



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS
HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI PUSKESMAS MANGKANG SEMARANG**

Skripsi

Oleh:

Nur Mufid

NIM : 30902400154

**PROGRAM STUDI RPL S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2025



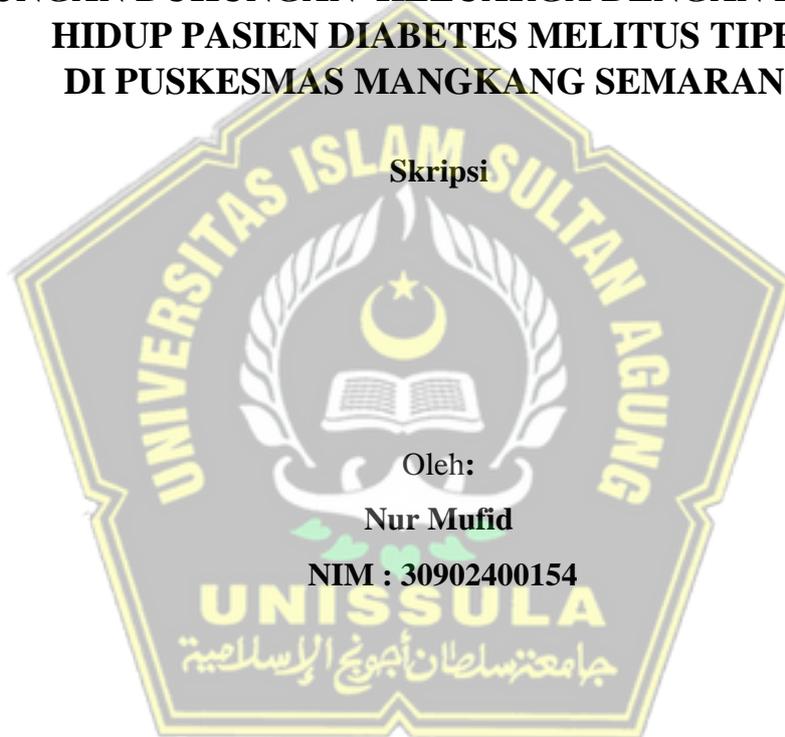
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS
HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI PUSKESMAS MANGKANG SEMARANG**

Skripsi

Oleh:

Nur Mufid

NIM : 30902400154



**PROGRAM STUDI RPL S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2025

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul :

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS MANGKANG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

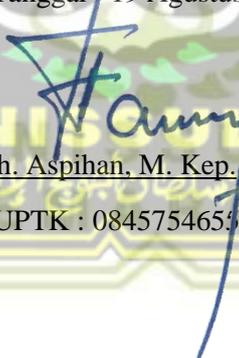
Nama : Nur Mufid

NIM : 30902400154

Telah disahkan dan disetujui oleh pembimbing pada:

Pembimbing

Tanggal 19 Agustus 2025


Ns. Moch. Aspihan, M. Kep. Sp.Kep. Kom

NUPTK : 0845754653130112

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul :

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS MANGKANG SEMARANG

Disusun oleh:

Nama : Nur Mufid

NIM : 30902400154

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 19 Agustus 2025 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr.Ns.Iskim Luthfa,S.Kep.,M.Kep

NUPTK : 1952762663137122

Penguji II,

Ns. Moch. Aspihan, M. Kep. Sp.Kep. Kom

NUPTK : 0845754655130112



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Dr. Iwan Ardian, SKM.S.Kep., M.Kep

NUPTK : 1154752653130093

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Agustus 2025**

ABSTRAK

Nur Mufid

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
PASIEN DM TIPE 2 DI PUSKESMAS MANGKANG SEMARANG**

53 halaman + 7 tabel + 3 gambar + xv

Latar belakang : Penyakit tidak menular (PTM) diakibatkan oleh kombinasi dari berbagai faktor, baik genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku. (SKI, 2023). Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Semarang mencatat kasus Diabetes Melitus (DM) di Kota Semarang tidak hanya menyerang usia lansia saja, namun sejak remaja, dewasa hingga pralansia sudah tercatat ada sejumlah kasusnya. Pada tahun 2023 kasus DM di Kota Semarang sudah mencapai 5.991 kasus. (Dinas Kesehatan Kota Semarang , 2023).

Tujuan : Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.

Metode : penelitian ini merupakan jenis penulisan penelitian kuantitatif. Metode deskriptif korelatif digunakan untuk penelitian ini yaitu untuk mencari hubungan antara variabel bebas (dukungan keluarga) dengan variabel terikat kualitas hidup DM. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner intrumen. Jumlah responden 120 dengan teknik accidental sampling di Puskesmas Mangkang Semarang

Hasil : berdasarkan hasil penelitian diperoleh dari 120 responden penelitian. Rata-rata usia penderita DM adalah 54 tahun. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 67 (55,2%). Pendidikan terbanyak adalah SD dengan 64 responden (53.3%). Penelitian juga menunjukkan rata-rata dukungan keluarga pasien adalah 81.38 dan rata-rata kualitas hidup pasien adalah 86.15.

Kesimpulan : penelitian ini menyimpulkan bahwa penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang mayoritas berusia 54 tahun, perempuan, dan berpendidikan SD. Mereka memiliki dukungan keluarga serta kualitas hidup yang baik, dengan hubungan positif di mana semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin baik kualitas hidup penderita.

Keyword : Dukungan keluarga, kualitas hidup

**STUDY OF NURSING SCIENCE PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCE
ISLAMIC SULTAN AGUNG UNIVERSITY OF SEMARANG
Thesis, Agustus 2025**

ABSTRACT

Nur Mufid

RELATIONSHIP OF FAMILY SUPPORT WITH LIFE QUALITY OF TYPE 2 DM PATIENTS IN MANGKANG PUSKESMAS SEMARANG

53 pages + 7 tables + 3 pictures + 15 appendices + xv

Background: *Non-communicable diseases (NCDs) are caused by a combination of various factors, including genetic, physiological, environmental, and behavioral aspects (SKI, 2023). The Semarang City Health Office (Dinkes) recorded that cases of **Diabetes Mellitus (DM)** in Semarang City do not only affect the elderly, but also adolescents, adults, and pre-elderly groups. In 2023, the number of DM cases in Semarang City reached **5,991 cases** (Semarang City Health Office, 2023).*

Objective: *To determine the relationship between family support and the quality of life of type 2 diabetes mellitus patients at Mangkang Public Health Center, Semarang.*

Method: *This study is a quantitative research design. A descriptive correlational method was employed to examine the relationship between the independent variable (family support) and the dependent variable (quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus). Data were collected using a questionnaire instrument. The total number of respondents was 120, selected through accidental sampling at Mangkang Public Health Center, Semarang.*

Results: *based on research results obtained from 120 research respondents. The average age of people with DM is 54 years. Most of the respondents were female (67.2%). Most education is elementary school with 64 respondents (53.3%). The study also determined the average patient family support was 81.38 and the average patient's quality of life was 86.15.*

Conclusion: *This study concludes that most type 2 diabetes mellitus patients at Mangkang Public Health Center, Semarang, are 54 years old on average, female, and have an elementary school education background. They receive family support and demonstrate a good quality of life, with a positive relationship indicating that the higher the level of family support, the better the quality of life of the patients.*

Conclusion: Keywords: *family support, quality of life*

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

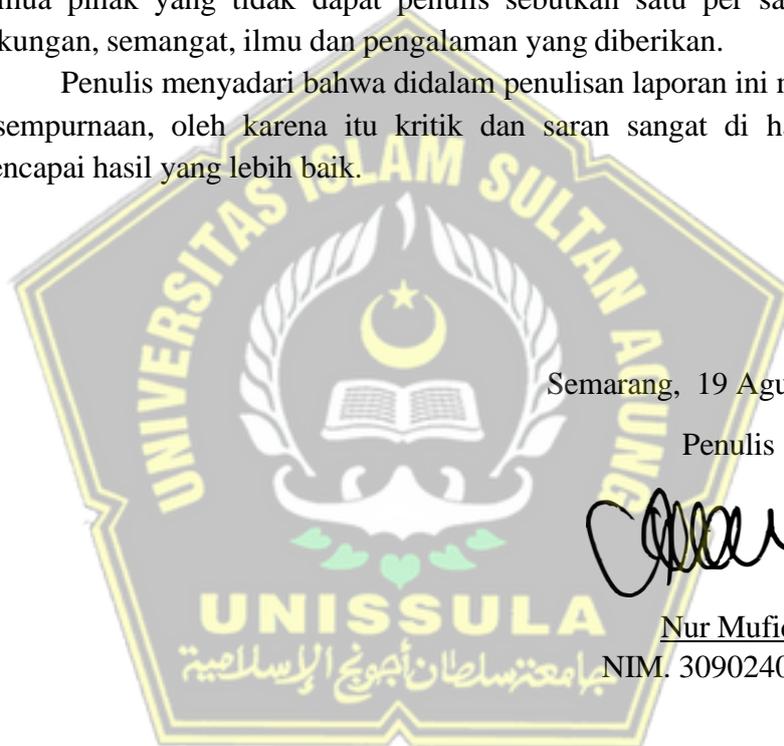
Dengan memanjatkan puja dan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS MANGKANG SEMARANG ”**, sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1) Jurusan S1 RPL Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak mungkin terselesaikan tanpa adanya dukungan, bantuan, bimbingan, dan nasehat dari berbagai pihak selama penyusunan skripsi ini. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih setulus tulusnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Gunarto S.H M.Hum Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr.Iwan Ardian, S.KM, M.Kep Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh Pendidikan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyanyingsih, M.Kep., Sp.Kep.MB Selaku Kaprodi S1 Keperawatan fakultas ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muhammad Aspihan, M.kep, Sp.Kep.Kom selaku pembimbing pertama dalam penyusunan skripsi ini. yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan, ilmu dan nasehat yang sangat berharga, serta memberikan pelajaran buat saya tentang arti sebuah usaha, pengorbanan, ikhlas, tawakal dan kesabaran yang akan membuahkan hasil yang bagus pada akhir penyususunan penelitian ini.
5. Bapak Dr.Ns. Iskim Luthfa, M.kep selaku pembimbing kedua yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan, ilmu dan nasihat yang sangat berharga bagi saya.
6. Yang Paling utama saya banyak haturkan terima kasih tak terhingga kepada Ayahanda tercinta Alm.(Sungkono) serta Ibunda saya tercinta Alm.(Suminah) dan Istri Tercinta (Riska) dan Anak – anak saya (Hisyam,Hanin,Alm.Hana) dan yang tak henti-hentinya memberikan motivasi serta doa yang tulus bagi keberhasilan saya dalam mengukir kehidupan yang bermanfaat. Kasih sayang, nasehat serta bimbingan ayah dan ibu telah membuat tekad saya untuk terus maju.

7. Dan Bapak mertua (Rokhianto) dan Ibu mertua (Maskanah) yang selalu memberikan doa.
8. Teman-teman S1 RPL departemen komunitas yang selalu memberikan dukungan untuk berjuang Bersama.
9. Teman-teman S1 RPL Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan 2024 yang saling mendoakan, membantu, mendukung, menyemangati serta tidak Lelah untuk berjuang bersama.
10. Sahabat-sahabat Ruang ICU RSI SULTAN AGUNG SEMARANG yang selalu menghibur, mensupport dan menyemangati dalam mengerjakan skripsi ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu atas segala dukungan, semangat, ilmu dan pengalaman yang diberikan.

Penulis menyadari bahwa didalam penulisan laporan ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran sangat di harapkan untuk mencapai hasil yang lebih baik.



