diukur dengan kuesioner dukungan keluarga dengan pengukuran jawaban kuesioner menggunakan skala likert dan skala pengukuran skor jawaban menggunakan skala nominal dengan kategori :

Kategori baik jika skor jawaban : 76 - 100%

Kategori buruk jika skor jawaban : < 76%

- a. Kualitas hidup adalah persepsi penderita DM tentang kepuasan dirinya dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari untuk mencapai harapan hidup. Kualitas hidup diukur dengan kuesioner kualitas hidup dengan pengukuran jawaban menggunakan skala likert dan skala pengukuran skor jawaban menggunakan skala nominal dengan kategori :

Kategori baik jika skor jawaban : 76 - 100%

Kategori buruk jika skor jawaban : < 76%

#### **E. Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner mengenai dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita diabetes melitus. Kuesioner diawali dengan data demografi responden dan kuesioner terdiri dari pertanyaan tentang demografi keluarga dan penderita DM, dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita DM.



## 1. Kuesioner dukungan keluarga

Kuesioner dukungan keluarga digunakan untuk mengetahui tingkat dukungan keluarga yang diberikan anggota keluarga kepada salah satu anggota keluarga yang menderita diabetes melitus. Kuesioner dukungan keluarga dibuat sendiri oleh peneliti dengan uji validitas dan reliabilitas DI RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I untuk melihat kevalidan dari kuesioner. Kuesioner ini diberikan kepada salah satu anggota keluarga untuk dijawab dengan jujur tanpa bantuan dari peneliti. Pengukuran dukungan keluarga dilihat dari 4 dimensi meliputi dimensi emosional, dimensi penghargaan, dimensi instrumental dan dimensi informasi. Item pertanyaan pada kuesioner ini berjumlah 17 yang terdiri dari 15 pertanyaan positif pada nomer 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 dan 2 pertanyaan negatif pada nomer 3, 6. Pengukuran jawaban kuesioner ini menggunakan skala likert. Penilaian pertanyaan positif yaitu selalu = 4, sering = 3, jarang = 2 dan tidak pernah = 1 dan penilaian pertanyaan negatif yaitu selalu = 1, sering = 2, jarang = 3, tidak pernah = 4 dengan skor tertinggi 4 dan terendah 1. Total Skor tertinggi 68 dan terendah 17.

Skala pengukuran yang digunakan dalam kuesioner ini yaitu skala Nominal dengan kategori sebagai berikut :

Kategori baik jika skor jawaban : 76-100%

Kategori buruk jika skor jawaban : < 76%

## 2. Kuesioner kualitas hidup

Kuesioner kualitas hidup digunakan untuk mengukur tingkat kualitas hidup penderita diabetes melitus. Kuesioner kualitas hidup ini diberikan kepada penderita diabetes melitus. Kuesioner kualitas hidup dari *DQOL Brief Clinical Inventory* dari Burroughs (2004) yang sudah valid dan reliabel tetapi peneliti saat ini melakukan uji valid dan reliabilitas di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I karena melakukan modifikasi pada kuesioner tersebut. Kuesioner ini dalam bahasa Inggris yang diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia melalui teknik *Back Translation* yaitu teknik penerjemahan kuesioner dari bahasa Inggris kemudian diterjemahkan dalam bahasa Indonesia, setelah kuesioner bahasa Indonesia kemudian diterjemahkan lagi ke dalam bahasa Inggris untuk mengecek kevalidan terjemahan tersebut. Kuesioner terdiri dari 12 pertanyaan terdiri dari 7 pertanyaan positif pada nomor 1-7 dan 5 pertanyaan negatif pada nomor 8-12. Pilihan jawaban menggunakan skala likert. Penilaian pertanyaan positif yaitu sangat puas = 5, cukup puas = 4, baik = 3, cukup tidak puas = 2, tidak puas = 1 dan penilaian pertanyaan negatif yaitu tidak pernah = 5, sangat jarang = 4, kadang-kadang = 3, sering = 2, selalu = 1. Skor tertinggi 60 dan terendah 12.

Skala pengukuran yang digunakan dalam kuesioner ini yaitu skala nominal dengan kategori sebagai berikut:

Kategori baik jika skor jawaban : 76 - 100%

Kategori buruk jika skor jawaban : < 76%

#### **F. Uji Validitas dan Realiabilitas**

Sebelum dilakukan pengambilan data, terlebih dahulu kuesioner dilakukan uji coba kepada populasi yang mempunyai karakteristik sama dengan subyek peneliti dengan jumlah responden 20 orang. Uji validitas dan realiabilitas dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I untuk kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner kualitas hidup penderita DM. Prinsip validitas adalah prinsip keandalan dalam pengukuran atau pengamatan instrumen pengumpulan data. Instrumen yang digunakan harus dapat mengukur apa yang seharusnya di ukur dan menunjukkan kevalidan (Nursalam, 2013). Uji validitas kuesioner dukungan keluarga dan kualitas hidup menggunakan rumus Person Product Moment (Hidayat, 2007).

Kuesioner pada penelitian ini diuji korelasi antara skor tiap-tiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner tersebut. Jika semua pertanyaan itu mempunyai korelasi yang bermakna (construct validity), maka semua item pertanyaan yang ada di dalam kuesioner telah dinyatakan valid. Nilai signifikansi  $p < 0,05$  maka butir pertanyaan dinyatakan valid. Kuesioner Kualitas hidup yang dilakukan oleh Burroughs (2004) telah dilakukan uji validitas dan realiabilitas dengan nilai kevalidan 0,43 dan realiabilitas 0,97

tetapi akan dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas kembali oleh peneliti saat ini karena telah dilakukan modifikasi bahasa.

Hasil uji validitas yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap 20 pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I untuk kuesioner dukungan keluarga dari 25 item pertanyaan yang meliputi dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informasi yang valid hanya 13 pertanyaan pada nomer 7, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25. Pada kuesioner kualitas hidup dari 16 item pertanyaan yang valid hanya 7 pertanyaan pada nomer 1, 2, 7, 8, 12, 14, 15.

Reliabilitas adalah Kesamaan hasil pengukuran yang dilakukan bila fakta atau kenyataan hidup diukur dan diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2013). Uji reliabilitas kuesioner dukungan keluarga dan kualitas hidup menggunakan rumus Alpha Cronbach dikatakan reliabilitas bila nilai signifikansi  $p > 0,6$  (Arikunto, 2013).

Setelah dilakukan uji validitas selanjutnya dilakukan uji reliabilitas dengan tidak mengikutsertakan pertanyaan yang tidak valid. Dari semua pertanyaan pada kuesioner dukungan keluarga yang sudah dinyatakan valid, diketahui bahwa semua pertanyaan tersebut adalah reliable ( $r \text{ alpha} > r \text{ tabel}$ ) dengan hasil  $0,912 > 0,600$ . Dari 25 pertanyaan pada kuesioner ini, sebanyak 13 pertanyaan dinyatakan valid dan reliable.

Pada kuesioner kualitas hidup yang sudah dinyatakan valid, diketahui bahwa semua pertanyaan tersebut adalah reliable ( $r \text{ Alpha} > r \text{ tabel}$ )

dengan hasil  $0,735 > 0,600$ . Dengan demikian dari 16 pertanyaan pada kuesioner ini, 7 pertanyaan dinyatakan valid dan reliable.

Berdasarkan uraian hasil uji validitas dan reliabilitas tersebut, dapat diketahui bahwa masih banyak pertanyaan yang tidak valid dan tidak reliable yaitu 12 pertanyaan pada dukungan keluarga dan 9 pertanyaan pada kualitas hidup penderita DM sehingga peneliti melakukan uji validitas lagi untuk memenuhi standar minimal pertanyaan. Uji validitas yang kedua ini peneliti melakukan penambahan responden dengan menambahkan 20 responden lagi sehingga total responden untuk uji validitas dan reliabilitas sebanyak 40 responden dan melakukan modifikasi pertanyaan pada kuesioner kualitas hidup nomer 3, 4,5,6, dan 8 agar pertanyaannya lebih mudah dipahami oleh responden.

Hasil uji validitas dan reliabilitas yang kedua ini didapatkan hasil dari 25 pertanyaan pada dukungan keluarga yang valid 17 pertanyaan pada nomer 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24 sehingga ada peningkatan 4 pertanyaan yang valid jika dibanding dengan uji validitas yang pertama dan dinyatakan reliable ( $r_{\text{alpha}} > r_{\text{tabel}}$ ) dengan hasil  $0,796 > 0,600$ . Pada kuesioner kualitas hidup penderita DM dari 16 pertanyaan yang valid 11 pertanyaan pada nomer 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 16 sehingga ada peningkatan 4 pertanyaan yang valid jika dibanding dengan uji validitas yang pertama dan dilakukan penambahan 1 pertanyaan pada nomer 9 yang tidak valid tetapi sangat perlu digunakan. Kuesioner

kualitas hidup penderita DM juga dinyatakan reliable ( $r_{\alpha} > r_{\text{tabel}}$ ) dengan hasil  $0,676 > 0,600$ .

#### **G. Jalannya Penelitian**

Jalannya penelitian ini terdiri dari beberapa tahap antara lain :

##### **1. Tahap Persiapan**

Pada tahap ini peneliti mulai membuat proposal penelitian. Proposal disusun mulai dari bab 1 sampai dengan bab 3. Peneliti membuat surat perizinan penelitian setelah proposal penelitian sudah jadi dan sudah melalui tahap sidang proposal. Surat perizinan meliputi surat izin penelitian dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan surat izin dari PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Peneliti juga melakukan uji etik di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta untuk kelayakan penelitian.

Sebelum melakukan pengambilan data penelitian, peneliti terlebih dahulu melakukan uji validitas dan reliabilitas di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I setelah mendapat surat izin etik penelitian. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 40 penderita DM dan 40 keluarga penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I. Setelah selesai melakukan uji validitas dan reliabilitas, peneliti meminta bantuan dua orang asisten peneliti.

Satu orang mahasiswa yang bertugas membantu pengambilan data dan satu asisten penelitian yang bertugas membacakan dan menuliskan jawaban sesuai jawaban responden. Persamaan persepsi dilakukan

dengan asisten yang bertugas untuk pengambilan data sehingga dapat meminimalkan bias.

## 2. Pengumpulan Data

Pada tahap ini peneliti mulai melakukan penelitian, diawali dengan mencari sampel yang kebetulan bertemu sesuai kriteria inklusi di rawat inap dan rawat jalan dengan melihat data rekam medis pasien terlebih dahulu, setelah sesuai peneliti mendatangi pasien dan keluarga untuk dijelaskan maksud dari penelitian. Responden diberi kebebasan dalam persetujuan menjadi responden atau tidak, jika responden setuju diberikan lembar persetujuan untuk ditandatangani dan dijelaskan dalam pengisian kuesioner penelitian. Pengisian kuesioner responden bebas memilih jawaban yang disediakan peneliti tanpa bantuan dan paksaan dari peneliti. Pada penderita DM yang tidak mau menulis atau membaca peneliti membawa asisten yang tidak disamakan persepsi dengan peneliti untuk membantu membaca pertanyaan kuesioner dan menuliskan jawaban dalam kuesioner sesuai dengan jawaban yang disampaikan oleh penderita DM sehingga akan meminimalkan bias.

Responden penderita DM dan keluarga mengumpulkan hasil koesioner yang telah diisi dengan lengkap kepada peneliti. Peneliti dan asisten mengecek kembali apakah kuesioner dan jawaban yang diisi responden sudah lengkap. Jawaban kuesioner tersebut akan diolah oleh peneliti untuk menentukan hasil dari penelitian ini.

### 3. Analisis Data

Pada tahap ini peneliti mulai mengolah data kuesioner yang telah diisi oleh responden dengan menggunakan uji *Chi-Square* jenis tabel 2 x 2. Hasil dari pengolahan data ini yang akan menjadi jawaban dari penelitian ini apakah ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM dan dilanjutkan dengan seminar hasil penelitian.

## H. Pengolahan Data

Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya :

### 1. *Editing*

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh dan dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Pemeriksaan daftar pertanyaan meliputi kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, relevansi jawaban (Setiadi, 2007). Setelah peneliti memberikan kuesioner kepada responden, peneliti harus memeriksa jika ada pertanyaan yang belum terisi harus meminta responden untuk melengkapi jawaban.

### 2. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan memberikan kode numerik (angka) terhadap data yang terisi atas beberapa kategori terhadap klasifikasi



jawaban-jawaban responden. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Pengcodingan pada kuesioner dukungan keluarga adan kuesioner kualitas hidup DM. Pada karakteristik demografi keluarga pengcodingannya terdiri dari usia dengan kriteri pengcodingan dewasa awal (20-40 tahun)= 1, dewasa tengah (41-60 tahun)= 2, lanjut usia (>60 tahun)= 3. Hubungan dengan pasien kriteria pengcodingan suami= 1, istri= 2, anak= 3, simbah= 4, menantu= 5, adik= 6, cucu= 7. Jenis Kelamin dengan kriteria pengcodingan laki-laki= 1, perempuan= 2. Pendidikan dengan kriteria pengcodingan perguruan tinggi= 1, SMA= 2, SMP= 3, SD= 4, Tidak sekolah= 5.

Pekerjaan dengan kriteria pengcodingan buruh= 1, IRT= 2, karyawan swasta= 3, pensiunan= 4, PNS= 5, tidak bekerja= 6, wiraswasta= 7. Pendapatan dengan kriteria pengcodinga < 750.000= 1, 750.000 - 1.452.400= 2, 1.452.400 - 2.000.000= 3, > 2.000.000= 4. Keyakinan terhadap penyakit dengan kriteria pengcodingan ikhlas= 1, pola hidup tidak sehat= 2, sebagai penggugur dosa= 3, sudah ketentuan dari Tuhan= 4, Ujian dari Tuhan untuk mengangkat derajat= 5. Perasaan dengan kriteria pengcodingan ikhlas= 1, sedih = 2. Tindakan yang dilakukan keluarga saat sakit dengan kriteria pengcodingan membeli obat di apotek= 1, pergi ke puskesmas/RS= 2.

