

**GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PENDERITA
DIABETES MELITUS TIPE II DI WILAYAH KERJA
UPT PUSKESMAS TEGALGEDE**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Memenuhi Ujian Akhir
Pada Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

**REJA SUDIRMAN
KHGC21144**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

SIDANG PENELITIAN

**JUDUL : GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA
PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE II DI WILAYAH
KERJA UPT PUSKESMAS TEGALGEDE**

NAMA : REJA SUDIRMAN

NIM : KHGC21144

Skripsi ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan
Tim Penelaah Program Studi S1 Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Agustus 2023

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Iin Fatimah, M.Kep

Pembimbing Pendamping



M. Sidiq Nurjaman, M.Pd

LEMBAR PERSETUJUAN
SIDANG AKHIR PENELITIAN

Yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bahwa:

Nama : Reja Sudirman

NIM : KHGC21144

Program Studi : S1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Mahasiswa yang bersangkutan telah disetujui untuk melaksanakan sidang hasil penelitian dengan judul:

**“Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di
Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tegalgede”**

Demikian persetujuan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Garut, Agustus 2023

Pembimbing Utama



Iin Fatimah, M.Kep

Pembimbing Pendamping



M. Sidiq Nurjaman, M.Pd

LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN PROPOSAL PENELITIAN

**JUDUL : GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA
PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE II DI WILAYAH
KERJA UPT PUSKESMAS TEGALGEDE**

NAMA : REJA SUDIRMAN

NIM : KHGC21144

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Diatas Telah Melaksanakan Perbaikan Proposal
Penelitian

Garut, Agustus 2023

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Iin Fatimah, M.Kep

Pembimbing Pendamping



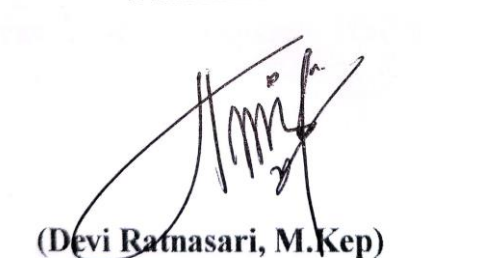
M. Sidiq Nurjaman, M.Pd

Penelaah I



Iwan Wahyudi, M.Kep

Penelaah II



(Devi Ratnasari, M.Kep)

ABSTRAK

GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE II DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS TEGALGEDE

Reja Sudirman

Program Studi S1 Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Menurut World Health Organization, diabetes melitus adalah penyakit kronis serius yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah atau glukosa), atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Jumlah kasus dan prevalensi diabetes melitus tipe II di Indonesia sebesar 2% dari 190.969 penduduk usia produktif. Angka tersebut menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan prevalensi diabetes melitus pada hasil Riskesdas 2013 sebesar 1,5%. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui Gambaran Dukungan Keluarga berdasarkan dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasional pada penderita Diabetes Melitus Tipe II di UPTD Puskesmas Tegalgede. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan *variable* dukungan keluarga. Populasi pada penelitian ini yaitu 155 keluarga dengan salah satu anggota keluarganya yang menderita diabetes melitus tipe II, teknik pengambilan sampel yang digunakan *purposive Sampling* dengan jumlah sampel 30 responden. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 30 responden memiliki dukungan keluarga kurang sebanyak 56,7%. Berdasarkan dukungan emosional keluarga sebagian besar dukungan kurang sebanyak 66,7%, berdasarkan dukungan penghargaan keluarga sebagian besar dukungan kurang sebanyak 60,0%, berdasarkan dukungan instrumental keluarga sebagian besar dukungan kurang sebanyak 76% dan berdasarkan dukungan informasional keluarga sebagian besar kurang sebanyak 53,3%.

Kata kunci : Diabetes Melitus Tipe II, dukungan keluarga

ABSTRACT

DESCRIPTION OF FAMILY SUPPORT FOR PATIENTS TYPE II DIABETES MELLITUS IN THE WORK AREA TEGALGEDE HEALTH CENTER

Reja Sudirman

*Bachelor of Nursing Study Program
STIKes Karsa Husada Garut*

According to the World Health Organization, diabetes mellitus is a serious chronic disease that occurs because the pancreas does not produce enough insulin (a hormone that regulates blood sugar or glucose), or when the body cannot effectively use the insulin it produces. The number of cases and prevalence of type II diabetes mellitus in Indonesia is 2% of the 190,969 population of productive age. This figure shows an increase compared to the prevalence of diabetes mellitus in the 2013 Riskesdas results of 1.5%. The aim of this research is to determine the description of family support based on emotional support, appreciation support, instrumental support and informational support for type II diabetes mellitus sufferers at the Tegalgede Community Health Center UPTD. This research method uses a quantitative descriptive approach with the variable family support. The population in this study was 155 families with one family member suffering from type II diabetes mellitus. The sampling technique used was purposive sampling with a sample size of 30 respondents. The results of this research show that 56.7% of the 30 respondents had less family support. Based on family emotional support most of the support is lacking as much as 66.7%, based on family appreciation support most of the support is lacking as much as 60.0%, based on instrumental family support most of the support is lacking as much as 76% and based on family informational support most of it is lacking as much as 53.3%.