Semarang, 19 Agustus 2025

Penulis

Nur Mufid

NIM. 30902400154

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SAMBUTAN DEKAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	i
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan	7
D. Manfaat penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Teori.....	9
1. Diabetes Melitus.....	9
a. Pengertian Diabetes Melitus.....	9
b. Klasifikasi.....	9
c. Diagnosis Diabetes Melitus.....	10
d. Faktor Resiko	11
e. Penatalaksanaan	12
2. Dukungan Keluarga.....	15
a. Definisi Dukungan Keluarga.....	15
b. Dimensi Dukungan Keluarga	16
c. Sumber-sumber dukungan keluarga.....	17
d. Pengukuran Dukungan Keluarga	17

e.	Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga	17
3.	Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus	21
a.	Pengertian kualitas hidup	21
b.	Kegunaan pengukuran kualitas hidup	22
c.	Domain kualitas hidup	23
d.	Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup	23
e.	Pengukuran kualitas hidup	24
B.	Kerangka Teori Penelitian	25
C.	Hipotesis Penelitian	26
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		27
A.	Kerangka Konsep	27
B.	Variabel Penelitian	27
C.	Desain Penelitian	27
D.	Populasi dan sampel penelitian	28
1.	Populasi	28
2.	Sampel	28
E.	Tempat dan waktu penelitian	31
1.	Tempat Penelitian	31
2.	Waktu Penelitian	31
F.	Definisi Operasional	31
G.	Pengumpulan Data	32
1.	Instrumen Penelitian	32
2.	Uji instrumen Penelitian	29
H.	Metode Pengumpulan Data	36
1.	Prosedur administrasi	36

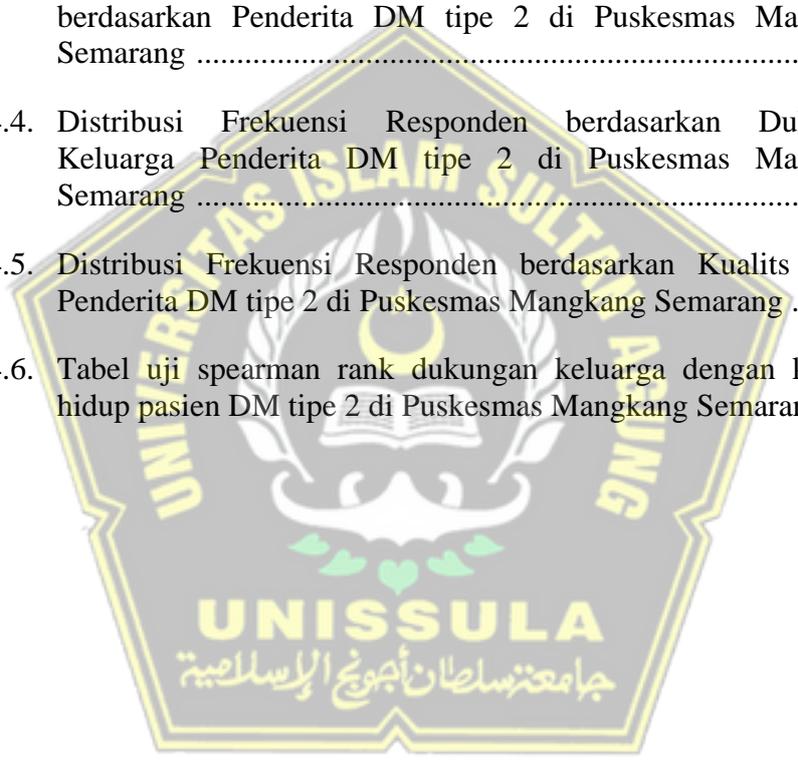
2. Prosedur Teknis	36
I. Analisa Data	37
1. Pengolahan Data.....	37
2. Analisa Data	38
J. Etika Penelitian.....	42
BAB IV HASIL PENELITIAN	44
A. Karakteristik Responden	44
1. Umur.....	44
2. Jenis Kelamin	44
3. Pendidikan.....	45
B. Analisis Univariat.....	45
1. Dukungan Keluarga.....	45
2. Kualitas Hidup.....	46
C. Analisis Bivariat	46
BAB V PEMBAHASAN.....	48
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil	48
1. Karakteristik Responden	48
a. Umur.....	48
b. Jenis Kelamin	49
c. Pendidikan	50
2. Dukungan Keluarga.....	51
3. Kualitas Hidup.....	52
4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien DM di Puskesmas Mangkang Semarang.	53

B. Keterbatasan Penelitian	55
C. Implikasi untuk Keperawatan.....	55
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	57
A. Simpulan.....	57
B. Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional.....	31
Tabel 4.1. Distribusi Responden berdasarkan Umur Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang	44
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang	44
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan tingkat Pendidikan berdasarkan Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang	45
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Dukungan Keluarga Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang	45
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kualits Hidup Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang	46
Tabel 4.6. Tabel uji spearman rank dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.	47



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Skema Model <i>family center nursing</i> dari Friedman, Bowden, & Jones (2003)	21
Gambar 2.2. Skema Kerangka Teori	25
Gambar 3. 1. Skema .Kerangka Konsep	27



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Survei Pendahuluan ke Dinas Kesehatan Kota Semarang
- Lampiran 2. Surat Permohonan Ijin Penelitian ke Dinas Kesehatan Kota Semarang
- Lampiran 3. Surat Penelitian ijin penelitian ke Dinas Kesehatan Kota Semarang
- Lampiran 4. Surat Balasan Permohonan Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Semarang
- Lampiran 5. Surat keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 6. Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7. Surat Kesanggupan Menjadi Responden
- Lampiran 8. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 9. Hasil Olah Data Penelitian
- Lampiran 10. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 11. Lembar Bimbingan Skripsi
- Lampiran 12. Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 13. Daftar Riwayat Hidup

PERSYARATAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi saya yang berjudul “**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS MANGKANG SEMARANG**” saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika di kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Wakil Dekan I



Dr.Ns.Hj.Sri Wahyuni,M.Kep,Sp.Kep.Mat
NUPTK : 9941753654230092

Semarang, 19 Agustus 2025
Peneliti,



Nur Mufid
NIM : 30902400154

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) diakibatkan oleh kombinasi dari berbagai faktor, baik genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku. (SKI, 2023). Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Semarang mencatat kasus Diabetes Melitus (DM) di Kota Semarang tidak hanya menyerang usia lansia saja, namun sejak remaja, dewasa hingga pralansia sudah tercatat ada sejumlah kasusnya. Pada tahun 2023 kasus DM di Kota Semarang sudah mencapai 5.991 kasus. (Dinas Kesehatan Kota Semarang , 2023). Ada beberapa macam penyakit kronis yang telah diteliti salah satunya adalah diabetes melitus. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI, 2013).

Dari tahun ke tahun penyakit diabetes mengalami peningkatan yang signifikan, Berdasarkan data dari IDF (2021) prevalensi penderita DM di Indonesia sebanyak 19 juta. DM tipe 1 diperkirakan sebanyak 3,7 juta orang dan DM tipe 2 sebanyak 17 juta orang di Indonesia. (IDF, 2021). Dan Provinsi Jawa tengah berada di urutan ke 8 kejadian DM dengan 1,8 % . (SKI, 2023).

Pertumbuhan prevalensi penderita DM yang meningkat dari tahun ketahun akan berpengaruh terhadap prevalensi komplikasi DM itu sendiri. Menurut Perkeni (2011) komplikasi DM meliputi ketoasidosis diabetic, hiperglikemia, makroangiopati, mikroangiopati, dan neuropati. Melakukan kontrol gula darah rutin, pengecekan kadar gula darah, konsumsi obat

penurun kadar gula darah (hipoglikemi), olahraga dan diet rendah kalori dapat mencegah komplikasi pada penyakit DM (Arisman, 2011).

Diabetes Melitus dikenal sebagai penyakit *silent killer* karena sering tidak disadari oleh penyandanginya dan saat diketahui sudah terjadi komplikasi (Kemenkes RI, 2014)

Untuk pencegahan sangat diperlukan agar tidak terjadi komplikasi, Menurut Junaidi (2009) pencegahan penyakit DM dibagi menjadi tiga tahap meliputi pencegahan pertama agar pasien tidak terkena penyakit, pencegahan lanjutan untuk deteksi dini penyakit diabetes melitus, dan pencegahan akhir untuk menghindariadanya keparahan pada penyakit. Dalam menjalankan terapi, kepatuhan pasien akan berpengaruh positif terhadap penyakit, dan sebaliknya apabila tingkat kepatuhan pasien rendah akan berakibat negatif pada penyakitnya.

Proses pengobatan yang lama dapat berpengaruh pada kualitas hidup (*Quality of Life*) pasien. Menurut Taylor, kualitas hidup menjelaskan tentang kemampuan seseorang beradaptasi terhadap penyakit yang ditinjau dari indikator kualitas hidup yaitu fungsi fisik, sosial, psikologis, dan pekerjaan. (dalam Vergi, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Isa & baiyewu (2006) terhadap 251 responden. Didapatkan hasil penelitian menunjukkan bahwa 52 pasien (20,7%) dengan QOL yang baik, 164 (65,4%) dengan skor yang cukup baik dan 35 (31,9%) dengan skor QOL yang rendah. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa penyakit DM memberikan dampak negatif terhadap kualitas hidup.

Diabetes seringkali menyebabkan komplikasi fisik yang dapat membatasi aktivitas sehari-hari, seperti dalam aspek biologis dapat berupa penurunan kadar glukosa dalam darah dan penurunan berat badan (Anggarawati & Lestari, 2022).

Diabetes Melitus merupakan penyakit kronis yang membutuhkan terapi dan perawatan yang lama bahkan menyertai seumur hidup penderita. Keadaan ini tentunya dapat menimbulkan kejenuhan pada penderita. Oleh karena itu selain memperhatikan masalah fisik, faktor psikologis penderita juga penting diperhatikan. Pengelolaan Diabetes Melitus secara umum bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan mempertahankan rasa nyaman pasien. Kerja sama yang baik antara tenaga kesehatan, pasien dan keluarga diperlukan untuk mencapai keberhasilan dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus. Dalam upaya untuk mencegah terjadinya komplikasi, perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan mempunyai peranan dalam pengelolaan pasien Diabetes Melitus dengan menerapkan 5 pilar penanganan DM, yaitu edukasi, perencanaan makan, latihan jasmani, intervensi farmakologis dan pemeriksaan gula darah. Berdasarkan hasil penelitian (Rahayu et al, 2014 dalam Suciana, 2019) menunjukkan adanya edukasi dengan prinsip *Diabetes Self Management Education* (DSME) pada pasien DM dan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup pada penderita DM tipe 2 ($p=0,000$). Sedangkan penelitian (Haida et al, 2014 dalam Suciana, 2019) menunjukkan ada hubungan antara rerata kadar gula darah dengan penyerapan edukasi, pengaturan makan dan olah raga. Selain peran

perawat, peran aktif keluarga dalam memandu program diet, latihan jasmani dan kepatuhan minum obat merupakan bentuk dukungan keluarga demi keberhasilan penatalaksanaan Diabetes Melitus. Dengan terlaksananya asuhan keperawatan yang komprehensif yang melibatkan keluarga, diharapkan dapat mencegah dan mengatasi komplikasi yang terjadi, sehingga dapat dicapai kualitas hidup yang baik.

Proses Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2. Keluarga berperan penting dalam manajemen diabetes dengan cara memberi dukungan emosional (mengurangi stres, depresi),mendampingi pasien dalam manajemen diet, pengobatan, dan aktivitas fisik,Membantu dalam pengambilan keputusan medis,Mengingatkan kontrol dan kepatuhan terhadap pengobatan. Sumber: Mayberry LS & Osborn CY (2012).

Beban Keluarga beban finansial: biaya pengobatan, alat tes gula darah, makanan khusus,beban psikologis: stres akibat merawat pasien jangka panjang,Waktu dan tenaga: mengantar ke rumah sakit, merawat saat komplikasi.Sumber: Baig AA et al. (2015).

Beban Pemerintah Biaya kesehatan publik meningkat karena komplikasi (gagal ginjal, stroke, amputasi),Pembiayaan BPJS melonjak karena DM adalah penyakit katastropik,Kebutuhan fasilitas seperti dialisis, ICU, atau rehabilitasi jangka panjang.Sumber: BPJS Kesehatan (2022) dan Kementerian Kesehatan RI (2020).

Kerugian Nyata terhadap Fungsi Ekonomi Produktivitas menurun: pasien DM tipe 2 yang tidak terkontrol sering mengalami komplikasi sehingga sulit bekerja. Biaya tidak langsung meningkat: kehilangan pendapatan karena absen kerja, pensiun dini, atau kematian dini. Beban jangka panjang: keluarga bisa kehilangan penghasilan karena fokus merawat pasien. Sumber: International Diabetes Federation (IDF, 2021) dan American Diabetes Association (2018).

Dukungan Keluarga sebagai Solusi Dukungan keluarga merupakan salah satu solusi non-medis yang terbukti signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 (DM Tipe 2). Peran keluarga sangat penting karena pasien tidak hanya menghadapi gangguan fisik, tetapi juga perubahan gaya hidup yang membutuhkan pendampingan dan dukungan secara konsisten (Baig et al., 2015).