Pada karakteristik demografi penderita DM pengcodingan terdiri dari usia dengan kriteria pengcodingan dewasa awal (20-40 tahun)= 1,

dewasa tengah (41-60 tahun)= 2, lanjut usia= 3. Jenis Kelamin dengan kriteria pengcodingan laki-laki= 1, perempuan= 2. Pendidikan dengan kriteria pengcodingan perguruan tinggi= 1, SMA= 2, SMP= 3, SD= 4, tidak sekolah = 5. Pekerjaan dengan kriteria pengcodingan buruh= 1, IRT= 2, karyawan swasta= 3, Pensiunan= 4, PNS= 5, Tidak bekerja= 6, Wiraswasta= 7. Pendapatan dengan kriteria pengcodingan < 750.000= 1, 750.000 - 1.452.400 = 2, 1.452.400 - 2.000.000= 3, > 2.000.000= 4. Lama menderita dengan kriteria pengcodingan, < 3 tahun= 1, > 3 tahun= 2. Komplikasi dengan kriteria asam lambung & bronkitis= 1, hipertensi= 2, jantung= 3, kolesterol dan asam urat= 4, sinusitis dan peradangan di otak= 5, strok= 6, luka= 7, paru-paru= 8, pendengaran berkurang= 9, penglihatan berkurang= 10, tulang= 11, tidak= 12.

Pada karakteristik demografi keluarga penderita DM untuk hubungan karakteristik keluarga penderita DM dengan dukungan keluarga antara lain usia dengan kriteria dewasa awal= 1, dewasa tengah= 2. Hubungan dengan pasien dengan kriteria pasangan= 1, saudara= 2. Agama dengan kriteria Islam= 1. Jenis kelamin dengan kriteria laki-laki= 1, perempuan= 2. Pendidikan dengan kriteria sekolah= 1, tidak sekolah= 2. Pekerjaan dengan kriteria bekerja= 1, tidak bekerja= 2. Pendapatan dengan kriteria diatas UMR= 1, dibawah UMR= 2. Keyakinan dengan kriteria dari Tuhan= 1, dari manusia= 2. Perasaan dengan kriteria ikhlas= 1, sedih= 2. Tindakan keluarga

dengan kriteria membeli obat di apotek= 1, pergi ke puskesmas/RS=

2. Suku dengan kriteria Jawa= 1.

Pada karakteristik demografi penderita DM untuk hubungan karakteristik penderita DM dengan kualitas hidup penderita DM antara lain usia dengan kriteria dewasa awal= 1, dewasa tengah= 2. Agama dengan kriteria Islam= 1. Jenis kelamin dengan kriteria laki-laki= 1, perempuan= 2. Pendidikan dengan kriteria sekolah= 1, tidak sekolah= 2. Pekerjaan dengan kriteria bekerja= 1, tidak bekerja= 2. Pendapatan dengan kriteria diatas UMR= 1, dibawah UMR= 2. Lama menderita <3 tahun= 1, >3 tahun= 2. Komplikasi dengan kriteria iya= 1, tidak= 2.

Pengcodingan pada variabel bebas dan variabel teriat adalah Dukungan Keluarga dengan kriteria pengcodingan baik = 1, buruk= 2. Kualitas Hidup Penderita DM dengan kriteria pengcodingan baik= 1, buruk = 2

### 3. *Entry data*

*Entry data* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau base komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi

### 4. *Cleaning*

*Cleaning* adalah proses memeriksa kembali data yang dimasukkan apakah sudah benar atau belum (Setiadi, 2007). Karena kesalahan

mungkin terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Hasil dari pembersihan data didapatkan bahwa tidak ada kesalahan sehingga seluruh data dapat digunakan.

## I. Analisis Data

### 1. Analisis data deskriptif

Penelitian ini juga menggunakan analisa data deskriptif untuk data demografi penderita diabetes melitus dan keluarga. Data dikategorikan dalam bentuk frekuensi, presentase dan rata-rata.

### 2. Analisis data inferensial

Penelitian ini membuktikan ada tidaknya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus. Analisa data yang digunakan yaitu statistik analitis data inferensial karena mempunyai dua variabel yaitu dukungan keluarga sebagai variabel bebas (*independent*) dan kualitas hidup sebagai variabel terikat (*dependent*). Penelitian ini menggunakan uji *Chi-Square* jenis tabel 2 x 2 yang telah memenuhi syarat seperti jenis hipotesis komparatif atau hubungan, data tidak berpasangan, skala variabel kategorik (skala nominal dengan skala nominal) dan masing-masing dengan 2 kategori pengukuran. Interpretasi hasil dalam uji *Chi-Square* dilihat pada tabel *fisher exact test* karena ada satu sel yang expected countnya kurang dari 5 dengan nilai *significancy*-nya  $p < 0,05$  artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus.

## **J. Etika Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip dasar etik peneliti yang meliputi :

### 1. Prinsip manfaat

Prinsip manfaat dari penelitian ini bertujuan agar responden terbebas dari penderitaan, eksploitasi dan resiko. Terbebas dari penderitaan ini penelitian tidak boleh mengakibatkan sakit kepada responden. Bebas dari eksploitasi yaitu penelitian tidak merugikan responden seperti informasi yang diberikan responden tidak digunakan untuk hal-hal yang dapat merugikan responden. Bebas dari resiko dengan cara penelitian memberikan manfaat bagi peneliti sendiri dan responden sehingga dalam melakukan penelitian telah dipertimbangkan kerugiannya.

### 2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

Penelitian ini memiliki prinsip memperlakukan responden secara manusiawi. Responden berhak memutuskan jawabannya tanpa ada sanksi apa pun. Peneliti juga memperlakukan responden dengan penuh tanggung jawab dan memberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian. Responden berhak berpartisipasi atau menolak menjadi responden.

### 3. Prinsip Keadilan (*Right to Justice*)

Penelitian ini responden diperlakukan secara adil sebelum, selama, dan sesudah penelitian. Peneliti tidak boleh membedakan responden satu dengan yang lain. Peneliti juga menjaga kerahasiaan identitas responden seperti tidak mencantumkan namanya hanya inisialnya saja.

4. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti. Identitas responden hanya akan dituliskan dengan inisial huruf depan nama responden dalam penyajian data penelitian.

## 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						<i>p</i> 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>								
	Islam	15	28,8%	37	71,2	52	100,0	<i>a</i>	<i>a</i>
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 ( $p=0,007$ ,  $\text{cramer's } v = 0,373$ ) dan lama menderita DM ( $p=0,014$ ,  $\text{cramer's } v = 0,340$ ), dengan kualitas hidup penderita DM. Variabel usia ( $p=1,000$ ,  $\text{cramer's } v = 0,025$ ), jenis kelamin ( $p=0,540$ ,  $\text{cramer's } v = 0,117$ ), pendidikan ( $p=0,311$ ,  $\text{cramer's } v = 0,187$ ) dan pekerjaan ( $p=1,000$ ,  $\text{cramer's } v = 0,127$ ), komplikasi ( $p=0,362$ ,  $\text{cramer's } v = 0,157$ ) 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 0,0%	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 miliknya (Gautamet *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 Gautamet *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 instrumental dan dukungan informasi. Dukungan emosional berupa rasa

perhatian atau empati, dukungan penghargaanyaitu 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

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. 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.

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

2. 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

## **B. 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

- AL Quran dan Terjemahannya Special For Woman. (2009). Sygma Examedia Aikanleema.
- 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](http://professional.diabetes.org/admin/userfiles/0%20-%20sean/documents/january%20supplement%20combined_final.pdf)
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Boedisantoso, A. (2009). Komplikasi Akut Diabetes Melitus. Dalam S. Soegondo, P. Soewondo & I. Subekti (Eds.), *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Burroughs, T.E., Desikan, R., Waterman, B.M., Gilin, D., McGill, C. (2004). Development and Validation of the Diabetes Quality of Live Brief Clinical Inventory. *Diabetes Spectrum*, 17(1). 41-49.
- Dahlan, S. (2011). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Estiandani, P. (2013). Penerimaan Diri Penderita dan Keluarga Penderita Kusta di Kecamatan Sumber Kabupaten Rembang, Provinsi Jawa Tengah. Diakses pada 9 Juni 2016, dari <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-aun036fe900e0full.pdf>
- Friedman, L. M. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori & Praktik*. (5<sup>th</sup> ed.) Jakarta: EGC.
- Hidayat. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- IDF. (2013). *IDF Diabetes Atlas*. (6<sup>th</sup> ed). Diakses pada 8 Juni 2016, dari [http://www.idf.org/sites/default/files/EN\\_6E\\_Atlas\\_Full\\_0.pdf](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.
- Javanbakht, M., Abolhasani, F., Mashayekhi, A., Baradaran, H.R. & Noudeh, Y.J. (2012). HealthRelated Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Iran: A National Survey. *PlosOne*, 7(8), 1-9.

- 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>
- 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\\_PR\\_OVINSI\\_2012/14\\_Profil\\_Kes.Prov.DIYogyakarta\\_2012.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PR_OVINSI_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.
- Mikaikiukstiene, Zagminas, Salyga & Stukas. (2013). *Quality of life in relation to social and disease factors in patients with type 2 diabetes in Lithuania*. Diakses pada 15 Juni 2016, dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23462804>.
- 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.

- Ndraha, S. (2014). *Diabetes Melitus Tipe 2 dan Tatalaksana Terkini*. Diakses 5 Mei 2015, dari [http://cme.medicinus.co/file.php/1/LEADING\\_ARTICLE\\_Diabetes\\_Mellitus\\_Tipe\\_2\\_dan\\_tata\\_laksana\\_terkini.pdf](http://cme.medicinus.co/file.php/1/LEADING_ARTICLE_Diabetes_Mellitus_Tipe_2_dan_tata_laksana_terkini.pdf)
- 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>
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
- Nuraenah, Mustikasari, Putri, Y.S.E., (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS Jiwa Klender Jakarta Timur*. Diakses pada 8 Juni 2013, dari <http://ppnijateng.org/wp-content/uploads/2014/09/6.-HUBUNGAN-DUKUNGAN-KELUARGA-DAN-BEBAN-KELUARGA-DALAM-MERAWAT-ANGGOTA-DENGAN-RIWAYAT-PERILAKU.pdf>
- Nurkhalim, R. f. (2012). *Kualitas Hidup Lansia di Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Jawa Timur.
- Nursalam. (2013). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Klinis* (3<sup>th</sup> ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Papalia, D.E, Selly W. Old dan Ruth D. Feldman. (2008). *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. (9<sup>th</sup> ed.) Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2011). *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2011*. Diakses 9 Juni 2015, dari [http://labcito.co.id/wp-content/uploads/2015/03/Revisi\\_Final\\_KONSENSUS\\_DM\\_Tipe\\_2\\_In\\_donesia\\_2011.pdf](http://labcito.co.id/wp-content/uploads/2015/03/Revisi_Final_KONSENSUS_DM_Tipe_2_In_donesia_2011.pdf)




- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (4<sup>th</sup> ed.)* Jakarta: EGC.
- Pradana. (2013). *Hubungan Kualitas Hisap dengan Kebutuhan Perawatan Paliatif Pada Pasien Kanker di RSUP Sanglah Dendpasar*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Udayana, Denpasar.
- Rachmaningtyas, A. (2013, September ). Jumlah penderita diabetes di Indonesia masuk 7 dunia. *Sindonews*.
- Rahayu, S. (2009). *Hubungan antara Pengetahuan Keluarga dengan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Diabetes Melitus di Desa Pamongan Kecamatan Gentur Kabupaten Demak*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Muhammadiyah Semarang, Semarang.
- 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.
- Retnowati, N., Setyabakti, P. (2015). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Tanah Kalikedinding. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3 (1), 57-68.
- Rifki, N.N. (2009). Penatalaksanaan Diabetes dengan Pendekatan Keluarga. Dalam S. Soegondo, P. Soewondo & I. Subekti (Eds.), *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- 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.
- Rondhianto. (2013). Faktor yang Berhubungan dengan Hambatan Diet Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari Kabupaten Bondowoso. *Jurnal ISKEMA*, 9 (1), 9-17.
- Sari, N.R. (2012). *Diabetes Melitus*. Yogyakarta. Nuha Medika.

- Setyawati, I. (2006). *Peran Keluarga dalam Perawatan Penderita Diabetes Melitus Secara Mandiri di Rumah*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Yogyakarta.
- Silaban, L.R. (2013). *Kualitas Hidup Diabetes melitus di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Umum Daerah dr. Pirngadi Medan*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Sumatra Utara, Medan.
- 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.
- Smeltzer & Bare. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah* (8<sup>th</sup> ed.). Jakarta: EGC.
- Soegondo, S. (2006). *Farmakoterapi pada pengendalian glikemia diabetes melitus tipe 2. Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Soegondo, S. (2009). Diagnosa dan Klasifikasi Diabetes Melitus Terkini. Dalam S. Soegondo, P. Soewondo & I. Subekti (Eds.), *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Souse. (2006). Demographic Differences of Adult with Diabetes Mellitus Crosssectional study. *Brazilian Journal of Nursing*, 5 (2).
- Suardana, I.K., Rsdini, I.G.A.A., Kusmarjathi, N.,K. Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas IV Denpasar Bali. *Jurnal Skala Husada*, 12 (1), 96-102.
- Subekti, I. (2009). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Susanti, M.L., Sulistyarini, T. (2013). Dukungan Keluarga Meningkatkan Pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap RS. Baptis Kediri. *Jurnal STIKES*, 6 (1).
- Suyono, S. (2009). Kecenderungan Peningkatan Jumlah Penyandang Diabetes. Dalam S. Soegondo, P. Soewondo & I. Subekti (Eds.), *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- 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.

- Walker. (2007). Importance of Illness Beliefs and Self Efficacy for Patients with Coronary Heart Disease. Diakses 16 Juni 2016, dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17877566>
- Wardhani, R.S.P. (2013). *Penerimaan Keluarga Pasien Skizofrenia yang Menjalani Rawat Inap*. Karya Tulis Ilmiah Strata Satu, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta.
- Waspadji, S. (2009). Diabetes Melitus: Mekanisme Dasar dan Pengelolaan yang Rasional. Dalam S. Soegondo, P. Soewondo & I. Subekti (Eds.), *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- WHO. (2004). *Introduction the WHOQOL Instrument*. Diakses 3 Juli 2015, dari [http://depts.washington.edu/seaol/docs/WHOQOL\\_Info.pdf](http://depts.washington.edu/seaol/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/>.
- 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).
- Yudianto, Rismadewi, & Maryati. (2008). Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur, 10 (XVIII). 76.
- 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.
- Zulfitri, R., Agrina & Herlina. (2012). Gambaran Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai. *Jurnal ners Indonesia*, 2 (2). 109-115.

# LAMPIRAN

## Lampiran 1. Surat Permohonan Survey Pendahuluan

**Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**

Status: Tarakreditasi B  
DIRJEN DIKTI DEPKEMAS  
NO. 015/BAN-PTIAK-XI/S/11/2009

Nomor: 040 / B.4-III / XI / 2015  
Hal : Survey Pendahuluan  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II  
di  
YOGYAKARTA.

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Pimpinan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, memohon ijin :


**N a m a** : Vitta Chusmeywati  
**Nomor Mahasiswa.** : 2012 032 0022  
**Program Studi** : Ilmu Keperawatan

Untuk mengadakan Survey Pendahuluan pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka  
persiapan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ) sebagai akhir studi Sarjana Keperawatan ( S1 ).  
“( Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ).”

Demikian, atas perkenan dan kerjasama yang diberikan diucapkan terima kasih.


*Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 10 Nopember 2015  
Ketua Prodi PSIK FKIK UMY

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

**Kampus:**  
Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext 215 Fax FKIK (0274) 387658, Fax Universitas (0274) 387646

## Lampiran 2. Surat Balasan Survey Pendahuluan



**RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II**  
Jl. Wates Km. 5,5 Gamping, Sleman, Yogyakarta  
Telp. 0274-6499704, IGD 0274-6499707  
Fax 0274-6499727, E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

06 Sapar 1437H/ 18 november 2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 0764 /Pl.24.1/XI/2015  
Hal : Ijin Survey pendahuluan

Kepada Yth.  
Kaprod PSIK UMY  
Jl. Lingkar Selatan Tamantirto Bantul  
Assalamu'alaikum wr.wb.

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 040/B4-III/XI/2015 tanggal 10 November 2015 tentang permohonan Survey pendahuluan bagi:

Nama : Vita Chusmeywati  
NIM : 20120320022  
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Survey pendahuluan..
3. Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenalan.
4. Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp. 300.000 (Tiga Ratus Ribu Rupiah) berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
5. Pembayaran dilakukan di bagian Keuangan pada jam kerja ( 08.00 – 14.00 WIB )
6. Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Bagian Perencanaan dan Pengembangan dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
7. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disahkan kepada RS PKU Muh. Yk. melalui Bagian Perencanaan dan Pengembangan dan menyerahkan Abstrak dan hasil penelitian kepada rumah sakit.


Catatan:

1. Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Kabag Perencanaan Penelitian dan Pengembangan ( Ibu Irma Risdiana,MPH,Apt )
2. Selama melakukan Survey pendahuluan berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu :  
- Adiana Retno, S,Kep.,Ns

Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang kerjasama dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.

Demikian, untuk menjadikan maklum  
Wassalamu'alaikum wr.wb.

Direktur Pendidikan dan Penelitian

  
dr. Hj Ekorini Listiyawati MMB, A.,  
NBM. 908.340

Tembusan:

1. Bagian Penelitian dan Pengembangan RS PKU Muh Yk
2. Pembimbing yang Bersangkutan
3. Peneliti yang bersangkutan (Vita Chusmeywati)
4. Arsip

Cepat - Mutu - Nyaman - Ringan - Islami

Lampiran 3. Lembar Permohonan Menjadi Responden

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Penderita DM beserta keluarga di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Nama : Vitta Chusmeywati

NIM : 20120320022

Akan mengadakan penelitian tentang "**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II**". Untuk itu saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Segala hal yang bersifat rahasia akan saya rahasiakan dan saya gunakan hanya untuk penelitian ini.

Demikian surat permohonan ini saya sampaikan, atas kesediaan Bapak/Ibu sebagai responden saya ucapkan terima kasih.

Yogyakarta,...April 2016

Penulis

Vitta Chusmeywati

Lampiran 4. Lembar Persetujuan menjadi responden (*Inform Consent*)

## LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

### (INFORM CONSENT)

**Assalamu'alaikum, Wr. Wb**

Puji syukur marilah kita haturkan ke Hadirat Allah SWT, Rob Semesta Alam. Tak lupa shoawat serta salam semoga selalu tercurah kepada junjungan kita, Nabi Besar Muhammad SAW. Smoga ajaran yang telah beliau tinggalkan dapat kita amalkan dalam kehidupan ini, dan semoga kita mendapatkan syafa'at beliau di akherat kelak. Amin.

Dengan ini :

Nama :

Alamat :

Saya menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II", yang dilaksanakan oleh :

Nama : Vitta Chusmeywati

No Mahasiswa : 2012032022

Kerahasiaan informasi dan identitas responden dijamin oleh peneliti dan tidak akan disebar luaskan baik melalui media massa atau pun elektronik.

**Wassalamu'alaikum, Wr. Wb**

Yogyakarta,.....April 2016

Responden

.....



Lampiran 5. Kuesioner Karakteristik Demografi Penderita DM

**KUESIONER PENELITIAN  
KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PENDERITA DM**

Petunjuk pengisian

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilih salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu/Saudara (i) dengan cara memberikan tanda check list (V) pada pilihan jawaban yang dipilih

**Karakteristik Demografi Responden**

1. Nama : .....
2. Umur : .....
3. Alamat : .....
4. No. HP / Telp : .....
5. Agama : .....
6. Jenis Kelamin :  Laki-laki       Perempuan
7. Pendidikan  
 SD/Sederajat  
 SMP/Sederajat  
 SMA/Sederajat  
 Perguruan Tinggi  
 Lain-lain .....
8. Pekerjaan

- Tidak bekerja                       PNS  
 Buruh                                       TNI/POLRI  
 Petani                                       Lain-lain .....

9. Rata-rata pendapatan perbulan        :
- Rp. 750.000,00                       Rp. 1.452.400,00 - Rp.  
2.000.000,00                                        
 Rp. 750.000,00 - Rp. 1.452.400,00        > Rp. 2.000.000,00

10. Lama menderita diabetes                : .....

11. Komplikasi        :

- Ya, sebutkan .....
- Tidak

Lampiran 6. Kuesioner Karakteristik Demografi Keluarga Penderita DM

**KUESIONER PENELITIAN**  
**KARAKTERISTIK DEMOGRAFI KELUARGA PENDERITA**  
**DM**

Petunjuk pengisian

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilih salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu/Saudara (i) dengan cara memberikan tanda check list (V) pada pilihan jawaban yang dipilih

**Karakteristik Demografi Responden**

1. Nama : .....
2. Umur : .....
3. Alamat : .....
4. Hubungan dengan pasien : .....
5. No. Hp / Telp : .....
6. Agama : .....
7. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan
8. Pendidikan  
 SD/Sederajat  
 SMP/Sederajat

- SMA/Sederajat
- Perguruan Tinggi
- Lain-lain .....

9. Pekerjaan

- Tidak bekerja                       PNS
- Buruh                                       TNI/POLRI
- Petani                                       Lain-lain .....

10. Rata-rata pendapatan perbulan :

<  Rp. 750.000,00                       Rp. 1.452.400,00 - Rp.

2.000.000,00

Rp. 750.000,00 - Rp. 1.452.400,00     > Rp. 2.000.000,00

11. Apa keyakinan anda terhadap penyakit yang diderita anggota keluarga :

- Hukuman dari Tuhan karena banyak dosa
- Ujian dari Tuhan untuk mengangkat derajat
- Sebagai penebus dosa
- Sudah ketentuan dari Tuhan
- Lainnya, sebutkan .....

12. Apa yang anda rasakan saat menghadapi penyakit DM yang diderita anggota keluarga anda :

- Marah
- Senang
- Sedih

Lainnya, sebutkan .....

13. Apa yang dilakukan pertama kali oleh keluarga ketika ada anggota keluarga yang sakit :

Pergi ke puskesmas

Pergi ke orang pintar

Membeli jamu

Membeli obat di warung

14. Anda berasal dari suku :

Jawa

Batak

Sunda

Lainnya, sebutkan .....

Lampiran 7. Kuesioner Dukungan Keluarga

**KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA**

**Petunjuk pengisian :**

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan cara memberi tanda centang (√) pada kolom yang sudah disediakan

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
<b>Dukungan Emosional</b>					
1.	Saya selalu ada di dekat pasien DM ketika ia mempunyai masalah				
2.	Saya memberikan solusi ketika pasien DM cemas dengan penyakitnya				
3.	Saya merasa terganggu dengan DM pasien				
<b>Dukungan Penghargaan</b>					
4.	Saya memotivasi pasien DM untuk tetap aktif dengan masyarakat				
5.	Saya melibatkan pasien DM dalam pengambilan keputusan				
6.	Saya merasa bosan dengan keluhan pasien DM				
7.	Saya mendengarkan pasien DM jika berkeluh kesah tentang penyakitnya				
<b>Dukungan Instrumental</b>					
8.	Saya mengantarkan pasien DM untuk berobat				
9.	Saya membiayai pengobatan pasien DM				
10.	Saya menyediakan semua kebutuhan sehari-hari pasien DM				
11.	Saya menyediakan makanan sesuai pasien DM				
12.	Saya mengajak pasien DM untuk rekreasi				
<b>Dukungan Informasi</b>					
13.	Saya mengingatkan pasien DM untuk kontrol ke dokter				
14.	Saya mengingatkan pasien DM untuk meminum obat				
15.	Saya mengingatkan pasien untuk mengatur pola diet				

16.	Saya mengingatkan pasien DM untuk berolahraga				
17.	Saya mengingatkan pasien rutin kontrol gula darah				

Lampiran 8. Kuesioner Kualitas Hidup

**KUESIONER KUALITAS HIDUP**

**Petunjuk pengisian :**

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan cara memberi tanda centang (√) pada kolom yang sudah disediakan

No.	Pertanyaan	Sangat Puas	Cukup Puas	Biasa-biasa saja	Cukup Tidak Puas	Tidak Puas
1.	Seberapa puaskah anda dengan pengobatan diabetes anda saat ini ?					
2.	Seberapa puaskah anda dengan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk perawatan diabetes anda ?					
3.	Apakah anda puas dengan waktu yang anda habiskan untuk mencapai kadar gula yang normal ?					
4.	Apakah anda puas dengan waktu yang anda gunakan untuk berolahraga?					
5.	Apakah anda puas dengan beban yang harus dialami keluarga anda karena anda menderita diabetes?					
6.	Seberapa puaskah anda dengan waktu yang dihabiskan untuk kontrol pemeriksaan diabetes anda ?					
7.	Apakah anda puas dengan pengetahuan anda tentang diabetes ?					



No.	Pertanyaan	Tidak Pernah	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
8.	Seberapa sering anda memakan makanan yang tidak boleh dimakan ?					
9.	Seberapa sering anda khawatir tentang kemungkinan anda akan kehilangan pekerjaan karena anda menderita diabetes ?					
10.	Seberapa sering anda mengalami tidur malam yang tidak nyenyak karena diabetes ?					
11.	Seberapa sering anda merasa diabetes membatasi karir anda ?					
12.	Seberapa sering anda merasa sakit secara fisik ?					

## Lampiran 9. Kuesioner Kualitas Hidup DQOL dari Burrough 2004

### Feature Article/DQOL Brief Clinical Inventory

**Table 3. 15-Question Care Scale**

1.	How satisfied are you with your current diabetes treatment?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
2.	How satisfied are you with the amount of time it takes to manage your diabetes?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
3.	How often do you find that you eat something you shouldn't rather than tell someone that you have diabetes?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
4.	How often do you worry about whether you will miss work?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
5.	How satisfied are you with the time it takes to determine your sugar level?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
6.	How satisfied are you with the time you spend exercising?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
7.	How often do you have a bad night's sleep because of diabetes?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
8.	How satisfied are you with your sex life?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
9.	How often do you feel diabetes limits your career?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
10.	How often do you have pain because of the treatment for your diabetes?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
11.	How satisfied are you with the burden your diabetes is placing on your family?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
12.	How often do you feel physically ill?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
13.	How often do you worry about whether you will pass out?	Never	Very Seldom	Sometimes	Often	All the time
14.	How satisfied are you with time spent getting checkups for your diabetes?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied
15.	How satisfied are you with your knowledge about your diabetes?	Very Satisfied	Moderately Satisfied	Neither	Moderately Dissatisfied	Very Dissatisfied

corrected  $r = 0.97$ ), and the weakest relationship was with the social worry scale (uncorrected  $r = 0.43$  and corrected  $r = 0.52$ ). The final set of 15-items selected into the two regression models is shown in Table 3.

#### DISCUSSION

Research has suggested that individuals with diabetes have reduced

HRQOL compared to the general population, but better HRQOL than individuals with many other chronic illnesses.<sup>7</sup> While intensive insulin therapy has been successful in achieving control of the physical symptoms and complications of diabetes, patients report varied and mixed impact on their HRQOL.<sup>17,19-21,23,24,27</sup> As a result, helping patients balance disease con-

trol and treatment burden is a critical goal for health care providers.

Past communication research has demonstrated that many patient issues go unexplored in office visits, due to factors including limited time for interaction, provider communication style, and patient discomfort raising issues with the provider.<sup>25,29,31,33,34</sup> The goal of this study was to establish a reliable and valid brief DQOL inventory—focused on treatment satisfaction and compliance issues—that could be effectively integrated into clinicians' office settings to improve patient-provider communication. Previous HRQOL instruments, largely because of their length, have not transitioned from the research setting to provider office settings.

To establish this shortened and treatment-focused inventory, we employed a statistically driven three-step process to identify the core set of items that is strongly linked to participants' satisfaction with the diabetes control and their own self-care behaviors. The result was a 15-item shortened scale instrument that is highly correlated with the total DQOL and subscales. The shortened instrument was also able to explain as much variance in self-care behaviors and satisfaction with diabetes control as did the full DQOL. This suggests that we lost very little core information from the original DQOL subscales as a result of significantly shortening the survey.

A primary purpose for this shortened survey is to facilitate better communication between patients and their health care providers. The 15 items on this survey cover a broad range of issues related to diabetes. They range from satisfaction with various aspects of the diabetes regimen to fears and concerns to frequency of diabetes problems. One can easily imagine how these issues might not be uncovered during a typical clinical office visit. It is also easy to imagine how many of these issues could be addressed either through tailoring of the regimen, providing information, or simply listening and providing reassurance to patients' concerns.