Dukungan ini meliputi berbagai aspek, yaitu:

Dukungan emosional, seperti memberi semangat dan membantu pasien dalam menghadapi stres, kecemasan, serta menerima kondisi penyakit kronis yang dialaminya. Dukungan instrumental, berupa bantuan praktis dalam aktivitas sehari-hari seperti menyiapkan makanan sesuai diet diabetes, mengingatkan minum obat, hingga menemani ke fasilitas kesehatan. Dukungan motivasional, seperti mendorong pasien untuk tetap berolahraga, menjalani terapi, dan menjaga rutinitas hidup sehat secara disiplin (Mayberry & Osborn, 2012).

Dengan keterlibatan keluarga, pasien merasa lebih diperhatikan, lebih termotivasi untuk patuh terhadap terapi, dan cenderung memiliki harapan hidup yang lebih tinggi. Dampak Positif Terhadap Kualitas Hidup Berbagai penelitian

menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki dampak positif yang nyata terhadap kualitas hidup pasien DM Tipe 2. Di antaranya: Meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, baik dalam penggunaan obat maupun kontrol rutin (Mayberry & Osborn, 2012). Menurunkan tingkat depresi dan kecemasan, yang umumnya dialami pasien dengan penyakit kronis (Rahmawati & Bajorek, 2015). Menstabilkan kadar glukosa darah, termasuk perbaikan pada kadar HbA1c melalui peningkatan pengelolaan diri (Baig et al., 2015). Meningkatkan fungsi sosial dan produktivitas, karena pasien menjadi lebih percaya diri dan mandiri dalam menjalani aktivitas harian. mencegah komplikasi jangka panjang, seperti nefropati, retinopati, atau neuropati, yang dapat menurunkan kualitas hidup secara signifikan (IDF, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dukungan keluarga merupakan faktor yang sangat berhubungan dengan kualitas hidup pasien DM. Keluarga yang memberikan dukungan secara emosional dan praktis dapat membantu pasien menjaga kepatuhan terhadap perawatan medis (Rahmawati & Andriani, 2021).

Hasil studi pendahuluan peneliti yang dilakukan pada tanggal 26 Oktober 2024 s/d Desember 2024 di Puskesmas Mangkang Semarang. Terdapat 325 penderita DM. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan hasil 3 dari 5 pasien DM mengatakan mendapatkan dukungan keluarga baik secara emosional maupun informasi. Hasil wawancara dengan salah satu keluarga pasien, saat berada di puskesmas keluarga mengatakan keluarga ikut mendukung pada saat proses pengobatan.

Dari latar belakang yang dipaparkan maka peneliti tertarik meneliti hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan diatas maka rumusan masalah yang muncul yaitu “apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, dan latar belakang pendidikan.
- b. Mendeskripsikan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.
- c. Mendeskripsikan dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.
- d. Menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi profesi

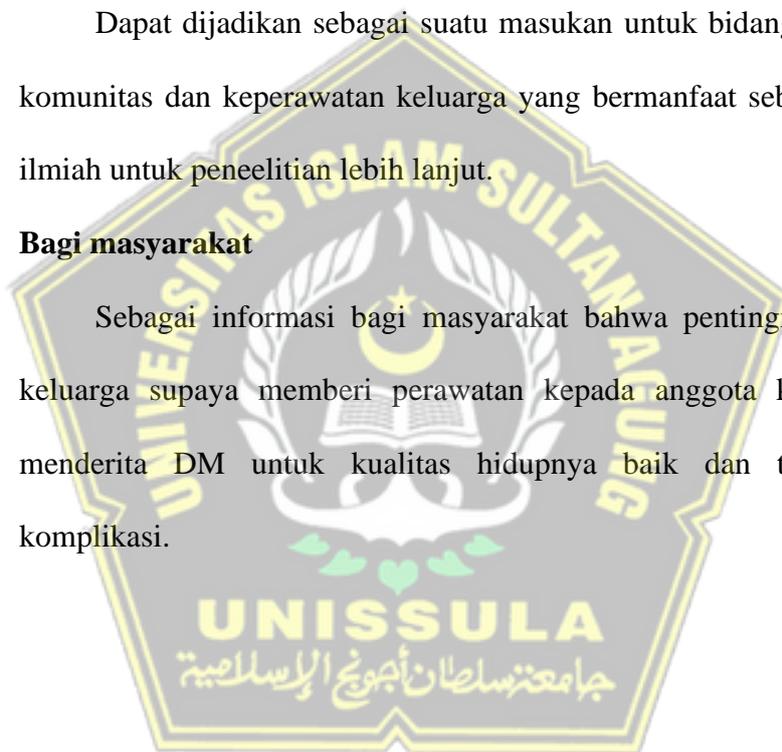
Sebagai wacana baru untuk menambah teori dan ilmu pengetahuan mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM.

2. Bagi institusi

Dapat dijadikan sebagai suatu masukan untuk bidang keperawatan komunitas dan keperawatan keluarga yang bermanfaat sebagai referensi ilmiah untuk peneelitan lebih lanjut.

3. Bagi masyarakat

Sebagai informasi bagi masyarakat bahwa pentingnya dukungan keluarga supaya memberi perawatan kepada anggota keluarga yang menderita DM untuk kualitas hidupnya baik dan terhindar dari komplikasi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Diabetes Melitus

a. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes Melitus adalah penyakit yang diakibatkan produksi insulin yang kurang yang diakibatkan karena kerusakan pancreas atau ketidakefektifan tubuh menggunakan insulin sehingga kadar glukosa darah terganggu dan mengakibatkan peningkatan konsentrasi gula darah pada tubuh (Pusat data dan informasi Kemekes RI 2014). Adapun menurut Perkeni (2011) Diabetes melitus merupakan penyakit kelainan metabolik yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa yang diakibatkan kelainan sekresi insulin, kerja insulin ataupun keduanya.

Dari pengertian diatas dapat diartikan bahwa penyakit diabetes melitus merupakan suatu penyakit metabolik yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula darah atau hiperglikemik akibat penurunan atau ketidakmapuan tubuh memenuhi sekresi insulin dan kerja insulin di pankreas.

b. Klasifikasi

Menurut American Diabetes Association (ADA) pada tahun 2015, klasifikasi DM dibagi menjadi 4 kelompok, yaitu:

- 1) Diabetes Melitus tipe 1, disebabkan karena adanya kerusakan pada sel beta pankreas, sehingga produksi insulin pada tubuh terganggu.
- 2) Diabetes Melitus tipe 2, pada DM tipe 2 tubuh sulit merespon reaksi biokimia sehingga kontrol gula darah terganggu dan ini disebabkan karena tubuh mengalami gangguan sekresi.
- 3) Gestasional Diabetes Melitus (GDM), DM tipe ini terjadi pada ibu hamil dan penegakan diagnosa dapat dilakukan di trimester kedua dan ketiga kehamilan.
- 4) Diabetes tipe lain, DM tipe ini terjadi gangguan pada kerja sel beta dan kerja insulin yang diakibatkan obat-obatan dan zat kimia.

c. Diagnosis Diabetes Melitus

Diagnosis diabetes melitus dapat ditegakkan dengan pemeriksaan glukosa darah. Menurut perkeni (2015) diagnosis penyakit DM dapat ditegakkan dengan cara berikut:

- 1) Pemeriksaan gula darah puasa hasil lebih dari 126 mg/dl. Puasa adalah keadaan dimana tubuh tidak mendapat asupan nutrisi minimal 8 jam.
- 2) Pemeriksaan gula darah lebih dari 200mg/dl 2 jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram.
- 3) Pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS) lebih dari 200mg/dl dengan keluhan khas DM.

- 4) Pemeriksaan HbA1c lebih dari 6,5% dengan menggunakan metode yang telah ditetapkan oleh National Glycohaemoglobin Standardization Program (NGSP).

d. Faktor Resiko

Menurut Perkeni (2015) Faktor resiko dari DM dibagi menjadi beberapa kelompok, yaitu:

- 1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah
 - a) Suku
 - b) Riwayat keluarga dengan DM
 - c) Umur: Orang yang berumur lebih dari 45 tahun lebih beresiko terserang penyakit DM.
 - d) Riwayat melahirkan bayi dengan BB lebih dari 4 kg.
 - e) Riwayat BBLR
- 2) Faktor Risiko yang Bisa Diubah
 - a) Obesitas.
 - b) Kurangnya olahraga.
 - c) Tekanan darah tinggi (>140/90 mmHg)
 - d) Dislipidemia (HDL < 35 mg/dl dan/atau trigliserida >250 mg/dl)
 - e) Diet tak sehat (unhealthy diet).
- 3) Faktor Lain yang Terkait dengan Risiko Diabetes Melitus
 - a) Penderita Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) atau suatu keadaan yang menyebabkan terjadinya retensi insulin.

- b) Penderita yang mengalami toleransi glukosa terganggu.
- c) Penderita dengan riwayat kardiovaskular, seperti stroke, PJK, atau PAD (Peripheral Arterial Diseases)

e. Penatalaksanaan

Agar tidak terjadi keparahan pada penderita DM diperlukan penatalaksanaan yang tepat. Menurut Perkeni (2011) ada 4 empat pilar penatalaksanaan DM, antara lain sebagai berikut:

1) Pendidikan/edukasi

Edukasi adalah proses pembelajaran yang dilakukan untuk menambah pengetahuan dan kemampuan individu tentang suatu fenomena melalui praktik dan pengalaman tertentu (Notoatmodjo, 2007). Peran perawat sebagai *educator* dimana perawat harus bisa memberikan edukasi terhadap klien tentang pencegahan penyakit, pemulihan, dan penyusunan program-program kesehatan bagi klien (Bastable, 2014).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wong, et al (1997) menyimpulkan bahwa pemberian edukasi dapat meningkatkan pengetahuan tentang diabetes melitus dan pemeliharaan diri penderita diabetes melitus, yang berdampak terhadap baik pada kesehatan penderita diabetes (Wong et al; 1997 dalam Hariono, 2008).

Edukasi dapat diberikan melalui pemberian buku terkait penyakit DM, video terkait penyakit DM, leaflet, dll. Sehingga

orang yang mendapatkan edukasi diharapkan mampu mengenali penyakit DM dan cara penatalaksanaannya.

2) Terapi Gizi Medis

Diet pada pasien DM adalah hal yang penting, diet dapat membantu penderita DM untuk memperbaiki gizi dan mengontrol glukosa pada darah. Terapi gizi medis meliputi 3 penting hal yaitu, jumlah makanan, jadwal makan, dan jenis makanan. (Perkeni, 2011).

a) Jumlah makanan

Jumlah makanan yang diberikan pada pasien DM dihitung menurut kebutuhan gizi penderita, bukan menurut kadar gula penderita. Pramono (2011) menyatakan bahwa jumlah kalori yang dikonsumsi oleh penderita diabetes melitus dalam sehari dikelompokkan menjadi 3 makan besar dan 3 makan kecil. Dimana makan besar yang dimaksud adalah makan sehari-hari dan makan kecil yang dimaksud adalah makan cemilan.

b) Jenis Makanan

Jenis makanan harus diperhatikan oleh penderita DM, sebaiknya penderita DM menghindari untuk makanan yang mengandung kolesterol, lemak jenuh, dan makanan tinggi gula. (ADA, 2010). Menu makanan untuk penderita DM harus bervariasi karena penderita DM biasanya akan bosan

dengan makanan yang telah diprogramkan, sehingga variasi makanan sangat diperlukan (Suyono, 2009).

Makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi pasien DM adalah jenis bahan makanan yang mengandung protein hewani maupun nabati seperti tahu, tempe, daging, ikan dan putih telur. Adapun makanan yang harus dihindari pada penderita DM adalah makanan tinggi glukosa seperti gula pasir, gula jawa, sirup, cake, permen dan makanan yang tinggi kolesterol.

c) Jadwal Makan

Pada penderita diabetes melitus, kadar glukosa darah dapat diatur dengan melakukan penjadwalan makan penderita. (ADA, 2010). Jadwal makan untuk penderita DM adalah 3 kali makan utama dan 3 kali makan selingan. (Rafani, 2012; Waspadji, 2007).

3) Olahraga

Kegiatan olahraga yang teratur akan berpengaruh positif bagi tubuh. Latihan jasmani dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin. Ada beberapa latihan jasmani yang disarankan bagi penderita diabetes melitus, diantaranya: jalan, bersepeda santai, berlari dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesehatan klien (Klein, 2004).