Because this was just the initial step in the development of a modified DQOL inventory, additional research will need to examine how to best integrate this measure into clinical practice and evaluate longitudinal

Lampiran 10. Kuesioner Kualitas Hidup DQOL dari Burrough 2004 back translet ke dalam bahasa Indonesia

Tabel 3. 15 Pertanyaan Skala Perawatan

1. Seberapa puaskah Anda dengan pengobatan diabetes Anda saat ini?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup Tidak Puas	Tidak Puas
2. Seberapa puaskah Anda dengan jumlah waktu yang dibutuhkan untuk <sup>perawatan</sup> mengelola diabetes Anda?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup idak Puas	Tidak Puas
3. Seberapa sering Anda <sup>mendapati bahwa</sup> Anda makan sesuatu yang seharusnya tidak boleh daripada memberitahu seseorang <sup>bahwa</sup> Anda memiliki diabetes?	Tidak Pernah	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
4. Seberapa sering Anda khawatir tentang <sup>apakah</sup> Anda <sup>menurunkan</sup> pekerjaan?	Tidak Pernah	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
5. Seberapa puaskah Anda dengan waktu yang dibutuhkan dalam <sup>untuk</sup> menentukan kadar gula Anda?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup	Tidak Puas
6. Seberapa puaskah Anda dengan waktu yang Anda habiskan untuk berolahraga?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup	Tidak Puas
7. Seberapa sering Anda mengalami tidur malam yang <sup>tidak nyaman</sup> karena diabetes?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup	Tidak Puas
8. Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seks Anda?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup	Tidak Puas
9. Seberapa sering Anda merasa diabetes membatasi karir Anda?	Tidak Pernah	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
10. Seberapa sering Anda <sup>menyalami</sup> memiliki rasa sakit karena pengobatan diabetes Anda?	Tidak Pernah	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
11. Seberapa puaskah Anda dengan beban diabetes Anda yang <sup>diletakkan</sup> pada keluarga Anda?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup	Tidak Puas
12. Seberapa sering Anda merasa sakit secara fisik?	Tidak Pernah	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
13. Seberapa sering Anda khawatir bahwa Anda akan pingsan?	Tidak Pernah	Sangat Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
14. Seberapa puaskah Anda dengan waktu yang dihabiskan <sup>untuk</sup> mendapatkan pemeriksaan <sup>untuk</sup> diabetes Anda?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup	Tidak Puas
15. Seberapa puaskah Anda dengan pengetahuan Anda tentang diabetes Anda?	Sangat Puas	Cukup Puas	Baik	Cukup	Tidak Puas


Lampiran 11. Kuesioner Kualitas Hidup DQOL dari Burrough 2004 back translet ke dalam bahasa Inggris

Tabel 3. 15 Treatment Scale Question

1. How satisfied are you with your diabetic treatment now?  
Very satisfied    satisfied enough    Good    Not satisfied enough    Not satisfied
2. How satisfied are you with the total time needed to manage your diabetic?  
Very satisfied    satisfied enough    Good    Not satisfied enough    Not satisfied
3. How often do you find yourself eating something that is forbidden instead of telling someone that you have diabetic?  
Never    Very rarely    Sometimes    Often    Always
4. How often are you afraid of missing your work?  
Never    Very rarely    Sometimes    Often    Always
5. How satisfied are you with the time needed to define your blood glucose level?  
Very satisfied    satisfied enough    Good    Not satisfied enough    Not satisfied
6. How satisfied are you with the time you spend to do exercises?  
Very satisfied    satisfied enough    Good    Not satisfied enough    Not satisfied
7. How often do you experience bad night-sleep because of diabetic?  
Never    Very rarely    Sometimes    Often    Always
8. How satisfied are you with your sexual life?  
Very satisfied    satisfied enough    Good    Not satisfied enough    Not satisfied
9. How often do you feel that diabetic limits your career?  
Never    Very rarely    Sometimes    Often    Always
10. How often do you have pain because of your diabetic treatment?  
Never    Very rarely    Sometimes    Often    Always
11. How satisfied are you with your burden of having diabetic put on your family?  
Very satisfied    satisfied enough    Good    Not satisfied enough    Not satisfied
12. How often do you feel ill physically?  
Never    Very rarely    Sometimes    Often    Always
13. How often are you afraid that you will pass out/faint?  
Never    Very rarely    Sometimes    Often    Always
14. How satisfied are you with the time that you spend to get the examination for your diabetic?  
Very satisfied    satisfied enough    Good    Not satisfied enough    Not satisfied
15. How satisfied are you with your knowledge about your diabetic?  
Very satisfied    satisfied enough    Good    Not satisfied enough    Not satisfied



Lampiran 12. Sertifikat Translation dari PBB

 UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
**PUSAT PELATIHAN BAHASA**

Yogyakarta, 27 November 2015



**CERTIFIED OF TRANSLATION**

To whom it may concern,  
Under these people's names,  
Name: 1. Pratama Ahdi, S.S.  
2. Mutmainnah Sitta Zumala, S.Ant

Institution: The Language Training Center, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Hereby declare that this statement represents our work of translation from English into Indonesian and from Indonesian into English on the document in form of questionnaire on behalf of:

Name: Vitta Chusmeywati  
Undergraduate student in Department of Nursing, Faculty of Medical, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Sincerely,  
  
(.....)  
(Pratama Ahdi, S.S.)  
  
(.....)  
(Mutmainnah Sitta Zumala, S.Ant)

Gedung Perpustakaan Lt. 4  
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto,  
Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Indonesia

+62 - 274 387656 ext. 151, 150, 169  
+62 - 274 387646  
<http://ppb.umy.ac.id>  
[ppbumy@umy.ac.id](mailto:ppbumy@umy.ac.id), [ppbumy@gmail.com](mailto:ppbumy@gmail.com)

Unggul & Islami

### Lampiran 13. Perhitungan Sampel

#### PERHITUNGAN SAMPEL

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{61}{1 + 61(0,05)^2}$$

$$n = \frac{61}{1 + 61(0,0025)}$$

$$n = \frac{61}{1 + 0,1525}$$

$$n = \frac{61}{1,1525}$$

$n = 52,9$ , dibulatkan menjadi 53 responden

Keterangan :

$n$  = Besar sampel

$N$  = Besar populasi

$d$  = Tingkat Signifikansi ( $p$ )

Karena pada saat penelitian peneliti ada 1 responden dari masing-masing keluarga penderita DM dan penderita DM yang tidak memenuhi syarat inklusi, maka responden menjadi 52 responden keluarga penderita DM dan penderita DM. Total responden seluruhnya 104 responden.

## Lampiran 14. Surat Keterangan Kelayakan Etika Penelitian



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

### SURAT KETERANGAN KELAYAKAN ETIKA PENELITIAN

Nomor : 534/EP-FKIK-UMY/II/2016

Komisi Etika Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang terdiri atas :

1. Prof. dr.H. Djauhar Ismail, Sp.A(K)., Ph.D.
2. Prof.Dr.dr.H. Soewito A, Sp.THT-KL
3. drg. Ana Medawati, M.Kes
4. drh. Tri Wulandari, M.Kes
5. Dr. dr. Titeik Hidayati, M. Kes
6. Dr. dr. Tri Wahyuliati, Sp. S., M. Kes
7. Titih Huriah, Ns., M. Kep., Sp. Kom
8. Dr. drg. Tita Ratya Utari, Sp. Ort
9. Sabtanti Harimurti, Ph. D., Apt
10. Dr. dr. Arlina Dewi, MMR
11. Yuni Permatasari Istanti, S. Kep. Ns., Sp. KMB
12. Dra. Irma Risdiyana, Apt., MPH
13. dr. Inayati Habib, Sp. MK., M. Kes

Telah mengkaji permohonan kelayakan etika penelitian yang diajukan oleh :

**Nama Peneliti** : Vitta Chusmeywati  
**NIM** : 20120320022  
**Judul Penelitian** : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II  
**Pada Tanggal** : 16 Januari 2016  
**Dengan Hasil** : Layak Etik dengan Usul Perbaikan

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 18 Januari 2016

Sekretaris,



Dr. dr. Titeik Hidayati, M. Kes

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 213 . 7491350 Fax. (0274) 387658

*Muda mendunia*

Lampiran 15. Surat Permohonan Validitas



Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A  
SK BAN-PT  
No. 851/SK/BAN-PT/IAK-SURV/PN/VIII/2015

Nomor: 025 / B.4-III / I / 2016  
Hal : Uji Validitas  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I  
di-  
**YOGYAKARTA.**

Assalamu 'alaikum Wr. Wb.

Pimpinan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, memohon ijin :

N a m a : Vitta Chusmeywati  
Nomor Mahasiswa. : 2012032 0022  
Program Studi : Ilmu Keperawatan

Untuk mengadakan Uji Validitas pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka persiapan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ) sebagai akhir studi Sarjana Keperawatan ( S1 ). “ ( Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ). ”

Demikian, atas perkenan dan kerjasama yang diberikan diucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, 26 Januari 2016  
Ketua. Prodi PSIK FKIK UMY




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

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183



Lampiran 16. Surat Balasan Validitas

**RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**  
Jl. KH. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta 55122  
Telp. (0274) 512653 Fax. (0274) 566129, IGD : (0274) 370262, E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

04 Jumadil Awwal 1437H/ 13 Pebruari 2016 **بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ**

Nomor : 394/Pl.24.1/II/2016  
Hal : Ijin Uji Validitas dan Reabilitas

Kepada Yth.  
Kaprod PSIK UMY  
Jl Lingkar Selatan Tamantirto Bantul  
*Assalamu'alaikum wr.wb.*  
Memperhatikan surat Saudara Nomor : 025/B4-III/I/2016 tanggal 26 Januari 2016 tentang permohonan Uji Validitas dan Reabilitas bagi:

**Nama : Vita Chusmeywati**  
**NIM : 20120320022**  
**Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II**


Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Uji Validitas dan Reabilitas..
3. Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenal.
4. Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp. Rp. 100.000 (Seratus Ribu Rupiah)berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
5. Pembayaran dilakukan di bagian Keuangan pada jam kerja ( 08.00 – 14.00 WIB )
6. Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Bagian Perencanaan dan Pengembangan dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
7. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disyahkan kepada RS PKU Muh. Yk. melalui Bagian Perencanaan dan Pengembangan dan menyerahkan Abstrak dan hasil penelitian kepada rumah sakit.

**Catatan:**

1. Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Kabag Perencanaan Penelitian dan Pengembangan ( Ibu Irma Risdiana, MPH, Apt )
2. Selama melakukan Uji Validitas dan Reabilitas berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu :  
- **Arif Riyanto, S.Kep.,Ns**

Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang kerjasama dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.  
Demikian, untuk menjadikan maklum  
*Wassalamu'alaikum wr.wb.*

Direktur Pendidikan dan Penelitian  
  
**dr. Hj Ekorini Listyowati, MMR** -  
NBM/ 908.340

Tembusan:

1. Bagian Penelitian dan Pengembangan RS PKU Muh Yk
2. Pembimbing yang Bersangkutan
3. Peneliti yang bersangkutan ( Vita Chusmeywati)
4. Arsip
- 1.

*Cepat - Mutu - Nyaman - Ringan - Islami*

Lampiran 17. Surat Permohonan Penelitian di Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik



Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A  
SK BAN-PT  
No: 851/SK/BAN-PT/IAK-SURV/PN/VIII/2015

Nomor : 008 /B.4-III / VI /2016  
Hal : **Permohonan Surat Ijin Penelitian**  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik  
Kabupaten Sleman Yogyakarta  
di-  
**YOGYAKARTA.**

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Bersama ini kami sampaikan dengan hormat, bahwa untuk memperoleh derajat sarjana Keperawatan, mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta diberi tugas Penulisan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ). Untuk itu diperlukan penelitian di lapangan guna mendapatkan kebenaran dalam penulisan.

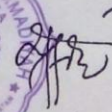
Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini dapat diijinkan untuk mencari data dan informasi sebagai penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Nama : **Vitta Chusmeywati**  
NIM : **2012032 0022**  
Pembimbing : **Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS**

Judul KTI : **“( Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ).”**

Demikian surat permohonan ijin ini kami ajukan, atas terkabulnya serta kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.



*Wasalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 9 Juni 2016  
Ketua Prodi PSIK FKIK UMY  
  
Sri Sumaryani, Ns.,M.Kep.,Sp.Mat.,HNC&S

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp (0274) 387656 ext 215 Fax FKIK (0274) 387658 Fax Universitas (0274) 387648

Lampiran 18. Surat Balasan Penelitian dari Kantor Bangsa dan Politik

	<b>PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN</b> <b>KANTOR KESATUAN BANGSA</b> Beran, Tridadi, Sleman, Yogyakarta, 55511 Telepon (0274) 864650, Faksimile (0274) 864650 Website: www.slemankab.go.id, E-mail: kesbang.sleman@yahoo.com
Sleman, 22 Juni 2016	
Nomor : 070 /Kesbang/2532 /2016	Kepada
Hal : Rekomendasi	Yth. Kepala Bappeda
Penelitian	Kabupaten Sleman di Sleman
<b>REKOMENDASI</b>	
Memperhatikan surat :	
Dari :	Ket. Prodi PSIK FKIK UMY
Nomor :	008/B.4-III/VI/2016
Tanggal :	9 Juni 2016
Perihal :	Permohonan Ijin Penelitian
Setelah mempelajari surat permohonan dan proposal yang diajukan, maka dapat diberikan rekomendasi dan tidak keberatan untuk melaksanakan penelitian dengan judul <b>"HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II"</b> kepada:	
Nama :	Vitta Chusmeywati
Alamat Rumah :	Tegal Baru Gumulan Klaten Tengah Klaten
No. Telepon :	085799123808
Universitas / Fakultas :	UMY / FKIK
NIM / NIP :	20120320022
Program Studi :	S1
Alamat Universitas :	Jl. Lingkar Selatan Tamantirto Kasihan Bantul
Lokasi Penelitian :	RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II
Waktu :	22 Juni - 22 Agustus 2016
Yang bersangkutan berkewajiban menghormati dan menaati peraturan serta tata tertib yang berlaku di wilayah penelitian. Demikian untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.	
Kepala Kantor Kesatuan Bangsa	
 Drs. <b>ARDANI</b> Pegawai Tingkat I, IV/b NIP. 19630511 199103 1 004	

Lampiran 19. Surat Permohonan Penelitian di BAPPEDA Kabupaten Sleman Yogyakarta



Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A  
SK BAN-PT  
No: 851/SKBAN-PTIAK-SURV/PN/VIII/2015

Nomor : 008 /B.4-III / VI /2016  
Hal : **Permohonan Surat Ijin Penelitian**  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Kepala BAPPEDA Kabupaten Sleman Yogyakarta  
di-  
**YOGYAKARTA.**