4) Farmakologis

Ada 2 macam penatalaksanaan DM secara farmakologis, yaitu:

a) Obat Hipoglikemik Oral (OHO)

Merupakan obat penurun kadar glukosa pada darah yang diresepkan oleh dokter khusus bagi diabetesi. OHO berbeda dengan insulin. OHO bekerja melalui beberapa cara untuk menurunkan kadar glukosa darah.

b) Insulin

Insulin merupakan basis pengobatan penderita diabetes melitus tipe I yang harus diberikan segera setelah diagnosis ditegakkan. Dalam pemberian insulin ada beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya jenis preparat, dosis insulin, waktu dan cara melakukan penyuntikan, serta cara menyimpannya. (Suyono dkk, 2011).

2. Dukungan Keluarga

a. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah bantuan dari anggota keluarga yang dapat meningkatkan derajat kesehatan, dukungan ini diberikan oleh anggota keluarga dalam bentuk dan tipe yang bervariasi (Friedman, 2010). Adapun menurut Ambarwari (2010) bahwa sebuah tindakan dalam bentuk dukungan yang diberikan oleh

anggota keluarga yang dapat memperkuat, dan memperbesar penghargaan terhadap anggota keluarga yang lain. Dan dapat memberikat spirit bagi keluarga untuk menghadapi tantangan sehari-hari.

b. Dimensi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013) dimensi dukungan keluarga terbagi menjadi empat bagian, yaitu:

1) Dukungan Emosional

Dukungan Emosional adalah dukungan dalam bentuk perhatian, empati, rasa kasih sayang terhadap keluarganya. Dukungan ini menjadi salah satu faktor yang penting karena empati dan kasih sayang dapat membuat keluarga merasa diperhatikan dan dibutuhkan.

2) Dukungan Informasi

Dukungan Informasi adalah keluarga berfungsi sebagai sumber informasi, dimana keluarga memberikan saran yang dapat digunakan untuk memecahkan sebuah masalah.

3) Dukungan Instrumental

Dukungan Instrumental adalah dukungan dimana keluarga memberikan dukungan dalam bentuk materiil seperti pembiayaan pengobatan, makan, dan minum.

4) Dukungan Penghargaan

Dukungan yang bertindak untuk membimbing keluarga untuk memecahkan suatu dan memberikan reward kepada keluarga.

c. Sumber-sumber dukungan keluarga

Sumber dukungan keluarga adalah asal dimana keluarga mendapatkan dukungan, dukungan ini dapat berupa internal dan eksternal, dukungan sosial keluarga secara internal seperti dari suami/istri dan eksternal seperti dari paman/bibi (Friedman, 2013)

d. Pengukuran Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga memberikan dampak yang positif pada perawatan diri penderita DM (Hensarling, 2009). Untuk mengetahui seberapa besar dampak dari dukungan keluarga diperlukan instrumen penelitian. Hensarling (2009) mengembangkan suatu skala ukur untuk dukungan keluarga dengan nama "Hensarling Diabetic Family Support Scale (HDFSS)" dimana skala ini valid dan dapat digunakan untuk mengukur persepsi penderita DM terhadap dukungan yang diberikan keluarga dalam proses pengobatan.

Instrumen ini berisi 25 pertanyaan dengan jawaban tertinggi bernilai 4 dan jawaban terendah bernilai 1.

e. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

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

1) Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dukungan yang diberikan pada bayi dan orang dewasa berbeda karena ini usia dapat mempengaruhi suatu dukungan.

2) Pendidikan

Pendidikan memberikan perananan penting dalam dukungan keluarga. Pendidikan yang tinggi akan membuat seseorang memiliki pengalaman yang baik. Sehingga dapat memberikan saran bagi keluarganya.

3) Spiritual

Spiritual berorientasi pada sistem keyakinan dan nilai. Dimana orang dengan iman yang kuat akan lebih tabah dibandingkan iman yang lemah.

4) Sosial ekonomi

Seseorang dengan kondisi social ekonomi tinggi biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

5) Budaya

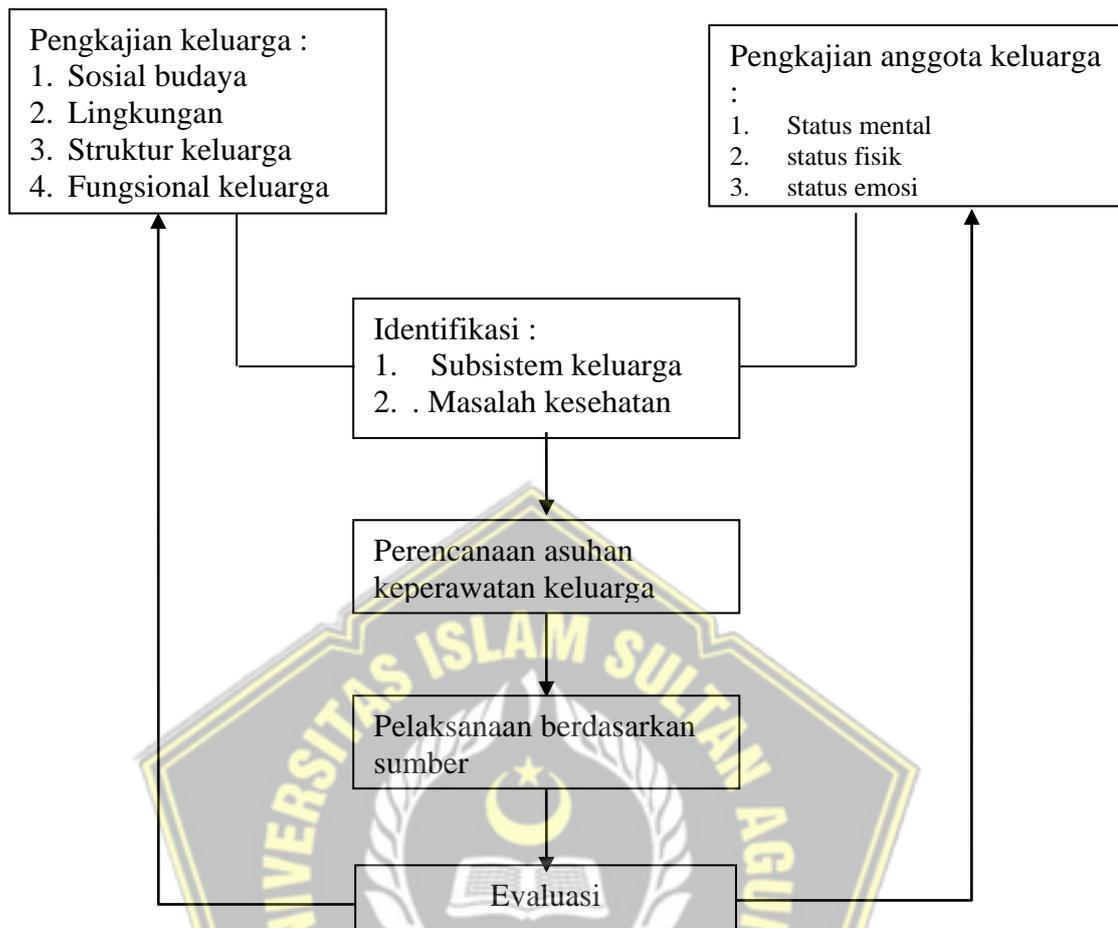
Latar belakang budaya mempengaruhi dukungan, dimana orang dengan budaya barat yang liberal akan kalah dengan orang yang berbudaya jawa, yang mana masih menjunjung tinggi empati.

Salah satu model keperawatan yang dapat digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan pada DM terkait dukungan keluarga adalah *Family Centered Nursing*. Friedman (2005) berpendapat *family center nursing* ialah kemampuan dari perawat memberikan asuhan keperawatan keluarga, supaya anggota keluarga mampu mandiri supaya dapat meningkatkan kesehatan anggota keluarga secara menyeluruh dan keluarga mampu mengatasi suatu masalah kesehatan (*family centered / Berorientasi pada keluarga*). Ada 2 komponen penting dalam fokus pengkajian asuhan keperawatan keluarga yaitu komponen struktur keluarga dan komponen fungsional keluarga komponen struktur keluarga terdiri dari komposisi anggota keluarga, sistem nilai yang dianut keluarga, pola komunikasi, struktur peran, dan struktur kekuatan dalam keluarga. Sedangkan struktur komponen fungsional keluarga adalah 5 fungsi keluarga yang salah satunya adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga. Penerapan *family center nursing* dalam dukungan keluarga adalah dengan melihat persepsi dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga terhadap penderita DM, sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup.

Fungsi keluarga meliputi dua aspek yaitu ekspresif dan instrumental. Aktivitas sehari-hari, makan, tidur, termasuk kedalam aspek instrumental fungsi keluarga. sedangkan untuk aspek ekspresif fungsi keluarga meliputi fungsi emosi, komunikasi, kemampuan dalam pemecahan masalah. Pengkajian fungsi kesehatan keluarga mencakup

kemampuan keluarga melaksanakan tugas perkembangan kesehatan keluarga. lebih lanjut dijelaskan tugas perkembangan keluarga meliputi:

- a. Peningkatan kemampuan keluarga mengenal masalah. Cara-cara meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah dapat dilakukan melalui pemberian informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan.
- b. Kemampuan keluarga untuk memutuskan metode perawatan yang tepat, dengan cara mengetahui dampak negatif apabila tidak diberikan perawatan.
- c. Memberikan kepercayaan diri pada keluarga dengan cara memberikan pelatihan tentang cara merawat keluarga.
- d. Membantu keluarga untuk memodifikasi lingkungan menjadi lingkungan yang sehat.
- e. Memberikan motivasi ke keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam proses pengobatan. Seperti mengenalkan keluarga tentang adanya puskesmas dan posyandu.



Gambar 2.1. Skema Model *family center nursing* dari Friedman, Bowden, & Jones (2003)

3. Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus

a. Pengertian kualitas hidup

Menurut World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group (dalam Rapley, 2003), kualitas hidup diartikan sebagai sudut pandang seseorang mengenai dirinya tentang hidup dan sistem nilai dimana seseorang hidup dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang. (Nimas, 2012). Kualitas hidup merupakan sudut pandang subjektif dari seseorang terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan

lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dijalaninya. (Urifah, 2012)

Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah sudut pandang individu yang subjektif terhadap kehidupannya yang berorientasi terhadap nilai dan budaya yang diyakini oleh seseorang dalam hubungannya dengan harapan, standar hidup dan perhatian yang mempengaruhi kemampuan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial dan lingkungan.

b. Kegunaan pengukuran kualitas hidup

Instrumen diperlukan untuk melakukan penilaian kualitas hidup. Instrumen yang biasa digunakan untuk penelitian tentang kualitas hidup adalah WHOQOL (The World Health Organization of Quality of Life Instrument). Misalnya pemahaman tentang diabetes melitus terkait kemampuan tubuh untuk mengatur glukosa darah sudah baik, namun efek dari penyakit berpengaruh terhadap sudut pandang seseorang terhadap hubungan sosial, kemampuan bekerja, status pendapatan dan membutuhkan perhatian yang lebih.

Instrumen WHOQOL digunakan untuk mengetahui kualitas hidup penderita DM. kualitas hidup yang dimaksud berisi tentang kepuasan, kondisi tubuh, dan persepsi individu terhadap keadaan pasien saat ini. Pengukuran kualitas hidup dapat digunakan untuk menilai keefektifan dari pengobatan, dalam evaluasi pelayanan kesehatan, untuk penelitian dan untuk membuat kebijakan.

Kualitas hidup merupakan aspek paling penting dalam penilaian

hasil medis pada penderita DM. Dampak dan kepuasan dari pengobatan dapat menjadi aspek yang penting untuk evaluasi terhadap pengobatan. (WHO, 2004).

c. Domain kualitas hidup

Menurut WHO (2004) ada 4 domain yang diukur dalam kualitas hidup. Domain penilaian kualitas hidup adalah:

- 1) Kesehatan Fisik, penilaian pada kesehatan fisik meliputi energy dan kelelahan, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat.
- 2) Psikologis, penilaian pada psikologis meliputi gambaran diri, perasaan negative, perasaan positif, konsep diri, kemampuan berfikir, belajar dan kemampuan konsentrasi.
- 3) Tingkat ketergantungan, penilaian ini meliputi seberapa besar ketergantungan orang terhadap obat-obatan ataupun orang lain.
- 4) Hubungan Sosial, penilaian ini tentang bagaimana kemampuan seseorang berhubungan dengan dunia luar .

d. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Ada 8 faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang (Angriyani, 2008), yaitu:

- 1) Kontrol, berisi tentang kemampuan seseorang mengontrol perilakunya.
- 2) Kesempatan yang potensial, Kesempatan yang dimiliki seseorang dalam mendapatkan proses pengobatan untuk kualitas hidup.
- 3) Keterampilan, kemampuan seseorang mengembangkan diri yang

didapatkan dari pelatihan.