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Bersama ini kami sampaikan dengan hormat, bahwa untuk memperoleh derajat sarjana Keperawatan, mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta diberi tugas Penulisan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ). Untuk itu diperlukan penelitian di lapangan guna mendapatkan kebenaran dalam penulisan.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini dapat diijinkan untuk mencari data dan informasi sebagai penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Nama : **Vitta Chusmeywati**  
NIM : **2012032 0022**  
Pembimbing : **Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS**

Judul KTI : **"( Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II )."**

Demikian surat permohonan ijin ini kami ajukan, atas terkabulnya serta kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

*Wasalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 9 Juni 2016  
Ketua, Prodi PSIK FKIK UMY



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

Kampus

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 215 Fax. FKIK (0274) 387658, Fax. Universitas (0274) 387646

Lampiran 20. Surat Balasan Penelitian dari BAPPEDA Kabupaten Sleman Yogyakarta



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN  
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

Jalan Parasamya Nomor 1 Beran, Tridadi, Sleman, Yogyakarta 55511  
Telepon (0274) 868800, Faksimilie (0274) 868800  
Website: www.bappeda.slemankab.go.id, E-mail : bappeda@slemankab.go.id

SURAT IZIN

Nomor : 070 / Bappeda / 2643 / 2016

TENTANG  
PENELITIAN

KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

Dasar : Peraturan Bupati Sleman Nomor : 45 Tahun 2013 Tentang Izin Penelitian, Izin Kuliah Kerja Nyata, Dan Izin Praktik Kerja Lapangan.  
Menunjuk : Surat dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa Kab. Sleman  
Nomor : 070/Kesbang/2532/2016  
Hal : Rekomendasi Penelitian  
Tanggal : 22 Juni 2016

MENGIZINKAN :

Kepada :  
Nama : VITTA CHUSMEYWATI  
No.Mhs/NIM/NIP/NIK : 20120320022  
Program/Tingkat : S1  
Instansi/Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
Alamat instansi/Perguruan Tinggi : Jl. Lingkar Selatan Tamantirto Kasihan Bantul  
Alamat Rumah : Tegal Baru Gumulan Klaten Tengah Klaten  
No. Telp / HP : 085799123808  
Untuk : Mengadakan Penelitian / Pra Survey / Uji Validitas / PKL dengan judul  
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP  
PENDERITA DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT PKU  
MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II**  
Lokasi : RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Sleman  
Waktu : Selama 3 Bulan mulai tanggal 22 Juni 2016 s/d 21 September 2016

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Wajib melaporkan diri kepada Pejabat Pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau Kepala Instansi untuk mendapat petunjuk seperlunya.
2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.
3. Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan.
4. Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah.
5. Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.

Dikeluarkan di Sleman

Pada Tanggal : 22 Juni 2016

a.n. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah

Sekretaris

u.b.

Kepala Bidang Statistik, Penelitian, dan Perencanaan

ERNY MARYATUN, S.IP, MT

Pembina, IV/a

NIP 19720411 199603 2 003

Tembusan :

1. Bupati Sleman (sebagai laporan)
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sleman
3. Kabid. Sosial & Pemerintahan Bappeda Kab. Sleman
4. Camat Gamping
5. Direktur RS PKU Yogyakarta Unit II
6. Ketua Prodi PSIK FKIK UMY
7. Yang Bersangkutan

Lampiran 21. Surat Permohonan Penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II



Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A

SK BAN-PT

No: 851/SK/BAN-PT/IAK-SURV/PN/VIII/2015

Nomor : 010 /B.4-III / I /2016  
Hal : **Permohonan Surat Ijin Penelitian**  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II  
di-  
**YOGYAKARTA.**

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Bersama ini kami sampaikan dengan hormat, bahwa untuk memperoleh derajat sarjana Keperawatan, mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta diberi tugas Penulisan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ). Untuk itu diperlukan penelitian di lapangan guna mendapatkan kebenaran dalam penulisan.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini dapat diijinkan untuk mencari data dan informasi sebagai penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Nama : Vitta Chusmeywati  
NIM : 2012032 0022  
Pembimbing : Yanuar Primanda, S.Kep.,Ns.,MNS.,HNC

Judul KTI : “( Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ).”

Demikian surat permohonan ijin ini kami ajukan, atas terkabulnya serta kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

*Wasalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 26 Januari 2016  
Ketua, Prodi PSIK FKIK UMY



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

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 215 Fax. FKIK (0274) 387658, Fax. Universitas (0274) 387646

Lampiran 22. Surat Balasan Penelitian dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II



**RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II**

Jl. Wates Km. 5,5 Gamping, Sleman, Yogyakarta  
Telp. 0274-6499704, IGD 0274-6499707  
Fax 0274-6499727, E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

Nomor : 0331 /P1.24.2/III/2016  
Hal : Ijin Penelitian

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Kepada Yth.  
Kaprod PSIK UMY  
Jl Lingkar Selatan Tamantirto Bantul  
*Assalamu'alaikum wr.wb.*

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 010/B4-III/I/2016 tanggal 26 Januari 2016 tentang permohonan Penelitian bagi:

Nama : Vita Chusmeywati  
NIM : 20120320022  
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta.
2. Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Penelitian..
3. Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenal.
4. Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp. ( )berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
5. Pembayaran dilakukan di bagian Keuangan pada jam kerja ( 08.00 – 14.00 WIB )
6. Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Bagian Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
7. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disahkan kepada RS PKU Muhammadiyah Gamping. Yk. melalui Bagian Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan serta menyerahkan Abstrak dan hasil penelitian kepada rumah sakit.

Catatan:

1. Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Manajer Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan ( Ibu Dra. Inayati ,Apt.,M.Si )
2. Selama melakukan Penelitian berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu :  
- Adiana Retno, S.Kep

Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang kerjasama dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.

Demikian, untuk menjadikan maklum  
*Wassalamu'alaikum wr.wb.*

Direktur AIK, SDI dan Diklitbang



dr. Hj. Eka Ningsih Listiyowati, MMR,  
NBM. 908.340

Tembusan:

1. Bagian Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan RS PKU Muh Gamping YK
2. Pembimbing yang Bersangkutan
3. Peneliti yang bersangkutan (Vita Chusmeywati)
4. Arsip
- 1.

Lampiran 23. Hasil Validitas Kualitas Hidup 1

UJI VALIDITAS KUALITAS HIDUP 1

Correlations																	
	Pertanyaan1	Pertanyaan2	Pertanyaan3	Pertanyaan4	Pertanyaan5	Pertanyaan6	Pertanyaan7	Pertanyaan8	Pertanyaan9	Pertanyaan10	Pertanyaan11	Pertanyaan12	Pertanyaan13	Pertanyaan14	Pertanyaan15	Pertanyaan16	Total
Pertanyaan1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .870** 20	.153 .000 20	-.114 .634 20	-.023 .923 20	.232 .326 20	.537* .015 20	.101 .672 20	.248 .293 20	-.487* .029 20	-.122 .610 20	-.044 .852 20	-.124 .602 20	.355 .125 20	.236 .316 20	-.018 .940 20	.459* .042 20
Pertanyaan2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.870** .000 20	1 .071 20	-.083 .767 20	-.046 .728 20	-.085 .200 20	-.182 .403 20	-.055 .080 20	.240 .867 20	.140 .557 20	-.088 .126 20	.150 .711 20	-.126 .528 20	.301 .595 20	.269 .197 20	.025 .916 20	.512* .021 20
Pertanyaan3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.153 .520 20	.071 .767 20	1 .046 20	-.046 .848 20	-.085 .720 20	-.182 .441 20	-.055 .819 20	.240 .309 20	.140 .847 20	-.088 .740 20	.150 .820 20	-.126 .682 20	.301 .695 20	.269 .272 20	.025 .359 20	.512* .401 20
Pertanyaan4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.114 .634 20	-.083 .728 20	-.046 .848 20	1 .265 20	-.046 .569 20	.244 .300 20	.352 .128 20	.096 .687 20	-.214 .366 20	.178 .452 20	.023 .924 20	.050 .835 20	-.218 .355 20	-.172 .467 20	.268 .253 20	.324 .164 20
Pertanyaan5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.023 .923 20	.299 .200 20	-.085 .720 20	.265 .259 20	1 .511 20	-.157 .508 20	-.089 .804 20	.048 .841 20	-.072 .764 20	-.107 .652 20	.157 .508 20	-.384 .094 20	-.291 .212 20	-.009 .971 20	.037 .876 20	.080 .737 20
Pertanyaan6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.232 .326 20	.198 .403 20	-.182 .441 20	.136 .569 20	-.156 .511 20	1 .555* 20	.223 .344 20	-.018 .938 20	-.296 .206 20	.111 .643 20	-.212 .247 20	.111 .243 20	-.212 .204 20	.247 .388 20	.454* .044 20	.309 .185 20
Pertanyaan7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.537* .015 20	.401 .080 20	-.055 .819 20	.244 .300 20	-.157 .508 20	.555* .011 20	1 .364 20	.091 .701 20	-.449* .047 20	-.106 .657 20	.096 .688 20	.223 .346 20	.332 .153 20	.036 .879 20	.039 .871 20	.570** .009 20
Pertanyaan8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.101 .672 20	.040 .867 20	.240 .309 20	.352 .128 20	-.059 .804 20	.223 .344 20	.364 .115 20	1 .311 20	.239 .925 20	-.022 .040 20	-.089 .939 20	.018 .615 20	.374 .104 20	.228 .334 20	.070 .770 20	.562** .010 20
Pertanyaan9	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.248 .293 20	.140 .557 20	.046 .847 20	.096 .687 20	.048 .841 20	-.018 .938 20	.091 .701 20	.239 .311 20	1 .034 20	-.463* .541 20	-.145 .822 20	-.476* .054 20	-.029 .904 20	.177 .455 20	-.174 .464 20	.119 .617 20
Pertanyaan10	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.487* .029 20	-.354 .126 20	.079 .740 20	-.214 .366 20	-.072 .764 20	-.296 .206 20	-.448* .047 20	-.022 .925 20	-.463* .040 20	1 .20 20	-.010 .965 20	-.032 .400 20	.158 .505 20	.155 .513 20	.061 .798 20	.119 .617 20
Pertanyaan11	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.122 .610 20	-.088 .711 20	-.054 .820 20	.178 .452 20	-.107 .652 20	.111 .643 20	.106 .657 20	-.089 .708 20	-.145 .541 20	-.010 .965 20	1 .157 20	.827** .000 20	-.062 .794 20	.224 .342 20	.390 .089 20	.435 .055 20
Pertanyaan12	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.044 .852 20	.150 .528 20	.098 .682 20	.023 .924 20	.157 .508 20	-.212 .368 20	.096 .888 20	.018 .939 20	-.476* .034 20	.199 .400 20	.329 .157 20	1 .244 20	.273 .215 20	.290 .006 20	.591** .910 20	.478* .033 20
Pertanyaan13	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.124 .602 20	-.126 .595 20	-.212 .369 20	.050 .835 20	-.384 .094 20	.247 .293 20	.223 .346 20	.120 .615 20	-.054 .822 20	-.032 .893 20	.827** .000 20	1 .244 20	.273 .465 20	.246 .296 20	.176 .458 20	.422 .064 20
Pertanyaan14	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.355 .125 20	.301 .197 20	-.258 .272 20	-.218 .355 20	-.291 .212 20	.204 .388 20	.332 .153 20	.374 .104 20	-.029 .904 20	.158 .505 20	-.062 .794 20	.290 .215 20	.173 .465 20	1 .003 20	.626** .854 20	.500* .025 20
Pertanyaan15	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.236 .316 20	.269 .251 20	.094 .695 20	-.172 .467 20	-.009 .971 20	-.282 .228 20	.036 .879 20	.228 .334 20	.177 .455 20	.155 .513 20	.224 .342 20	.591** .006 20	.246 .296 20	.626** .003 20	1 .949 20	.609** .004 20
Pertanyaan16	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.018 .940 20	.025 .916 20	.216 .359 20	.268 .253 20	.037 .876 20	.454* .044 20	.039 .871 20	.070 .770 20	-.174 .464 20	.061 .798 20	.390 .089 20	.027 .458 20	.176 .854 20	-.015 .044 20	1 .373 20	.373 .105 20
Total	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.459* .042 20	.512* .021 20	.199 .401 20	.324 .164 20	.080 .737 20	.309 .185 20	.570** .009 20	.562** .010 20	.119 .617 20	-.119 .617 20	.435 .055 20	.478* .033 20	.422 .064 20	.500* .025 20	.609** .004 20	.373 .105 20

\*\* .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* .Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Lampiran 24. Hasil Validitas Kualitas Hidup 2