- 4) Sistem dukungan adalah sebuah system dimana seseorang mendapatkan sebuah dukungan. Dukungan ini dapat berasal dari lingkungan, keluarga, maupun masyarakat. System dukungan yang baik dapat membuat kualitas hidup baik.
- 5) Kejadian dalam hidup, berkaitan dengan pengalaman seseorang dalam kehidupan. Semakin banyak pengalaman maka seseorang itu akan lebih kuat dalam menyikapi suatu hal.
- 6) Sumber daya, yaitu sesuatu yang dimiliki seseorang yang memiliki nilai.
- 7) Perubahan lingkungan, berkaitan dengan sesuatu yang terjadi pada lingkungan. Perubahan yang ada pada lingkungan bisa dari pembangunan maupun bencana alam.

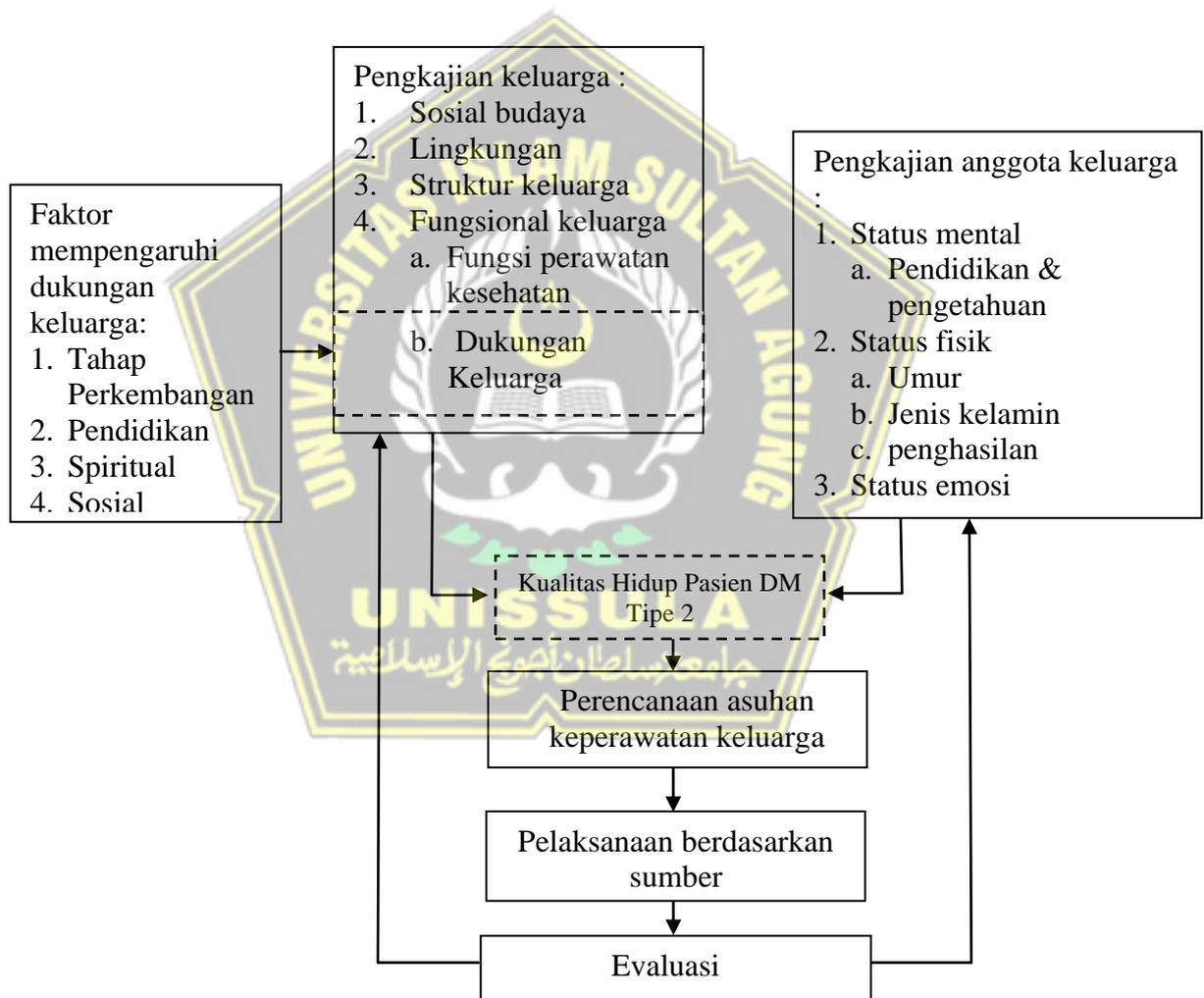
e. Pengukuran kualitas hidup

Munoz & Thiagarajan (1998) mengembangkan skala ukur untuk mengukur kualitas hidup pasien DM. Skala ini diberi nama *Diabetic Quality Of Life* (DQOL). Instrumen ini terdiri dari 46 item pertanyaan dengan subitemnya adalah kepuasan, dampak, kekhawatiran terhadap diabetes, sosial dan pekerjaan. Rentang jawaban untuk instrumen ini menggunakan skala Likert.

Di Indonesia instrumen ini telah digunakan untuk penelitian Tyas (2008). Penelitian ini dilakukan terhadap 95 responden DM tipe 2 di kota Blitar untuk mengetahui hubungan antara perawatan

diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup. Peneliti melakukan modifikasi instrument pengukuran kualitas hidup dari Munoz & Thiagarajan (1998). Nilai validitas instrumen adalah 0.36 dan reliabelnya adalah dengan *Cronbach Alfa* 0,956.

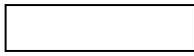
B. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.2. Skema Kerangka Teori

Sumber : Teori model FCN Friedman (2003), Purnawan (2008)

Keterangan :



= yang tidak diteliti



= yang diteliti

C. Hipotesis Penelitian

H₀ : Tidak ada hubungan antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2.

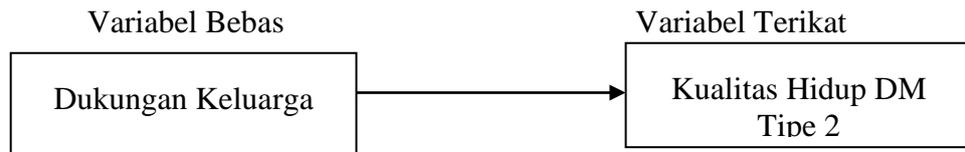
H_a : Ada hubungan antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2.



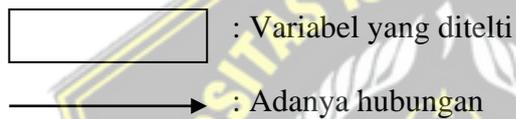
BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3. 1. Skema .Kerangka Konsep



B. Variabel Penelitian

1. Variabel Independen (*Independent Variabel*)

Variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga.

2. Variabel Dependen (*Dependent Variabel*)

Variabel dependen pada penelitian ini adalah kualitas hidup.

C. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Metode deskriptif korelatif digunakan untuk penelitian ini yaitu untuk mencari hubungan antara variabel bebas (dukungan keluarga) dengan variabel terikat (kualitas hidup DM).

D. Populasi dan sampel penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian adalah penerapan dari hasil penelitian (Notoadmodjo, 2012). Adapun sampel pada penelitian ini berjumlah 120 pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Mangkang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti (Sastroasmoro, 2011). Pengambilan sampel penelitian akan dilakukan dengan cara *Accidental Sampling*. Sampel terlebih dahulu harus dilakukan pemilihan dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Definisi *Accidental sampling* adalah teknik penentuan sampel berdasarkan siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat dijadikan sampel, apabila orang tersebut dipandang cocok sebagai sumber data. (Sugiyono (2017),

Accidental sampling dilakukan dengan cara mengambil responden yang secara kebetulan (*accidentally*) ditemui dan bersedia menjadi sampel, tanpa prosedur pemilihan yang sistematis atau acak. Proses ini tidak memerlukan kriteria seleksi ketat, asalkan subjek memenuhi syarat dasar untuk penelitian (misalnya, pasien DM tipe 2 di Puskesmas tertentu).

Langkah-Langkah *Accidental Sampling*

a. Tentukan lokasi atau tempat pengambilan data

Contoh: ruang tunggu klinik penyakit dalam, ruang perawatan DM, puskesmas.

b. Identifikasi karakteristik dasar responden

Misalnya: pasien DM tipe 2 berusia ≥ 18 tahun yang sedang berkunjung atau dirawat.

c. Sapa dan tawarkan partisipasi kepada pasien yang kebetulan hadir saat pengumpulan data.

d. Saring kesediaan: Hanya responden yang bersedia mengisi kuesioner atau diwawancara yang akan diikuti. (Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016),

Penelitian ini adalah penderita DM yang rawat di Puskesmas Mangkang Semarang dengan :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian pada populasi target dan pada populasi terjangkau (Sastroasmoro, 2011).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Penderita DM tipe 2 yang periksa ke Puskesmas Mangkang Semarang.
- 2) Penderita DM Tipe 2 yang kooperatif terhadap penelitian.
- 3) Penderita DM Tipe 2 yang tinggal serumah bersama keluarganya.
- 4) Penderita DM Tipe 2 yang bisa membaca dan menulis.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah sebagian subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan dikeluarkan dengan berbagai sebab (Sastroasmoro, 2011).

- 1) Penderita DM yang dengan komplikasi sehingga tidak memungkinkan menjadi responden.

Dalam menetapkan besar sampel peneliti menggunakan rumus perkiraan besar sampel penelitian analitik korelasi menurut Sastroasmoro & Ismael (2010).

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{0,5 \cdot \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

n : jumlah subyek penelitian yang dibutuhkan

Z_{α} : nilai Z untuk tingkat signifikansi (kesalahan tipe I)

Z_{β} : nilai Z untuk power (kesalahan tipe II)

r : nilai korelasi yang diharapkan atau diasumsikan dari penelitian terdahulu

Adapun nilai-nilai yang digunakan dalam perhitungan adalah sebagai berikut:

- Tingkat signifikansi (α) sebesar 5% (dua sisi), sehingga nilai $Z_{\alpha} = 1,96$
- Power sebesar 80% ($\beta = 0,20$), sehingga nilai $Z_{\beta} = 0,84$
- Nilai korelasi (r) yang diperoleh dari penelitian terdahulu sebesar 0,4

Langkah perhitungan:

$$\ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right) = \ln \left(\frac{1+0,4}{1-0,4} \right) = \ln \left(\frac{1,4}{0,6} \right) = \ln (2,333) \approx 0,847$$

$$Z_{\alpha} + Z_{\beta} = 1,96 + 0,84 = 2,80$$

$$n = \left(\frac{2,80}{0,4235} \right)^2 + 3 = (6,612)^2 + 3 = 43,72 + 3 = 46.72$$

Dibulatkan ke atas → 47 subjek

Setelah dibulatkan ke atas, maka jumlah minimal sampel adalah 47 orang. Namun, dengan mempertimbangkan potensi drop out, kehilangan data, dan kebutuhan pembagian kelompok analisis, maka jumlah sampel yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah **120 orang**.

E. Tempat dan waktu penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Mangkang Semarang.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2025 – Juli 2025.

F. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Dukungan Keluarga	Bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang tinggal serumah yang persiapkan oleh penderita DM.	Kuisisioner berisi 25 item pertanyaan menggunakan skala Likert. Untuk pertanyaan positif yaitu: 4: Selalu 3: Sering 2: Jarang 1: Tidak pernah Sedangkan untuk pertanyaan negatif yaitu: 1: Selalu 2: Sering 3: Jarang 4: Tidak Pernah	Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan keluarga dibagi total item pertanyaan tertinggi 100 dan terendah 25.	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Kualitas hidup pasien diabetes	Persepsi tentang keadaan penderita DM baik secara fisik, psikologis, maupun sosial.	Kuesioner terdiri atas 28 item pertanyaan. Jawaban menggunakan skala likert dimana pertanyaan positif pada kepuasan, skalanya: 4: Sangat Puas 3: Puas 2: Tidak Puas 1: Sangat Tidak Puas Pertanyaan positif pada dampak, skalanya: 1: Tidak Pernah 2: Jarang 3: Sering 4: Selalu Pertanyaan negatif pada dampak: 4: Tidak Pernah 3: Jarang 2: Sering 1: Selalu	Hasil ukur dalam bentuk kepuasan. Skor tertinggi 112 dan terendah 28.	Interval

G. Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini terdiri dari :

a. Kuesioner karakteristik demografi responden

Kuesioner karakteristik responden terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi/penghasilan perbulan, status, lama menderita DM dan komplikasi DM.

b. Kuesioner dukungan keluarga

Kuesioner yang digunakan untuk penelitian ini adalah kuesioner dukungan keluarga dari *Hensarling Diabetes Family Support Scale*

(HDFSS) yang dikembangkan oleh Hensarling (2009). Kuesioner HDFSS mencakup 4 dimensi yaitu dimensi emosional, dimensi instrumental, dimensi informasi, dan dimensi penghargaan. Setiap instrument memiliki beberapa item pertanyaan. Dimensi emosional terdiri dari 10 item pertanyaan yaitu nomor 4, 5, 6, 7, 13, 15, 17, 24, 27, 28, dimensi penghargaan terdiri dari 8 item pertanyaan yaitu nomor 8, 10, 12, 14, 18, 19, 20, 25, dimensi instrumental terdiri dari 8 item pertanyaan yaitu nomor 9, 11, 16, 21, 22, 23, 26, 29 dan dimensi informasi terdiri dari 3 item pertanyaan yaitu nomor 1, 2, 3. Jumlah total pertanyaan dukungan keluarga adalah 29 item dengan alternatif jawaban:

Untuk pertanyaan positif Selalu : 4, Sering : 3, Jarang : 2, Tidak pernah : 1. Untuk pertanyaan negatif : Selalu : 1, Sering : 2, Jarang : 3, Tidak pernah 4. Nilai validitas instrument ini adalah 0.5 dan nilai reliabilitas adalah *Alpha Cronbach* adalah 0.96.

c. Kuesioner kualitas hidup

Kuesioner kualitas hidup menggunakan kuesioner DQOL (Diabetic *Quality Of Life*) Munoz & Thiagarajan (1998) yang diadopsi oleh Tyas (2008). Kuesioner ini digunakan untuk mengukur kualitas hidup penderita DM. Kuesioner ini terdiri dari 30 item pertanyaan dengan rentang jawaban menggunakan skala Likert. Nilai validitas instrument ini adalah 0.3 dan nilai reliabilitas adalah *Alpha Cronbach* 0.9.

2. Uji instrumen Penelitian

a. Uji Validitas

Validitas dapat diartikan bahwa instrument penelitian yang digunakan tepat dan benar mengukur variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Apabila hasil skor variabel signifikan dengan hasil skor total maka variable itu dapat dikatakan valid (Saryono, 2011).

- 1) Kuesioner A telah diuji validitasnya oleh Aini Yusra (2010) uji validitas dan reliabilitas instrumen dukungan keluarga dilakukan terhadap 30 responden yang diambil secara random dari 120 responden. Hasil uji validitas dan reliabilitas dengan *degree of freedom* $30-2= 28$ (r tabel 0.361), pada kuesioner dukungan keluarga terdapat 4 item pertanyaan yang tidak valid yaitu nomor 12 (dimensi penghargaan), nomor 13 dan 17 (dimensi emosional) serta nomor 26 (dimensi instrumental). Keempat pertanyaan tersebut dikeluarkan dari instrumen, sehingga pertanyaan yang valid dan reliabel adalah 25 item dengan nilai validitas (r 0,395- 0.856) dan nilai reliabelnya (*Alpha Cronbach* 0.940).
- 2) Kuesioner B tentang kualitas hidup telah teruji validitasnya dan dan reliabilitas instrumen kualitas hidup diuji validitas terhadap 30 responden yang diambil secara random dari 120 responden. Hasil uji validitas dan reliabilitas dengan *degree of freedom* 30-

$n = 28$ (r tabel 0.361), pada kualitas hidup terdapat 2 item pertanyaan yang tidak valid yaitu nomor 44 dan 53. Kedua pertanyaan tersebut dikeluarkan dari instrumen, sehingga pertanyaan yang valid dan reliabel adalah 28 item dengan nilai validitas (r 0.428-0.851) dan nilai reliabelnya (*Alpha Cronbach* 0.963).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas artinya instrument sebagai alat ukur dapat memperoleh hasil ukur yang *consistent* (Notoatmodjo, 2012). Jika nilai *alpha* $> 0,6$ artinya reabilitas mencukupi (sufficient reability) sementara jika *alpha* $> 0,80$ berarti seluruh item reliable. Namun jika *alpha* rendah, kemungkinan ada item yang tidak reliable atau tidak valid.

Dalam penelitian ini kuesioner A nilai *alpha* kuesioner ini adalah 0,856 yang berarti item pertanyaan reliable dan dapat digunakan. (Smilktein, Ashworth, & Montano, 1982) sedangkan kuesioner B tentang dukungan keluarga merupakan yang telah diterima secara internasional dan merupakan instrumen baku, serta telah digunakan sebelumnya oleh Karno (2015) dengan hasil *alpha* 0,94 yang berarti semua item pertanyaan reliable dan dapat digunakan untuk mengambil data.

H. Metode Pengumpulan Data

1. Prosedur administrasi

- a. Membuat surat permohonan survey dari Fakultas Ilmu Keperawatan dengan No 592/F.S1/FIK-SA/V/2025 Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- b. Peneliti memberikan surat permohonan survey ke Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan No 593/F.S1/FIK-SA/V/2025 untuk izin penelitian di Puskesmas Mangkang
- c. Peneliti memberikan surat izin dari Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan No B/10411/070/V/2025 Ke Puskesmas Mangkang Semarang
- d. Peneliti melakukan studi Pendahuluan di Puskesmas Mangkang.
- e. Melakukakn uji proposal dan uji etik dengan No 739/A.1-KEPK/FIK-SA/VI/025 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- f. Peneliti melakukan penelitian tentang dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di Puskesmas Mangkang Semarang.

2. Prosedur Teknis

- Tahap persiapan
 - 1) Persiapan kuesioner
 - 2) Persiapan informed consent
 - 3) Persiapan alat tulis
- Tahap pelaksanaan

- 1) Peneliti menyeleksi responden yang sesuai dengan kriteria inklusi.
- 2) Peneliti menjelaskan tujuan dilakukannya penelitian kepada responden serta meminta persetujuan dengan mengisi informed consent.
- 3) Peneliti membagikan kuesioner kepada responden untuk diisi. Sebelum responden mengisi kuesioner peneliti terlebih dahulu menjelaskan bagaimana cara mengisi kuesioer.
- 4) Kuesioner yang telah diisi oleh responden selanjutnya dikumpulkan pada peneliti.
- 5) Peneliti kemudian menghitung jumlah skor kuesioner dan mengkategorikannya.
- 6) Setelah itu peneliti memasukkan dan menganalisa data menggunakan program komputerisasi.

I. Analisa Data

1. Pengolahan Data

Data yang dihasilkan diolah dalam sistem komputerisasi. Terdapat empat tahapan dalam mengolah data, yaitu :

a. *Editing*

Dalam *editing* dilakukan pengoreksian terhadap kuesioner yang diisi oleh responden. (Notoatmodjo, 2012). Apabila ada data yang salah atau keliru dapat dibetulkan oleh peneliti. Dalam

penelitian ini adalah dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita DM.

b. *Coding*

Coding yakni pengubahan data dalam bentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2012). Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan peng”kodean” atau “coding”. Kode data demografi responden Jenis kelamin: 1. Laki-laki 2. Perempuan. Pendidikan: 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. PT.

c. *Entry* atau *Processing*

Setelah dilakukan proses *Editing* dan *Coding* peneliti melakukan *Entry* yaitu memasukan data ke dalam program SPSS. data yang dimasukkan ke program SPSS adalah dukungan keluarga dan kualitas hidup DM dan dimasukkan kedalam tabel untuk menghitung frekuensi serta menganalisa data dengan aplikasi SPSS versi 17.

d. *Cleaning*

Cleaning adalah pengecekan kembali terhadap data yang sudah di input. (Notoatmodjo, 2012).

2. Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini berupa analisis univariat dan bivariat.

a. Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui ukuran pemusatan yaitu mean dan standar deviasi pada masing – masing variabel penelitian yang meliputi variabel *dependent* (dukungan keluarga) dan variabel *independent* (kualitas hidup).

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi masing-masing variabel penelitian, baik variabel dependen (dukungan keluarga) maupun variabel independen (kualitas hidup). Tujuan dari analisis ini adalah untuk memperoleh informasi tentang karakteristik data, seperti nilai rata-rata (mean), standar deviasi, minimum, maksimum, dan distribusi frekuensi.

Pada variabel yang berskala numerik, seperti skor dukungan keluarga dan kualitas hidup, digunakan ukuran pemusatan seperti mean dan standar deviasi untuk mengetahui kecenderungan umum nilai yang diperoleh dari responden. Sedangkan untuk data kategorik, akan disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase.

b. *Analisis bivariat*

Analisis bivariat digunakan sebagai pembuktian hipotesis dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* dan variabel *dependent*. Hasil akan diinterpretasikan apabila hasil nilai koreasi $p\ value < 0,05$ maka H_a diterima dan H_o ditolak yang menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di Puskesmas

Mangkang Semarang. Uji Statistik yang digunakan adalah Spearman karena salah satu data berdistribusi tidak normal. (Sopiyudin, 2014)

Untuk mengetahui arah korelasi pehitung dengan hasil sebagai berikut:

- 1) Jika + (positif) berarti searah, semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi kualitas hidup penderita DM.
- 2) Jika - (negatif) berarti berlawanan arah, semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah kualitas hidup penderita DM, dan sebaliknya.

Untuk menilai kekuatan koefisien korelasi antar variabel apabila sangat kuat nilai koefisien 0,75-0,99, kuat dengan nilai 0,5-0,75, cukup dengan nilai 0,25-0,5, dan sangat lemah 0-0,25 (Sarwono, 2006).

Interpretasi hasil uji dilakukan dengan melihat nilai signifikansi (p-value). Kriteria pengambilan keputusan adalah sebagai berikut:

- Jika $p\text{-value} < 0,05$, maka H_a diterima dan H_0 ditolak, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan.
- Jika $p\text{-value} \geq 0,05$, maka H_a ditolak dan H_0 diterima, yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan.

Dengan demikian, apabila hasil analisis menunjukkan bahwa $p\text{-value} < 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan

yang signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM yang berobat di Puskesmas Mangkang Semarang.

Uji Spearman digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel ordinal atau antara satu variabel ordinal dan satu variabel numerik yang tidak berdistribusi normal. Uji ini termasuk dalam kategori uji non-parametrik yang tidak mengasumsikan distribusi data tertentu.

Alasan Penggunaan Uji Spearman dalam penelitian ini, uji Spearman digunakan karena:

- Skala variabel dalam penelitian ini di kategorikan tidak normal sehingga tidak perlu uji normalitas.
- Skala pengukuran data bersifat ordinal atau interval tetapi tidak memenuhi syarat parametrik.

Hipotesis Uji Spearman

- H_0 (Hipotesis nol): Tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM.
- H_a (Hipotesis alternatif): Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM.

Kriteria Pengambilan Keputusan

- Jika $p\text{-value} < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada hubungan yang signifikan.

- Jika $p\text{-value} \geq 0,05$, maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan yang signifikan.

Interpretasi Koefisien Korelasi Spearman (ρ / rho)

Nilai rho (ρ)	Kekuatan Hubungan
0,00–0,19	Sangat lemah atau tidak ada
0,20–0,39	Lemah
0,40–0,59	Sedang
0,60–0,79	Kuat
0,80–1,00	Sangat kuat

Contoh: Jika diperoleh nilai $\rho = 0,53$ dan $p = 0,001$, maka hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup bersifat sedang dan signifikan secara statistik.

J. Etika Penelitian

1. *Informed Consent*

Sebelum mengikuti penelitian, responden akan diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur, dan hak-hak mereka dalam penelitian ini, serta diminta menandatangani lembar persetujuan (Hidayat, 2009).

2. *Anonymity dan Confidentiality*

Peneliti menjamin bahwa identitas responden tidak dicantumkan dalam kuesioner maupun laporan hasil penelitian, melainkan diganti dengan kode tertentu. Informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan akademik (Hidayat, 2009; Nursalam, 2016).

3. Partisipasi Sukarela

4. Keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela, dan responden dapat menarik diri kapan saja tanpa konsekuensi apa pun (Polit & Beck, 2017).

5. Etika Penelitian Internasional

Penelitian ini disusun dan dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip etis yang tercantum dalam *Declaration of Helsinki* oleh World Medical Association (2013).

6. *Nonmaleficence* (Tidak Merugikan)

Penelitian ini dirancang untuk tidak menimbulkan kerugian atau risiko bagi responden, baik secara fisik maupun psikologis, sesuai dengan prinsip *nonmaleficence* dalam etika penelitian keperawatan (Nursalam, 2016).

7. Persetujuan Lembaga

Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti telah memperoleh izin dari institusi pendidikan dan pihak terkait di lokasi penelitian, sebagai bentuk kepatuhan terhadap prosedur etis dalam penelitian kesehatan (Hidayat, 2009; Polit & Beck, 2017).

8. Kepatuhan terhadap Prinsip Etik Internasional

Penelitian ini mengacu pada prinsip-prinsip etika internasional sebagaimana tercantum dalam *Declaration of Helsinki*, yang menekankan perlindungan hak, keselamatan, dan kesejahteraan subjek penelitian (World Medical Association, 2013).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang. Hasil analisis dalam 2 bentuk yaitu analisa univariat menggunakan uji deskriptif yang terdiri dari dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM tipe 2 kemudian analisa bivariat menggunakan uji spearman mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.

A. Karakteristik Responden

1. Umur

Tabel 4.1 Distribusi Responden berdasarkan Umur Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang

Variabel	Rata-rata	Min – Maks
Umur	54.14	37-76

Tabel menunjukkan bahwa rata-rata umur responden penderita DM adalah 54.14 tahun. Umur termuda adalah 37 tahun dan tertua adalah 76 tahun

2. Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang berjumlah 120.

No	Jenis kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Laki-laki	53	44,2
2	Perempuan	67	55,2
	Total	120	100

Tabel Menunjukkan bahwa dari 120 penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangakang Semarang. Berdasarkan jenis kelamin didapatkan penderita DM tipe 2 terbanyak berjenis kelamin perempuan sebanyak 67 penderita (55,2%), dan penderita DM berjenis kelamin perempuan sebanyak 53 penderita (44,2%).

3. Pendidikan

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan tingkat Pendidikan berdasarkan Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangakang Semarang (n;120)

No	Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Tidak Sekolah	1	0.8
2	SD	64	53.3
3	SMP	38	31.7
4	SMA	16	13.3
5	PT	1	0.8
Total		120	100

Tabel menunjukkan bahwa dari 120 penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangakang Semarang, Berdasarkan Pendidikan didapatkan penderita DM tipe 2 berpendidikan SD sebanyak 64 penderita (53.3%), penderita dengan pendidikan SMP sebanyak 38 penderita (31.7%). Lalu penderita dengan pendidikan SMA sebanyak 16 penderita (13.3%) penderita dengan pendidikan Perguruan Tinggi 1 penderita (0.8%).

B. Analisis Univariat

1. Dukungan Keluarga

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Dukungan Keluarga Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangakang Semarang

Variabel	Rata-rata	Nilai Tengah	Simpangan Baku	Min – Maks	95% CI
Dukungan Keluarga	81.38	81.00	6.059	65-98	80.29-82.48

Tabel rata-rata dukungan keluarga pada penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang adalah 81.38. Nilai terendah dukungan 65 dan nilai tertinggi 98. Berdasarkan nilai rata-rata dapat bermakna bahwa responden sering mendapatkan dukungan dari keluarga.

Data berdistribusi normal, dibuktikan dengan uji normalitas data dengan menggunakan uji kolmogrov smirnov. Dari uji normalitas data menggunakan uji kolmogrov smirnov didapatkan hasil 0,200.

2. Kualitas Hidup

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kualitas Hidup Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang

Variabel	Rata-rata	Nilai Tengah	Simpangan Baku	Min - Maks	95% CI
Kualits Hidup	86.15	85.00	6.675	68-110	84.93-87.37

Tabel 4.6 5 rata-rata kualitas hidup penderita pada penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang adalah 86.15. Nilai terendah dukungan 68 dan nilai tertinggi 110. Berdasarkan nilai rata-rata dapat bermakna bahwa responden memiliki kualitas hidup yang baik.

Data berdistribusi tidak normal, dibuktikan dengan uji normalitas data dengan menggunakan uji kolmogrov smirnov. Dari uji normalitas data menggunakan uji kolmogrov smirnov didapatkan hasil 0,001.

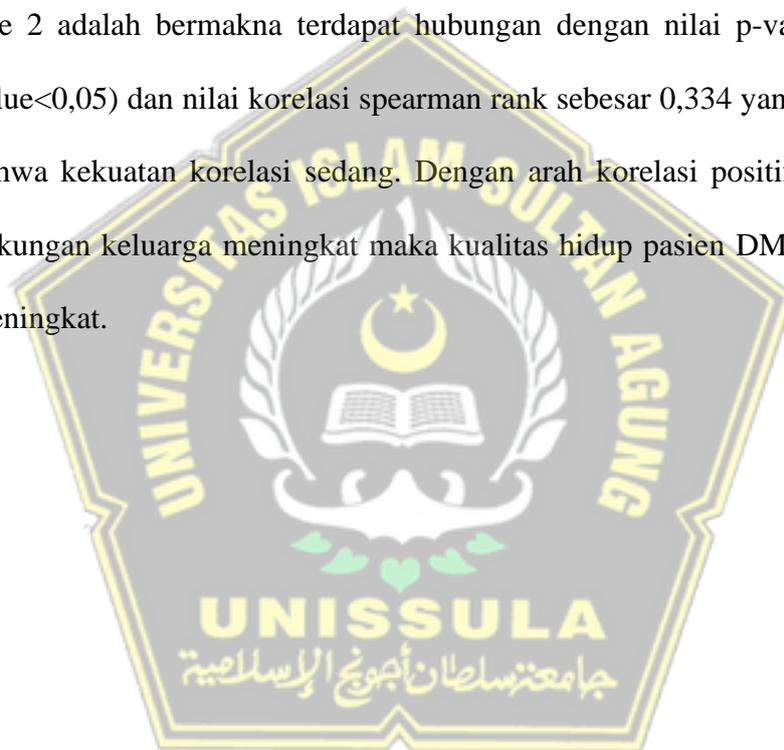
C. Analisis Bivariat

Hasil dari analisis univariat selanjutnya dilakukan analisisuji Bivariat dengan menggunakan uji spearman untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di puskesmas Mangkang semarang dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.6. Tabel uji spearman rank dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mngkang Semarang.

Variabel penelitian	N	P Value	Korelasi Spearman
Dukungn keluarga kualitas hidup	120	0,000	0,334

Hasil uji Spearman pada tabel 4.8 bermakna bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara dukungn kelusaga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 adalah bermakna terdapat hubungan dengan nilai p-value 0,000 ($p\text{-value} < 0,05$) dan nilai korelasi spearman rank sebesar 0,334 yang menunjukkan bahwa kekuatan korelasi sedang. Dengan arah korelasi positif yang artinya dukungan keluarga meningkat maka kualitas hidup pasien DM juga semakin meningkat.



BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini peneliti akan membahas hasil penelitian yang berjudul Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pasien Dm tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang. Hasil yang didapatkan menguraikan tentang karakteristik responden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pekerjaan, analisis univariat yang diuji dengan uji deskriptif terdiri dari dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM tipe 2 serta analisis bivariat dengan uji spearman yang menguraikan hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Adapun hasil pembahasannya adalah sebagai berikut :

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada 120 responden penderita DM tipe 2 rata-rata penderita berusia 54 tahun. Hasil itu sesuai dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Awad dkk (2013) tentang gambaran factor resiko Diabetes Melitus pada pasien DM yang didapatkan dari 138 responden, umur penderita DM terbanyak berusia diatas 40 tahun (lansia) yang berjumlah 130 orang (94,2 %).

Penelitian yang dilakukan oleh Somoza et al (2011) menjelaskan bahwa penderita DM terbanyak adalah lansia berusia

diatas 46 tahun. Peningkatan usia dapat berpengaruh terhadap prevalensi DM, dikarenakan semakin lanjut usia maka kemampuan pancreas untuk memproduksi insulin akan berkurang. Kemampuan produksi insulin yang menurun dapat meningkatkan prevalensi terjadinya komplikasi DM. (Mihardja, 2009).

Di Puskesmas Mangkang Semarang memiliki rata-rata umur 54 tahun. Usia 54 tahun tergolong pada usia lansia awal (Depkes RI, 2009). Penderita DM sering diantar keluarganya ke puskesmas dan mendapatkan dukungan keluarga yang baik.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian dari 120 responden penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang, didapatkan penderita DM tipe 2 terbanyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 67 penderita (55,8%).

Hal ini sesuai dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ayu dkk (2020) tentang analisis factor resiko pada pasien DM yang didapatkan dari 88 responden, jenis kelamin penderita terbanyak adalah perempuan sebanyak 52 orang (59,1%).

Penelitian lain juga menerangkan bahwa perempuan lebih banyak yang mengidap diabetes melitus dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ani dkk (2021) yang menerangkan bahwa 28 dari 49 responden pengidap diabetes mellitus adalah perempuan.

Yuni F. Dkk (2021) menerangkan pada penelitiannya tentang jenis kelamin pada pasien DM, bahwa dari 96 responden, yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 66 responden (68,8%). Dimana perempuan lebih rentan terkena DM dikarenakan adanya perubahan hormone seiring dengan usia responden. (Hilawe et al., 2013).

c. Pendidikan

Berdasarkan penelitian ini didapatkan Pendidikan penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang terbanyak berpendidikan SD 64 penderita (53,3%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Fitra S (2017) bahwa penderita DM terbanyak ada berlatar belakang pendidikan SD yaitu 35,2% dari total keseluruhan responden.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Anis & Weni (2014) menjelaskan penderita DM terbanyak berlatar belakang pendidikan dasar yaitu sebanyak 56,3 % dari total keseluruhan responden.

Pendidikan merupakan suatu proses yang akan menghasilkan perubahan perilaku seseorang yang berbentuk peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor (Notoatmojo, 2003).

Di Puskesmas Mangkang didapatkan bahwa latar belakang pendidikan responden masih rendah bahkan ada yang tidak bisa membaca dan menulis. Menurut peneliti pendidikan kesehatan mengenai DM sangat dibutuhkan oleh penderita dan keluarga.

Adapun untuk pihak kesehatan dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai DM untuk menambah wawasan dan mencegah dari komplikasi DM itu sendiri.

2. Dukungan Keluarga

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 120 responden. Rata-rata dukungan keluarga yang didapat pasien sebesar 81, yang bermakna bahwa pasien mendapatkan dukungan keluarga yang baik.

Penelitian yang dilakukan Rudi dkk (2021), menyatakan bahwa dukungan keluarga memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien dm tipe 2 dengan $p\ value = 0,000$. Berdasarkan hasil analisis, dapat diketahui bahwa variabel yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah dukungan keluarga (nilai $p = 0,000$). Hasil penelitian ini didapatkan bahwa responden yang mendapatkan dukungan keluarga baik memiliki kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan responden yang dukungan keluarganya kurang.

Retno dkk (2022) menyatakan bahwa dukungan keluarga yang diberikan dapat berperan dalam penatalaksanaan pengobatan DM. Penatalaksanaan yang benar dan teratur serta adanya dukungan dari keluarga dapat membuat penderita merasa tidak terbebani dan semangat dan proses pengobatan maupun beraktivitas, hal tersebut akan menghasilkan kualitas hidup pasien DM II yang baik

Di Puskesmas Mangkang Semarang penderita DM banyak yang telah memberikan dukungan kepada keluarganya untuk rutin periksa di

puskesmas. Bentuk dukungan yang diberikan keluarga bervariasi seperti mengantarkan keluarga berobat, memberikan saran untuk keluarga, dan membantu pembiayaan. Menurut peneliti dukungan yang diberikan oleh keluarga sudah cukup baik dan peran dari petugas puskesmas sudah cukup baik.