UJI VALIDITAS KUALITAS HIDUP 2

		Correlations																
		Pertanyaan1	Pertanyaan2	Pertanyaan3	Pertanyaan4	Pertanyaan5	Pertanyaan6	Pertanyaan7	Pertanyaan8	Pertanyaan9	Pertanyaan10	Pertanyaan11	Pertanyaan12	Pertanyaan13	Pertanyaan14	Pertanyaan15	Pertanyaan16	total
Pertanyaan1	Pearson Correlation	1	,818**	,199	,103	,058	,166	,452**	,203	,330*	,000	,040	,137	,000	,061	,102	,026	,564**
	Sig. (2-tailed)		,000	,219	,528	,723	,306	,003	,208	,037	1,000	,807	,401	1,000	,709	,533	,875	,000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan2	Pearson Correlation	,818**	1	,334*	,199	,364*	,198	,283	,048	,106	-,070	,050	,155	-,015	,084	,101	,049	,564**
	Sig. (2-tailed)	,000		,035	,219	,021	,220	,077	,769	,513	,670	,761	,339	,926	,606	,537	,762	,000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan3	Pearson Correlation	,199	,334*	1	,335*	,052	,120	-,082	,100	,008	,091	,152	-,060	,060	-,095	,225	,231	,442**
	Sig. (2-tailed)	,219	,035		,035	,749	,461	,615	,541	,963	,576	,351	,714	,713	,558	,163	,151	,004
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan4	Pearson Correlation	,103	,199	,335*	1	,216	,248	,040	,174	-,016	-,094	,224	,108	,083	-,015	,086	,287	,481**
	Sig. (2-tailed)	,528	,219	,035		,181	,123	,804	,282	,923	,563	,165	,506	,612	,926	,597	,072	,002
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan5	Pearson Correlation	,058	,364*	,052	,216	1	,029	-,111	-,102	,009	-,132	-,042	,182	-,203	-,277	-,131	-,027	,134
	Sig. (2-tailed)	,723	,021	,749	,181		,859	,494	,530	,957	,416	,797	,260	,209	,083	,421	,869	,411
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan6	Pearson Correlation	,166	,198	,120	,248	,029	1	,248	,102	,000	-,152	,144	-,100	,267	,172	-,083	,309	,359*
	Sig. (2-tailed)	,306	,220	,461	,123	,859		,123	,530	1,000	,349	,374	,540	,096	,290	,609	,053	,023
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan7	Pearson Correlation	,452**	,283	-,082	,040	-,111	,248	1	,563**	,173	,020	,108	,125	,170	,139	,040	,006	,482**
	Sig. (2-tailed)	,003	,077	,615	,804	,494	,123		,000	,286	,903	,506	,442	,296	,392	,805	,971	,002
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan8	Pearson Correlation	,203	,048	,100	,174	-,102	,102	,563**	1	,354*	,272	,009	,050	,102	,216	,147	,024	,524**
	Sig. (2-tailed)	,208	,769	,541	,282	,530	,530	,000		,025	,090	,955	,761	,530	,181	,365	,885	,001
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan9	Pearson Correlation	,330*	,106	,008	-,016	,009	,000	,173	,354*	1	,078	,028	-,256	,051	-,028	,168	-,095	,306
	Sig. (2-tailed)	,037	,513	,963	,923	,957	1,000	,286	,025		,634	,865	,111	,754	,863	,299	,562	,055
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan10	Pearson Correlation	,000	-,070	,091	-,094	-,132	-,152	,020	,272	,078	1	,128	,152	,076	,000	,084	,117	,251
	Sig. (2-tailed)	1,000	,670	,576	,563	,416	,349	,903	,090	,634		,431	,351	,641	1,000	,604	,471	,119
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan11	Pearson Correlation	,040	,050	,152	,224	-,042	,144	-,108	,009	,028	,128	1	,216	,795**	-,115	,191	,390*	,480**
	Sig. (2-tailed)	,807	,761	,351	,165	,797	,374	,506	,955	,865	,431		,180	,000	,480	,238	,013	,002
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan12	Pearson Correlation	,137	,155	-,060	,108	,182	-,100	,125	,050	-,256	,152	,216	1	,175	,128	-,300	-,035	,363*
	Sig. (2-tailed)	,401	,339	,714	,506	,260	,540	,442	,761	,111	,351	,180		,281	,430	,060	,832	,021
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan13	Pearson Correlation	,000	-,015	,060	,083	-,203	,267	,170	,102	,051	,076	,795**	,175	1	,025	,222	,154	,429**
	Sig. (2-tailed)	1,000	,926	,713	,612	,209	,096	,296	,530	,754	,641	,000	,281		,881	,168	,342	,006
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan14	Pearson Correlation	,061	,084	-,095	-,015	-,277	,172	,139	,216	-,028	,000	-,115	,128	,025	1	,665**	,057	,306
	Sig. (2-tailed)	,709	,606	,558	,926	,083	,290	,392	,181	,863	1,000	,480	,430	,881		,000	,728	,055
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan15	Pearson Correlation	,102	,101	,225	,086	-,131	-,083	,040	,147	,168	,084	,191	,300	,222	,665**	1	,039	,506**
	Sig. (2-tailed)	,533	,537	,163	,597	,421	,609	,805	,365	,299	,604	,238	,060	,168	,000		,813	,001
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan16	Pearson Correlation	,026	,049	,231	,287	-,027	,309	,006	,024	-,095	,117	,390*	-,035	,154	,057	,039	1	,307
	Sig. (2-tailed)	,875	,762	,151	,072	,869	,053	,971	,885	,562	,471	,013	,832	,342	,728	,038		,054
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
total	Pearson Correlation	,564**	,564**	,442**	,481**	,134	,359*	,482**	,524**	,306	,251	,480**	,363*	,429**	,306	,506**	,307	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,004	,002	,411	,023	,002	,001	,055	,119	,002	,021	,006	,055	,001	,054	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

\*\* .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* .Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 25. Realiabilitas Kualitas Hidup 1 dan Kualitas hidup 2

**REALIABILITAS KUALITAS HIDUP 1**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,735	,744	7

**REALIABILITAS KUALITAS HIDUP 2**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,676	,688	11

Lampiran 26. Hasil Validitas Dukungan Keluarga 1

0.00		Pertanyaan1	Pertanyaan2	Pertanyaan3	Pertanyaan4	Pertanyaan5	Pertanyaan6	Pertanyaan7	Pertanyaan8	Pertanyaan9	Pertanyaan10	Pertanyaan11	Pertanyaan12
Pertanyaan1	Pearson Correlation	1	,688(**)	1,000(**)	0.343	.(a)	0.327	0.282	-0.063	,444(*)	0.369	-0.140	0.192
	Sig. (2-tailed)		0.001	0.000	0.139	.	0.160	0.229	0.791	0.050	0.110	0.556	0.416
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan2	Pearson Correlation	,688(**)	1	,688(**)	0.236	.(a)	,546(*)	0.194	0.101	-0.076	0.254	-0.096	0.132
	Sig. (2-tailed)	0.001		0.001	0.316	.	0.013	0.413	0.671	0.749	0.281	0.686	0.578
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan3	Pearson Correlation	1,000(**)	,688(**)	1	0.343	.(a)	0.327	0.282	-0.063	,444(*)	0.369	-0.140	0.192
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.001		0.139	.	0.160	0.229	0.791	0.050	0.110	0.556	0.416
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan4	Pearson Correlation	0.343	0.236	0.343	1	.(a)	,672(**)	0.290	0.195	0.343	0.414	0.192	0.099
	Sig. (2-tailed)	0.139	0.316	0.139		.	0.001	0.215	0.410	0.139	0.070	0.417	0.678
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan5	Pearson Correlation	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)	.(a)
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan6	Pearson Correlation	0.327	,546(*)	0.327	,672(**)	.(a)	1	0.118	0.362	0.327	0.183	0.216	0.243
	Sig. (2-tailed)	0.160	0.013	0.160	0.001	.		0.619	0.116	0.160	0.440	0.361	0.303
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan7	Pearson Correlation	0.282	0.194	0.282	0.290	.(a)	0.118	1	0.160	0.000	0.425	-0.118	0.390
	Sig. (2-tailed)	0.229	0.413	0.229	0.215	.	0.619		0.500	1.000	0.062	0.619	0.089
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan8	Pearson Correlation	-0.063	0.101	-0.063	0.195	.(a)	0.362	0.160	1	0.147	-0.108	0.186	0.182
	Sig. (2-tailed)	0.791	0.671	0.791	0.410	.	0.116	0.500		0.535	0.651	0.433	0.442
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan9	Pearson Correlation	,444(*)	-0.076	,444(*)	0.343	.(a)	0.327	0.000	0.147	1	0.034	0.327	0.385
	Sig. (2-tailed)	0.050	0.749	0.050	0.139	.	0.160	1.000	0.535		0.888	0.160	0.094

	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan10	Pearson Correlation	0.369	0.254	0.369	0.414	.(a)	0.183	0.425	-0.108	0.034	1	-0.099	-0.174
	Sig. (2-tailed)	0.110	0.281	0.110	0.070	.	0.440	0.062	0.651	0.888		0.679	0.463
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan11	Pearson Correlation	-0.140	-0.096	-0.140	0.192	.(a)	0.216	-0.118	0.186	0.327	-0.099	1	,566(**)
	Sig. (2-tailed)	0.556	0.686	0.556	0.417	.	0.361	0.619	0.433	0.160	0.679		0.009
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan12	Pearson Correlation	0.192	0.132	0.192	0.099	.(a)	0.243	0.390	0.182	0.385	-0.174	,566(**)	1
	Sig. (2-tailed)	0.416	0.578	0.416	0.678	.	0.303	0.089	0.442	0.094	0.463	0.009	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan13	Pearson Correlation	,497(*)	0.342	,497(*)	0.141	.(a)	0.050	,564(**)	0.120	0.154	0.108	0.050	,563(**)
	Sig. (2-tailed)	0.026	0.140	0.026	0.553	.	0.833	0.010	0.614	0.517	0.649	0.833	0.010
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan14	Pearson Correlation	-0.201	-0.138	-0.201	-0.155	.(a)	-0.253	0.255	0.076	-0.201	-0.091	,591(**)	0.435
	Sig. (2-tailed)	0.395	0.561	0.395	0.514	.	0.281	0.278	0.750	0.395	0.703	0.006	0.055
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan15	Pearson Correlation	-0.063	-0.188	-0.063	0.195	.(a)	0.186	0.160	0.203	0.358	-0.108	,716(**)	,547(*)
	Sig. (2-tailed)	0.791	0.427	0.791	0.410	.	0.433	0.500	0.390	0.122	0.651	0.000	0.013
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan16	Pearson Correlation	-0.017	-0.130	-0.017	0.053	.(a)	-0.237	0.304	-0.139	-0.188	0.315	-0.094	-0.030
	Sig. (2-tailed)	0.943	0.586	0.943	0.825	.	0.314	0.193	0.558	0.426	0.176	0.695	0.901
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan17	Pearson Correlation	,726(**)	,499(*)	,726(**)	0.285	.(a)	0.377	0.325	0.089	,512(*)	0.425	0.377	0.444
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.025	0.000	0.222	.	0.102	0.163	0.709	0.021	0.062	0.102	0.050
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan18	Pearson Correlation	0.018	0.137	0.018	-0.242	.(a)	-0.053	0.230	-0.058	-0.163	-0.333	-0.205	0.345
	Sig. (2-tailed)	0.940	0.564	0.940	0.304	.	0.824	0.330	0.807	0.492	0.151	0.385	0.136
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan19	Pearson Correlation	-0.192	-0.132	-0.192	0.000	.(a)	0.081	0.098	0.255	0.192	-0.058	0.404	0.067
	Sig. (2-tailed)	0.416	0.578	0.416	1.000	.	0.735	0.682	0.278	0.416	0.808	0.077	0.780

	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan20	Pearson Correlation	-0.156	-0.107	-0.156	0.214	.(a)	0.022	,528(*)	0.108	-0.156	0.047	,459(*)	,631(**)
	Sig. (2-tailed)	0.511	0.652	0.511	0.364	.	0.927	0.017	0.649	0.511	0.844	0.042	0.003
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan21	Pearson Correlation	0.057	-0.157	0.057	0.118	.(a)	-0.048	0.435	-0.130	0.057	0.069	0.192	,594(**)
	Sig. (2-tailed)	0.811	0.508	0.811	0.621	.	0.841	0.055	0.585	0.811	0.773	0.417	0.006
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan22	Pearson Correlation	0.000	-0.171	0.000	0.383	.(a)	0.104	,504(*)	0.141	0.248	0.075	,522(*)	,689(**)
	Sig. (2-tailed)	1.000	0.471	1.000	0.095	.	0.661	0.023	0.553	0.291	0.754	0.018	0.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan23	Pearson Correlation	0.101	-0.208	0.101	0.310	.(a)	-0.042	,459(*)	0.095	0.302	0.273	,464(*)	,522(*)
	Sig. (2-tailed)	0.673	0.380	0.673	0.183	.	0.860	0.042	0.690	0.196	0.245	0.039	0.018
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan24	Pearson Correlation	0.192	-0.132	0.192	0.396	.(a)	0.081	,488(*)	-0.036	0.192	0.174	0.404	,600(**)
	Sig. (2-tailed)	0.416	0.578	0.416	0.084	.	0.735	0.029	0.879	0.416	0.463	0.077	0.005
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Pertanyaan25	Pearson Correlation	0.250	-0.115	0.250	0.300	.(a)	0.140	0.000	0.221	,667(**)	0.050	,490(*)	0.289
	Sig. (2-tailed)	0.288	0.630	0.288	0.199	.	0.556	1.000	0.349	0.001	0.833	0.028	0.217
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Total	Pearson Correlation	0.353	0.165	0.353	0.424	.(a)	0.283	,654(**)	0.256	0.353	0.242	,512(*)	,776(**)
	Sig. (2-tailed)	0.127	0.487	0.127	0.062	.	0.226	0.002	0.275	0.127	0.305	0.021	0.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Pertanyaan13	Pertanyaan14	Pertanyaan15	Pertanyaan16	Pertanyaan17	Pertanyaan18	Pertanyaan19	Pertanyaan20	Pertanyaan21	Pertanyaan22	Pertanyaan23	Pertanyaan24	Pertanyaan25	Total
,497(*)	-0.201	-0.063	-0.017	,726(**)	0.018	-0.192	-0.156	0.057	0.000	0.101	0.192	0.250	0.353
0.026	0.395	0.791	0.943	0.000	0.940	0.416	0.511	0.811	1.000	0.673	0.416	0.288	0.127
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
0.342	-0.138	-0.188	-0.130	,499(*)	0.137	-0.132	-0.107	-0.157	-0.171	-0.208	-0.132	-0.115	0.165