3. Kualitas Hidup

Hasil penelitian pada 120 responden didapatkan data bahwa rata-rata kualitas hidup pasien DM di Puskesmas Mangkang sebesar 86, yang bermakna bahwa pasien sering mendapatkan dukungan keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian Rifki dkk (2022) pada penelitiannya tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita DM didapatkan hasil rata-rata nilai kualitas hidup pasien adalah 3 dari nilai maksimal 4, yang menunjukkan bahwa pasien memiliki kualitas hidup yang baik.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aini Yusra (2010) dimana pada penelitian ini didapatkan hasil nilai rata-rata kualitas hidup responden sebesar 2.9 yang dapat diartikan pasien merasa puas dengan kualitas hidupnya baik secara fisik, psikologis, maupun social.

Di Puskesmas Mangkang Semarang cukup banyak pasien yang merasa puas dengan kondisinya saat ini. Akan tetapi petugas kesehatan kurang memperhatikan kepuasan yang didapatkan pasien mengenai penyakitnya.

4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien DM di Puskesmas Mangkang Semarang.

Rata-rata dukungan keluarga pada penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang adalah 81.38. Nilai terendah dukungan 65 dan nilai tertinggi 98. Berdasarkan nilai rata-rata dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga baik. Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pasien DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang sering mendapatkan dukungan keluarga.

Berdasarkan hasil uji statistik hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup DM tipe 2 di Puskemas Mangkang Semarang menggunakan uji spearman diperoleh hasil nilai *p-value* atau *sig.* (2-tailed) yaitu 0,000 atau *p-value* <0,005 maka dapat disimpulkan H_a diterima dan H_0 ditolak yang berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup DM tipe 2 di Puskemas Bangetayu Semarang. Dengan nilai keeratan hubungan antara 2 variabel dapat dilihat pada kolom *korelasi spearman* yaitu 0,334 yang berarti keeratan korelasi cukup dengan arah korelasi positif yang berarti jika dukungan keluarga meningkat maka kualitas hidup penderita DM tipe 2 juga akan meningkat, sedangkan jika dukungan keluarga menurun maka kualitas hidup penderita DM tipe 2 juga akan menurun. Untuk menilai kekuatan koefisien korelasi antara variabel yaitu sangat kuat apabila nilai koefisien 0,75-0,99, kuat 0,5-0,75, cukup 0,25-0,5, sangat lemah 0-0,26 (Sarwono, 2006).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Fatma Dkk (2022). Tentang Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien DM tipe 2 di Rsi Muhamadiyah . Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan dengan kualitas hidup diabetes melitus dengan nilai $p=0,000$. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang sudah peneliti lakukan adalah , subyek, teknik pengambilan sampling, dan tempat penelitian.

Peneliti juga menemukan bahwa penderita DM dengan dukungan keluarga yang baik selalu aktif kontrol ke puskesmas yang dilaksanakan sebulan sekali. Hal tersebut menandakan dukungan keluarga yang baik akan berpengaruh ke semua aspek kesehatan keluarga. Hal ini sependapat dengan Gunarsa (2000) setiap anggota keluarga pada dasarnya berada dibawah pengawasan anggota keluarga yang lainnya seperti pasangan, maupun orang tua dan anak, dimana mereka saling memberikan semangat satu sama lain. Ada beberapa fungsi yang dapat dilakukan sesama anggota keluarga antara lain memberikan kasih sayang, rasa aman, dan perhatian. Adanya perhatian yang didapat dari setiap anggota keluarga dalam lingkup keluarga atau *signifikan person* dapat membantu penderita untuk aktif dan tetap menjalani proses pengobatan / penatalaksanaan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Adapun beberapa faktor yang meningkatkan kualitas hidup DM, faktor interna dari diri penderita itu sendiri dan juga faktor eksterna dari luar penderita. Data yang didapat pada penelitian ini menggambarkan

bahwa penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang banyak yang memiliki kualitas hidup baik hal ini disebabkan karena faktor eksterna yaitu dari lingkungan keluarga yang memberikan dukungan keluarga dengan baik, sehingga penderita DM akan merasa diperhatikan untuk selalu ingat dan patuh akan program terapi DM.

Hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan diatas menunjukkan ada keeratan hubungan yang cukup antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup DM tipe 2 sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga mempengaruhi kualitas hidup DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang.

B. Keterbatasan Penelitian

Dalam penyusunan penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yang diakui belum dapat terpenuhi dan menjadi kekurangan penelitian ini. Beberapa kekurangan yang dimaksud antara lain :

Tidak semua faktor atau variabel perancu (tingkat pengetahuan keluarga, tingkat ekonomi keluarga, aktivitas harian) didalam penelitian ini dikendalikan, sehingga bisa saja mempengaruhi keeratan hubungan.

C. Implikasi untuk Keperawatan

Uraian implikasi dari hasil penelitian diatas adalah sebagai berikut :

Penelitian ini dapat berdampak positif terhadap dunia keperawatan dan penyakit DM, dimana dengan melibatkan anggota keluarga dalam proses pengobatan dapat membuat kualitas hidup dan kepuasan penderita DM terkait

penyakitnya meningkat. Salah satu program pemerintah dalam mengatasi penyakit DM adalah dengan program Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular) dimana dukungan keluarga dapat di aplikasikan untuk meningkatkan kesehatan para penderita DM. Petugas kesehatan dapat melibatkan keluarga di setiap tindakan, selain mengedukasi keluarga pembinaan juga dapat meningkatkan peran-peran keluarga.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Simpulan yang didapatkan dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pada penelitian ini penderita DM tipe 2 memiliki rata-rata umur 54 tahun, sedangkan penderita DM tipe 2 dengan jenis kelamin terbanyak yaitu perempuan, dan penderita DM tipe 2 dengan latar belakang pendidikan terbanyak yaitu SD.
2. Penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang dikategorikan dalam dukungan keluarga baik. Sedangkan untuk kualitas hidup penderita DM tipe 2 di Puskesmas Mangkang Semarang tergolong baik.
3. Pada penelitian ini terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2, jadi apabila dukungan keluarga meningkat maka kualitas hidup penderita DM meningkat sedangkan jika dukungan keluarga menurun maka kualitas hidup penderita DM akan menurun.

B. Saran

1. Bagi perawat Puskesmas sebaiknya ditambahkan kegiatan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kesehatan kepada petugas kesehatan untuk meningkatkan peran dukungan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup penderita DM.
2. Bagi institusi diharapkan memasukan program keperawatan atau dukungan keluarga dalam kurikulum pendidikan sebagai salah satu kompetensi yang perlu dimiliki oleh perawat generalis, sehingga diharapkan semua perawat mampu berkompeten mengenai dukungan keluarga dan diaplikasikan kepada semua anggota keluarga pasien tidak hanya untuk penderita DM.
3. Bagi masyarakat keluarga penderita DM, Peneliti berharap keluarga penderita DM dalam melakukan perawatan terhadap keluarga dapat memberikan dukungan baik secara instrumental, untuk meningkatkan semangat dan kualitas hidup pasien DM dalam menjalani pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini Yusra (2010) Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di Rumah Sakit Fatmawati.
- Arisman. 2011. Diabetes Melitus. Dalam Arisman, ed. *Buku Ajar Ilmu Gizi Obesitas, Diabetes Melitus dan Dislipidemia*. Jakarta: EGC. 44-45.
- Dahlan, Sopiudin. 2014. *Statistik Umum Untuk Kedokteran dan Kesehatan Edisi 6*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI, 2023. SKI Survei kesehatan Indonesia. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah (2023). *Profil Kesehatan Jawa Tengah 2023*.
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah (2023). *Profil Kesehatan Jawa Tengah 2023*.
- Fatma dkk (2017) dalam hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di Puskesmas Kulon Progo Jogjakarta.
- Fitra S (2017) tentang dukungan keluarga. Jakarta.
- Friedman (2013). *Keperawatan keluarga*. Yogyakarta; Gosyen publishing.
- Friedman, M.M, Bowden, V. R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing Research, theory and practice*. Fifth edition. New Jersey. Prentice Hall.
- Friedman, M.M, Bowden, V. R., & Jones, E.G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktik*, Alih bahasa akhir Yani S. Hamid dkk.
- Gunarsa (2010). Hubungan Dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM.
- Hidayat, A.A 2009. *Metode Penelitian Kebidana teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika.
- International Diabetic Federation. (2015) *DiabetesAtlasSeventEdition*.
- Isa B.A., & Baiyewu, O. (2006). *Quality Of Life patient with diabetes melitus in a Nigerian Teaching hospital*. *Hongkong Jurnal psychiatry*, 16, 27-33.
- Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental* Hensarling, J. 2009. *Development and psychometric testing of Hensarling's Diabetes family support scale, a Dissertation, Degree of doctor phylosophy in The Graduate School of The Texa's Women's University*.
- Nimas Ayu Fitriani. Tri, Kumiati Ambarani (2012). *Kualitas hidup pada pasien kanker serviks yang mengalami pengobatan radioterapi*. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*. Vol. No 2.
- Notoatmodjo S. 2010. *Metodologi penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, (2011) *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

PERKENI. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PERKENI; 2011

Rapley, Mark. (2003). *Quality of Life Research A Critical Introduction*, London: SAGE Publications Inc.

Sarafino E.P (2006) *Health Psychology : Biopsychosocial Interaction* 5 ed. New York: John Willey & Sons Inc.

Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kuantitatif dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sastroasmoro, S. 2011. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

Mayberry LS & Osborn CY (2012).

Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. Diabetes Care, 35(6), 1239–1245.

<https://doi.org/10.2337/dc11-2103>

Baig AA et al. (2015).

Family interventions to improve diabetes outcomes for adults.

Annals of the New York Academy of Sciences, 1353(1), 89-112.

<https://doi.org/10.1111/nyas.12844>

BPJS Kesehatan (2022).

Top 5 Diagnosa dengan Pembiayaan Tertinggi. DM berada di urutan atas beban biaya klaim.

Sumber Resmi BPJS

Kementerian Kesehatan RI (2020).

Profil Kesehatan Indonesia 2020. DM menempati 10 besar penyebab kematian dan pembiayaan terbesar.

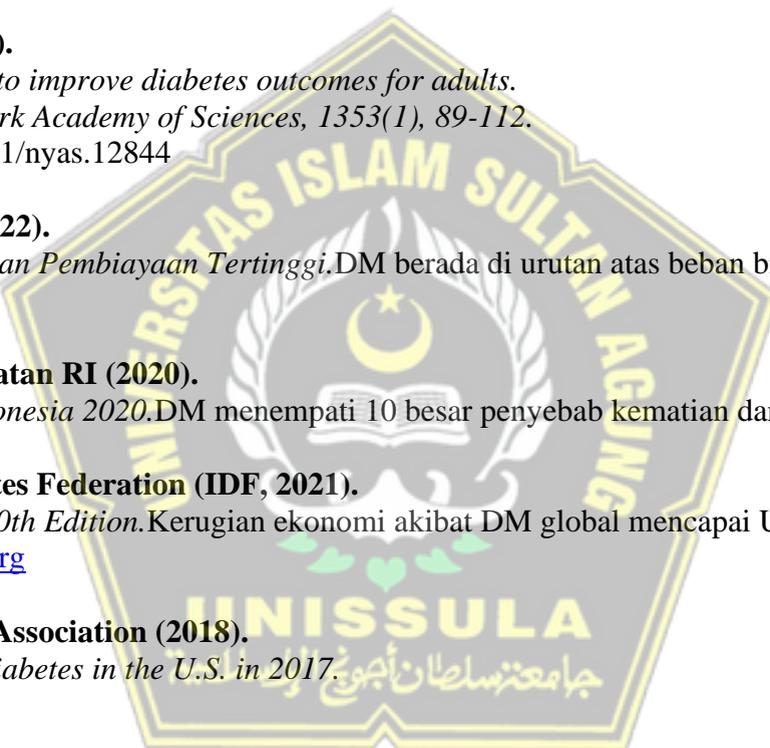
International Diabetes Federation (IDF, 2021).

IDF Diabetes Atlas 10th Edition. Kerugian ekonomi akibat DM global mencapai USD 966 miliar.

<https://diabetesatlas.org>

American Diabetes Association (2018).

Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2017.



Diabetes Care, 41(5), 917–928.
<https://doi.org/10.2337/dci18-0007>

Sugiyono (2017), *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*.
Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016), *Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling*. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4.
☞ <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>

Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Retrieved from <https://www.wma.net>