1	0.356	0.379	-0.161	0.441	,449(*)	0.148	,537(*)	,493(*)	,498(*)	,604(**)	,504(*)	,488(*)	,756(**)
	0.123	0.099	0.498	0.052	0.047	0.533	0.015	0.027	0.026	0.005	0.023	0.029	0.000
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
0.356	1	,647(**)	0.046	0.154	0.033	0.348	,659(**)	0.362	,449(*)	,545(*)	,522(*)	0.264	,536(*)
0.123		0.002	0.846	0.516	0.891	0.133	0.002	0.117	0.047	0.013	0.018	0.261	0.015
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
0.379	,647(**)	1	-0.269	0.412	-0.058	,692(**)	,503(*)	0.303	,518(*)	,552(*)	,547(*)	,694(**)	,659(**)
0.099	0.002		0.251	0.071	0.807	0.001	0.024	0.194	0.019	0.012	0.013	0.001	0.002
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
-0.161	0.046	-0.269	1	0.112	-,499(*)	-0.326	0.217	0.317	0.191	0.108	0.267	-0.411	0.086
0.498	0.846	0.251		0.639	0.025	0.160	0.359	0.173	0.419	0.649	0.255	0.072	0.719
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
0.441	0.154	0.412	0.112	1	-0.257	0.222	0.120	0.176	0.286	0.347	0.370	,448(*)	,624(**)
0.052	0.516	0.071	0.639		0.273	0.347	0.614	0.459	0.221	0.133	0.109	0.048	0.003
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
,449(*)	0.033	-0.058	-,499(*)	-0.257	1	-0.157	0.280	0.224	0.121	0.016	0.094	-0.109	0.131
0.047	0.891	0.807	0.025	0.273		0.509	0.232	0.343	0.610	0.945	0.693	0.648	0.583
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
0.148	0.348	,692(**)	-0.326	0.222	-0.157	1	0.090	-0.198	0.086	0.174	-0.067	,577(**)	0.243
0.533	0.133	0.001	0.160	0.347	0.509		0.705	0.403	0.718	0.463	0.780	0.008	0.302
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
,537(*)	,659(**)	,503(*)	0.217	0.120	0.280	0.090	1	,750(**)	,815(**)	,706(**)	,812(**)	0.156	,772(**)
0.015	0.002	0.024	0.359	0.614	0.232	0.705		0.000	0.000	0.000	0.000	0.511	0.000
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
,493(*)	0.362	0.303	0.317	0.176	0.224	-0.198	,750(**)	1	,767(**)	,724(**)	,792(**)	0.086	,669(**)
0.027	0.117	0.194	0.173	0.459	0.343	0.403	0.000		0.000	0.000	0.000	0.719	0.001
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
,498(*)	,449(*)	,518(*)	0.191	0.286	0.121	0.086	,815(**)	,767(**)	1	,854(**)	,775(**)	0.373	,830(**)
0.026	0.047	0.019	0.419	0.221	0.610	0.718	0.000	0.000		0.000	0.000	0.106	0.000
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
,604(**)	,545(*)	,552(*)	0.108	0.347	0.016	0.174	,706(**)	,724(**)	,854(**)	1	,731(**)	,603(**)	,823(**)
0.005	0.013	0.012	0.649	0.133	0.945	0.463	0.000	0.000	0.000		0.000	0.005	0.000





## Lampiran 27. Hasil Validitas Dukungan Keluarga 2

### Correlations

		Pertanyaan1	Pertanyaan2	Pertanyaan3	Pertanyaan4	Pertanyaan5	Pertanyaan6	Pertanyaan7	Pertanyaan8	Pertanyaan9	Pertanyaan10	Pertanyaan11	Pertanyaan12
Pertanyaan1	Pearson Correlation	1	,320(*)	,491(**)	0.183	0.157	0.250	-0.025	0.068	0.241	0.288	0.261	0.124
	Sig. (2-tailed)		0.044	0.001	0.257	0.335	0.120	0.878	0.675	0.133	0.072	0.104	0.446
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan2	Pearson Correlation	,320(*)	1	0.245	0.132	-0.050	,480(**)	0.232	0.044	-0.063	0.092	-0.106	0.125
	Sig. (2-tailed)	0.044		0.128	0.416	0.759	0.002	0.149	0.789	0.698	0.572	0.514	0.443
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan3	Pearson Correlation	,491(**)	0.245	1	,440(**)	0.205	0.145	-0.033	0.119	,316(*)	0.183	0.186	-0.031
	Sig. (2-tailed)	0.001	0.128		0.004	0.205	0.370	0.841	0.464	0.047	0.257	0.249	0.850
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan4	Pearson Correlation	0.183	0.132	,440(**)	1	0.144	,428(**)	0.087	0.025	0.245	0.255	0.113	0.071
	Sig. (2-tailed)	0.257	0.416	0.004		0.377	0.006	0.593	0.878	0.127	0.112	0.487	0.661
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan5	Pearson Correlation	0.157	-0.050	0.205	0.144	1	-0.104	-0.172	0.086	,756(**)	-0.042	,505(**)	-0.022
	Sig. (2-tailed)	0.335	0.759	0.205	0.377		0.522	0.287	0.600	0.000	0.799	0.001	0.892
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan6	Pearson Correlation	0.250	,480(**)	0.145	,428(**)	-0.104	1	0.150	0.091	0.161	0.044	0.095	0.142
	Sig. (2-tailed)	0.120	0.002	0.370	0.006	0.522		0.355	0.576	0.321	0.786	0.560	0.383
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan7	Pearson Correlation	-0.025	0.232	-0.033	0.087	-0.172	0.150	1	-0.014	-0.130	-0.038	-0.271	0.287
	Sig. (2-tailed)	0.878	0.149	0.841	0.593	0.287	0.355		0.933	0.425	0.818	0.091	0.072
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan8	Pearson Correlation	0.068	0.044	0.119	0.025	0.086	0.091	-0.014	1	0.204	0.181	,337(*)	-0.097
	Sig. (2-tailed)	0.675	0.789	0.464	0.878	0.600	0.576	0.933		0.207	0.263	0.033	0.552
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan9	Pearson Correlation	0.241	-0.063	,316(*)	0.245	,756(**)	0.161	-0.130	0.204	1	-0.083	,654(**)	-0.003
	Sig. (2-tailed)	0.133	0.698	0.047	0.127	0.000	0.321	0.425	0.207		0.608	0.000	0.985



	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan20	Pearson	0.090	-0.086	-0.039	0.049	0.011	0.060	0.207	0.029	-0.024	0.119	0.256	,369(*)
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	0.582	0.597	0.810	0.762	0.945	0.714	0.200	0.857	0.885	0.464	0.111	0.019
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan21	Pearson	,325(*)	-0.119	0.122	0.187	0.000	0.062	0.242	-0.101	0.033	0.099	0.035	,513(**)
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	0.041	0.465	0.455	0.247	1.000	0.704	0.133	0.533	0.842	0.545	0.829	0.001
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan22	Pearson	0.276	-0.149	0.130	,381(*)	0.027	0.113	,335(*)	-0.070	0.004	0.086	0.105	,607(**)
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	0.085	0.358	0.426	0.015	0.871	0.487	0.034	0.670	0.982	0.596	0.520	0.000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan23	Pearson	0.167	-0.187	0.182	0.291	0.220	-0.056	0.226	0.210	0.242	,377(*)	,365(*)	,344(*)
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	0.303	0.247	0.260	0.068	0.173	0.733	0.161	0.193	0.132	0.016	0.021	0.030
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan24	Pearson	-0.055	-0.105	-0.071	0.140	0.068	-0.036	0.186	0.119	0.029	0.280	0.186	,433(**)
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	0.738	0.520	0.661	0.389	0.675	0.824	0.251	0.464	0.860	0.080	0.249	0.005
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pertanyaan25	Pearson	0.020	-0.091	0.071	0.097	0.025	-0.054	-0.069	0.022	-0.011	-0.032	0.239	-0.017
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	0.901	0.576	0.663	0.552	0.876	0.740	0.671	0.892	0.948	0.843	0.137	0.916
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Total	Pearson	,314(*)	0.128	0.256	,319(*)	,312(*)	0.210	,413(**)	,318(*)	,388(*)	0.239	,434(**)	,556(**)
	Correlation												
	Sig. (2-tailed)	0.048	0.433	0.111	0.045	0.050	0.194	0.008	0.045	0.013	0.137	0.005	0.000
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



-0.160	0.196	,368(*)	-0.262	,373(*)	-0.238	0.164	0.256	0.035	0.105	,365(*)	0.186	0.239	,434(**)
0.323	0.225	0.020	0.103	0.018	0.139	0.311	0.111	0.829	0.520	0.021	0.249	0.137	0.005
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
,477(**)	0.161	,320(*)	0.015	0.206	0.279	0.041	,369(*)	,513(**)	,607(**)	,344(*)	,433(**)	-0.017	,556(**)
0.002	0.321	0.044	0.927	0.202	0.081	0.802	0.019	0.001	0.000	0.030	0.005	0.916	0.000
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
1	0.246	,321(*)	-0.007	,323(*)	,463(**)	0.057	0.292	,357(*)	,329(*)	,382(*)	0.296	0.132	,565(**)
	0.126	0.044	0.966	0.042	0.003	0.725	0.068	0.024	0.038	0.015	0.063	0.416	0.000
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
0.246	1	,372(*)	-0.065	0.122	-0.012	0.137	0.128	0.138	0.152	,368(*)	0.288	0.113	,368(*)
0.126		0.018	0.692	0.455	0.941	0.399	0.432	0.394	0.348	0.019	0.071	0.487	0.020
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
,321(*)	,372(*)	1	-0.055	,331(*)	0.000	,373(*)	0.116	0.120	0.219	0.280	0.141	0.158	,514(**)
0.044	0.018		0.737	0.037	1.000	0.018	0.476	0.461	0.175	0.080	0.386	0.331	0.001
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
-0.007	-0.065	-0.055	1	-0.109	-0.167	-0.123	0.160	0.118	0.018	0.121	0.139	-0.259	0.155
0.966	0.692	0.737		0.504	0.302	0.451	0.324	0.467	0.912	0.459	0.393	0.106	0.340
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
,323(*)	0.122	,331(*)	-0.109	1	-0.233	0.178	-0.031	0.000	0.044	0.131	0.112	0.153	,426(**)
0.042	0.455	0.037	0.504		0.149	0.273	0.851	1.000	0.790	0.419	0.492	0.346	0.006
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
,463(**)	-0.012	0.000	-0.167	-0.233	1	-0.041	0.116	0.133	0.030	-0.084	0.000	-0.146	0.057
0.003	0.941	1.000	0.302	0.149		0.800	0.477	0.413	0.852	0.607	1.000	0.370	0.727
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
0.057	0.137	,373(*)	-0.123	0.178	-0.041	1	0.104	0.000	0.147	0.174	0.000	0.141	0.286
0.725	0.399	0.018	0.451	0.273	0.800		0.524	1.000	0.366	0.284	1.000	0.386	0.074
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
0.292	0.128	0.116	0.160	-0.031	0.116	0.104	1	,534(**)	,472(**)	,522(**)	,588(**)	,453(**)	,592(**)
0.068	0.432	0.476	0.324	0.851	0.477	0.524		0.000	0.002	0.001	0.000	0.003	0.000
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
,357(*)	0.138	0.120	0.118	0.000	0.133	0.000	,534(**)	1	,725(**)	,621(**)	,425(**)	-0.045	,576(**)
0.024	0.394	0.461	0.467	1.000	0.413	1.000	0.000		0.000	0.000	0.006	0.781	0.000

40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
.329(*)	0.152	0.219	0.018	0.044	0.030	0.147	.472(**)	.725(**)	1	.666(**)	.407(**)	0.090	.629(**)
0.038	0.348	0.175	0.912	0.790	0.852	0.366	0.002	0.000		0.000	0.009	0.582	0.000
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
.382(*)	.368(*)	0.280	0.121	0.131	-0.084	0.174	.522(**)	.621(**)	.666(**)	1	.620(**)	0.258	.797(**)
0.015	0.019	0.080	0.459	0.419	0.607	0.284	0.001	0.000	0.000		0.000	0.107	0.000
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
0.296	0.288	0.141	0.139	0.112	0.000	0.000	.588(**)	.425(**)	.407(**)	.620(**)	1	0.249	.594(**)
0.063	0.071	0.386	0.393	0.492	1.000	1.000	0.000	0.006	0.009	0.000		0.122	0.000
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
0.132	0.113	0.158	-0.259	0.153	-0.146	0.141	.453(**)	-0.045	0.090	0.258	0.249	1	0.249
0.416	0.487	0.331	0.106	0.346	0.370	0.386	0.003	0.781	0.582	0.107	0.122		0.121
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
.565(**)	.368(*)	.514(**)	0.155	.426(**)	0.057	0.286	.592(**)	.576(**)	.629(**)	.797(**)	.594(**)	0.249	1
0.000	0.020	0.001	0.340	0.006	0.727	0.074	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.121	
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 28. Realiabilitas Dukungan Keluarga 1 dan Dukungan Keluarga 2

**REALIABILITAS DUKUNGAN KELUARGA 1**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,912	,920	13

**REALIABILITAS DUKUNGAN KELUARGA 2**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,796	,805	17

Lampiran 29. Rata-rata Usia Keluarga Penderita DM

**RATA-RATA USIA KELUARGA PENDERITA DM**

**Statistics**

Usia		
N	Valid	52
	Missing	0
Mean		42.25
Median		43.00
Mode		35
Std. Deviation		14.029
Minimum		17
Maximum		76
Sum		2197

Lampiran 30. Karakteristik Keluarga Penderita DM

**FREKUENSI KARAKTERISTIK KELUARGA**

**UMUR KELUARGA**

**Statistics**

Umur\_keluarga

N	Valid	52
	Missing	0

**Umur\_keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dewasa Awal (20-40 tahun)	22	42.3	42.3	42.3
	Dewasa Tengah (41-50 tahun)	27	51.9	51.9	94.2
	Lanjut Usia (>60 tahun)	3	5.8	5.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

**HUBUNGAN DENGAN PASIEN**

**Statistics**

Hubungan\_dengan\_pasien

N	Valid	52
	Missing	0

**Hubungan\_dengan\_pasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Suami	9	17.3	17.3	17.3
	Istri	14	26.9	26.9	44.2
	Anak	21	40.4	40.4	84.6
	Nenek	1	1.9	1.9	86.5
	Menantu	1	1.9	1.9	88.5
	Adik	4	7.7	7.7	96.2
	Cucu	2	3.8	3.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	



## AGAMA

### Statistics

Agama

N	Valid	52
	Missing	0

### Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	52	100.0	100.0	100.0

## JENIS KELAMIN

### Statistics

Jenis\_kelamin

N	Valid	52
	Missing	0

### Jenis\_kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	17	32.7	32.7	32.7
Perempuan	35	67.3	67.3	100.0
Total	52	100.0	100.0	

## PENDIDIKAN

### Statistics

Pendidikan

N	Valid	52
	Missing	0

### Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Perguruan Tinggi	11	21.2	21.2	21.2
	SMA	29	55.8	55.8	76.9
	SMP	7	13.5	13.5	90.4
	SD	3	5.8	5.8	96.2
	Tidak Sekolah	2	3.8	3.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

## PEKERJAAN

### Statistics

Pekerjaan

N	Valid	52
	Missing	0

### Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Buruh	9	17.3	17.3	17.3
	IRT	13	25.0	25.0	42.3
	Karyawan Swasta	4	7.7	7.7	50.0
	Pensiunan	5	9.6	9.6	59.6
	PNS	3	5.8	5.8	65.4
	Tidak Bekerja	5	9.6	9.6	75.0
	Wiraswasta	13	25.0	25.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

## PENDAPATAN

### Statistics

Pendapatan

N	Valid	52
	Missing	0

**Pendapatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid < 750.000	19	36.5	36.5	36.5
750.000-1.452.400	11	21.2	21.2	57.7
1.452.400-2.000.000	12	23.1	23.1	80.8
> 2.000.000	10	19.2	19.2	100.0
Total	52	100.0	100.0	

**KEYAKINAN TERHADAP PENYAKIT**

**Statistics**

Keyakinan

N	Valid	52
	Missing	0

**Keyakinan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid Hukuman dari Tuhan karena banyak dosa	1	1.9	1.9	1.9
Pola hidup tidak sehat	2	3.8	3.8	5.8
Sebagai penggugur dosa	2	3.8	3.8	9.6
Sudah ketentuan dari Tuhan	29	55.8	55.8	65.4
Ujian dari Tuhan untuk mengangkat derajat	18	34.6	34.6	100.0
Total	52	100.0	100.0	

**PERASAAN SAAT MENGHADAPI DM KELUARGA**

**Statistics**

Perasaan

N	Valid	52
	Missing	0

### Perasaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Ikhlas	3	5.8	5.8	5.8
	Sedih	49	94.2	94.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

## TINDAKAN YANG DILAKUKAN SAAT KELUARGA SAKIT

### Statistics

Tindakan

N	Valid	52
	Missing	0

### Tindakan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Membeli obat di apotek	7	13.5	13.5	13.5
	Pergi ke puskesmas/RS	45	86.5	86.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

## SUKU

### Statistics

Suku

N	Valid	52
	Missing	0

### Suku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Jawa	52	100.0	100.0	100.0

Lampiran 31. Rata-rata Usia dan Lama Menderita DM pada Penderita DM

**RATA-RATA USIA PENDERITA DM**

**Statistics**

Usia\_penderita\_DM

N	Valid	52
	Missing	0
Mean		54.06
Median		56.00
Mode		60
Std. Deviation		6.986
Minimum		31
Maximum		60
Sum		2811

**RATA-RATA LAMA MENDERITA DM PADA PENDERITA DM**

**Statistics**

Lama\_menderita

N	Valid	52
	Missing	0
Mean		5.76
Median		4.50
Mode		5
Std. Deviation		5.581
Minimum		0
Maximum		20
Sum		299

Lampiran 32. Karakteristik Penderita DM

**FREKUENSI PENDERITA DM**

**USIA**

**Statistics**

Usia

N	Valid	52
	Missing	0

**Usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dewasa Awal (20-40 tahun)	3	5.8	5.8	5.8
Dewasa Tengah (41-60 tahun)	49	94.2	94.2	100.0
Total	52	100.0	100.0	

**AGAMA**

**Statistics**

Agama

N	Valid	52
	Missing	0

**Agama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	52	100.0	100.0	100.0

**JENIS KELAMIN**

**Statistics**

Jenis kelamin

N	Valid	52
	Missing	0

Lampiran 33. Dukungan Keluarga penderita DM dan Kualitas Hidup Penderita DM

**FREKUENSI DUKUNGAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM**

**DUKUNGAN KELUARGA**

**Statistics**

Dukungan\_Keluarga

N	Valid	52
	Missing	0

**Dukungan\_Keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	42	80.8	80.8	80.8
	Buruk	10	19.2	19.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

**KUALITAS HIDUP**

**Statistics**

Kualitas\_hidup

N	Valid	52
	Missing	0

**Kualitas\_hidup**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	15	28.8	28.8	28.8
	Buruk	37	71.2	71.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Lampiran 34. Hubungan Karakteristik Keluarga pada Penderita DM dengan Dukungan Keluarga

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DENGAN DUKUNGAN KELUARGA**

**HUBUNGAN USIA KELUARGA DENGAN DUKUNGAN KELUARGA**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Dukunga_keluarga	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

**Usia \* Dukunga\_keluarga Crosstabulation**

			Dukunga_keluarga		Total
			Baik	Buruk	
Usia	Dewasa Awal	Count	17	5	22
		Expected Count	17.8	4.2	22.0
		% within Usia	77.3%	22.7%	100.0%
		% of Total	32.7%	9.6%	42.3%
Dewasa Tengah		Count	25	5	30
		Expected Count	24.2	5.8	30.0
		% within Usia	83.3%	16.7%	100.0%
		% of Total	48.1%	9.6%	57.7%
Total		Count	42	10	52
		Expected Count	42.0	10.0	52.0
		% within Usia	80.8%	19.2%	100.0%
		% of Total	80.8%	19.2%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.300 <sup>b</sup>	1	.584		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.037	1	.848		
Likelihood Ratio	.297	1	.585		
Fisher's Exact Test				.725	.420
Linear-by-Linear Association	.294	1	.587		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.23.



Lampiran 35. Hubungan Karakteristik Penderita DM dengan Kualitas Hidup

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM**

**HUBUNGAN USIA PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Kualitas_hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

**Usia \* Kualitas\_hidup Crosstabulation**

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Usia	Dewasa awal	Count	1	2	3
		Expected Count	.9	2.1	3.0
		% within Usia	33.3%	66.7%	100.0%
		% of Total	1.9%	3.8%	5.8%
	Dewasa tengah	Count	14	35	49
		Expected Count	14.1	34.9	49.0
		% within Usia	28.6%	71.4%	100.0%
		% of Total	26.9%	67.3%	94.2%
Total	Count	15	37	52	
	Expected Count	15.0	37.0	52.0	
	% within Usia	28.8%	71.2%	100.0%	
	% of Total	28.8%	71.2%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.031 <sup>b</sup>	1	.860		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.030	1	.862		
Fisher's Exact Test				1.000	.648
Linear-by-Linear Association	.031	1	.861		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .87.

### Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	.025	.860
Nominal by Nominal Cramer's V	.025	.860
N of Valid Cases	52	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## HUBUNGAN AGAMA PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Agama * Kualitas_hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

**Agama \* Kualitas\_hidup Crosstabulation**

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Agama	Islam	Count	15	37	52
		Expected Count	15.0	37.0	52.0
		% within Agama	28.8%	71.2%	100.0%
		% of Total	28.8%	71.2%	100.0%
Total		Count	15	37	52
		Expected Count	15.0	37.0	52.0
		% within Agama	28.8%	71.2%	100.0%
		% of Total	28.8%	71.2%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value
Pearson Chi-Square	. <sup>a</sup>
N of Valid Cases	52

a. No statistics are computed because Agama is a constant.

**Symmetric Measures**

	Value
Nominal by Nominal Phi	. <sup>a</sup>
N of Valid Cases	52

a. No statistics are computed because Agama is a constant.

**HUBUNGAN JENIS KELAMIN PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis_kelamin * Kualitas_hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

**Jenis\_kelamin \* Kualitas\_hidup Crosstabulation**

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Jenis_kelamin	Laki-laki	Count	8	15	23
		Expected Count	6.6	16.4	23.0
		% within Jenis_kelamin	34.8%	65.2%	100.0%
		% of Total	15.4%	28.8%	44.2%
	Perempuan	Count	7	22	29
		Expected Count	8.4	20.6	29.0
		% within Jenis_kelamin	24.1%	75.9%	100.0%
		% of Total	13.5%	42.3%	55.8%
Total	Count	15	37	52	
	Expected Count	15.0	37.0	52.0	
	% within Jenis_kelamin	28.8%	71.2%	100.0%	
	% of Total	28.8%	71.2%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.708 <sup>b</sup>	1	.400		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.284	1	.594		
Likelihood Ratio	.705	1	.401		
Fisher's Exact Test				.540	.296
Linear-by-Linear Association	.694	1	.405		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.63.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.117	.400
	Cramer's V	.117	.400
N of Valid Cases		52	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## HUBUNGAN PENDIDIKAN PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan * Kualitas_hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

### Pendidikan \* Kualitas\_hidup Crosstabulation

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Pendidikan	Sekolah	Count	15	33	48
		Expected Count	13.8	34.2	48.0
		% within Pendidikan	31.3%	68.8%	100.0%
		% of Total	28.8%	63.5%	92.3%
	Tidak sekolah	Count	0	4	4
		Expected Count	1.2	2.8	4.0
		% within Pendidikan	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	7.7%	7.7%
Total	Count	15	37	52	
	Expected Count	15.0	37.0	52.0	
	% within Pendidikan	28.8%	71.2%	100.0%	
	% of Total	28.8%	71.2%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.757 <sup>b</sup>	1	.185		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.564	1	.453		
Likelihood Ratio	2.856	1	.091		
Fisher's Exact Test				.311	.244
Linear-by-Linear Association	1.723	1	.189		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.15.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	.184	.185
Nominal	Cramer's V	.184	.185
N of Valid Cases		52	

- Not assuming the null hypothesis.
- Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## HUBUNGAN PEKERJAAN PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Kualitas_hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

### Pekerjaan \* Kualitas\_hidup Crosstabulation

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Pekerjaan	Bekerja	Count	15	35	50
		Expected Count	14.4	35.6	50.0
		% within Pekerjaan	30.0%	70.0%	100.0%
		% of Total	28.8%	67.3%	96.2%
	Tidak bekerja	Count	0	2	2
		Expected Count	.6	1.4	2.0
		% within Pekerjaan	.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.0%	3.8%	3.8%
Total	Count	15	37	52	
	Expected Count	15.0	37.0	52.0	
	% within Pekerjaan	28.8%	71.2%	100.0%	
	% of Total	28.8%	71.2%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.843 <sup>b</sup>	1	.358		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.015	1	.903		
Likelihood Ratio	1.393	1	.238		
Fisher's Exact Test				1.000	.502
Linear-by-Linear Association	.827	1	.363		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .58.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.127	.358
	Cramer's V	.127	.358
N of Valid Cases		52	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## HUBUNGAN PENDAPATAN PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendapatan * Kualitas_hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

**Pendapatan \* Kualitas\_hidup Crosstabulation**

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Pendapatan	diatas UMR	Count	2	20	22
		Expected Count	6.3	15.7	22.0
		% within Pendapatan	9.1%	90.9%	100.0%
		% of Total	3.8%	38.5%	42.3%
	dibawah UMR	Count	13	17	30
		Expected Count	8.7	21.3	30.0
		% within Pendapatan	43.3%	56.7%	100.0%
		% of Total	25.0%	32.7%	57.7%
Total	Count	15	37	52	
	Expected Count	15.0	37.0	52.0	
	% within Pendapatan	28.8%	71.2%	100.0%	
	% of Total	28.8%	71.2%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.251 <sup>b</sup>	1	.007		
Continuity Correction <sup>a</sup>	5.678	1	.017		
Likelihood Ratio	8.022	1	.005		
Fisher's Exact Test				.012	.007
Linear-by-Linear Association	7.111	1	.008		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.35.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	-.373	.007
Nominal	Cramer's V	.373	.007
N of Valid Cases		52	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.



## HUBUNGAN LAMA MENDERITA PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama_menderita * Kualitas_hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

### Lama\_menderita \* Kualitas\_hidup Crosstabulation

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Lama_menderita	< 3 tahun	Count	9	9	18
		Expected Count	5.2	12.8	18.0
		% within Lama_menderita	50.0%	50.0%	100.0%
		% of Total	17.3%	17.3%	34.6%
	> 3 tahun	Count	6	28	34
		Expected Count	9.8	24.2	34.0
		% within Lama_menderita	17.6%	82.4%	100.0%
		% of Total	11.5%	53.8%	65.4%
Total		Count	15	37	52
		Expected Count	15.0	37.0	52.0
		% within Lama_menderita	28.8%	71.2%	100.0%
		% of Total	28.8%	71.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.002 <sup>b</sup>	1	.014		
Continuity Correction <sup>a</sup>	4.529	1	.033		
Likelihood Ratio	5.839	1	.016		
Fisher's Exact Test				.024	.018
Linear-by-Linear Association	5.886	1	.015		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.19.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.340	.014
	Cramer's V	.340	.014
N of Valid Cases		52	

- Not assuming the null hypothesis.
- Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## HUBUNGAN KOMPLIKASI PENDERITA DM DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DM

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komplikasi * Kualitas_hidup	52	100.0%	0	.0%	52	100.0%

### Komplikasi \* Kualitas\_hidup Crosstabulation

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Komplikasi	Iya	Count	6	21	27
		Expected Count	7.8	19.2	27.0
		% within Komplikasi	22.2%	77.8%	100.0%
		% of Total	11.5%	40.4%	51.9%
	Tidak	Count	9	16	25
		Expected Count	7.2	17.8	25.0
		% within Komplikasi	36.0%	64.0%	100.0%
		% of Total	17.3%	30.8%	48.1%
Total	Count	15	37	52	
	Expected Count	15.0	37.0	52.0	
	% within Komplikasi	28.8%	71.2%	100.0%	
	% of Total	28.8%	71.2%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.201 <sup>b</sup>	1	.273		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.623	1	.430		
Likelihood Ratio	1.205	1	.272		
Fisher's Exact Test				.362	.215
Linear-by-Linear Association	1.177	1	.278		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.21.

**Symmetric Measures**

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Phi	-.152	.273
Nominal by Nominal Cramer's V	.152	.273
N of Valid Cases	52	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Lampiran 36. Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita DM

**HASIL SPSS CHI-SQUARE HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP PENDERITA DM**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan * Kualitas_hidup	52	100,0%	0	,0%	52	100,0%

**Dukungan \* Kualitas\_hidup Crosstabulation**

			Kualitas_hidup		Total
			Baik	Buruk	
Dukungan	Baik	Count	15	27	42
		Expected Count	12,1	29,9	42,0
		% within Dukungan	35,7%	64,3%	100,0%
		% within Kualitas_hidup	100,0%	73,0%	80,8%
	Buruk	Count	0	10	10
		Expected Count	2,9	7,1	10,0
		% within Dukungan	,0%	100,0%	100,0%
		% within Kualitas_hidup	,0%	27,0%	19,2%
Total	Count	15	37	52	
	Expected Count	15,0	37,0	52,0	
	% within Dukungan	28,8%	71,2%	100,0%	
	% within Kualitas_hidup	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,019 <sup>b</sup>	1	,025		
Continuity Correction <sup>a</sup>	3,430	1	,064		
Likelihood Ratio	7,732	1	,005		
Fisher's Exact Test				,046	,022
Linear-by-Linear Association	4,923	1	,027		
N of Valid Cases	52				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,88.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,311	,025
Nominal	Cramer's V	,311	,025
N of Valid Cases		52	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.