Keywords: *Diabetes Mellitus Type II, family support*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiraT Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul **“Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tegalgede”**. Shalawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada junjungan kita semua Nabi Muhammad SAW, tak lupa kepada keluarganya, para sahabatnya dan sampai kepada kita selaku umatnya aamin.

Dalam Penyusunan seminar skripsi ini penulis menemukan banyak sekali hambatan dan kesulitan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan dengan tepat waktu. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat., MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Garut.
2. H. Suryadi, SE., M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Iin Patimah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi S-1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, sekaligus menjadi pembimbing utama yang selalu mengingatkan, memotivasi dan memberikan saran yang luar biasa kepada penulis.

5. M. Sidiq Nurjaman, M.Pd., selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu memberikan bimbingan serta arahan, saran-saran, Motivasi, dan memberikan ilmu yang luar biasa kepada penulis.
6. Iwan Wahyudi, M.Kep selaku penelaah I yang telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
7. Devi Ratnasari M. Kep selaku penelaah II yang telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
8. Staf Dosen dan karyawan STIKes Karsa Husada Garut.
9. Keluarga tercinta yang selalu memberikan doa dan semangat serta dukungan moral dan materil
10. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu memberikan dorongan kepada peneliti baik langsung maupun tidak langsung sehingga peneliti dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan oleh semua pihak kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, hal ini tidak terlepas dari kekurangan dan terbatasnya kemampuan serta pengalaman yang penulis miliki, untuk itu penulis mohon saran dan kritik yang membangun untuk keberhasilan penelitian yang dilakukan.

Garut, Agustus 2023

Reja Sudirman

DAFTAR ISI

ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	5
1.4. Kegunaan Penelitian.....	6
BAB II KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMEKIRAN.....	7
2.1 Kajian Pustaka.....	7
2.1.1 Konsep Diabetes Melitus	7
2.1.1.1 Definisi	7
2.1.1.2 Etiologi.....	8
2.1.1.3 Kliasifikasi	11
2.1.1.4 Patofisiologi	13
2.1.1.5 Tanda Dan Gejala.....	15
2.1.1.6 Komplikasi	16
2.1.1.7 Pencegahan Diabetes Melitus.....	20
2.1.1.8 Penatalaksanaan.....	23
2.1.2 Konsep Dukungan Keluarga.....	26
2.1.2.1 Pengertian.....	26
2.1.2.2 Tipe Keluarga	27
2.1.2.3 Tugas Keluarga	28
2.1.2.4 Fungsi Keluarga	29
2.1.2.5 Jenis – Jenis Dukungan Keluarga.....	29

2.1.2.6 . Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kesehatan	31
2.1.2.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	31
2.1.2.8 Alat Ukur Dukungan Keluarga	32
2.1.2.9 Peran Keluarga Dalam Perawatan Penderita Diabetes Melitus	32
2.2 Kerangka Pemikiran.....	33
BAB III METODE PENELITIAN	34
3.1 Desain Penelitian.....	34
3.2 Variabel Penelitian	34
3.3 Definsi Oprasional Variabel.....	35
3.4 Populasi Dan Sampel	36
3.4.1 Populasi.....	36
3.4.2 Sampel	36
3.4.3 Teknik Sampling.....	37
3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian	38
3.5.1 Data Primer.....	38
3.5.2 Data Skunder.....	38
3.5.3 Instrumen Penelitian	39
3.6 Validitas Dan Reliabilitas Intrument Penelitian	40
3.7 Rancangan Analisis Hasil Hata Penelitian	42
3.7.1 Univariat	41
3.8 Pengolahan Data.....	41
3.9 Langkah-Langkah Penelitian.....	42
3.10Tempat dan Waktu Penelitian	43
3.10.1 Tempat Penelitian.....	44
3.10.2 Waktu penelitian.....	44
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
4.1 Hasil Penelitian	45
4.1.1 Gambaran Karakteristik Responden	45

4.2 Pembahasan	47
4.2.1 Karakteristik Responden.....	47
4.2.2 Analiis Univariat.....	48
4.2.2.1 Dukungan Keluarga berdasarkan dukungan emosional.....	49
4.2.2.2 Dukungan Keluarga berdasarkan dukungan penghargaan.....	50
4.2.2.3 Dukungan Keluarga berdasarkan dukungan Instrumental.....	51
4.2.2.4 Dukungan Keluarga berdasarkan dukungan Informasional	52
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	53
5.1 Kesimpulan.....	53
5.2 Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbandingan Diabetes Melitus Tipe I dan Tipe II	13
Table 3.1 Definisi Operasional	35
Tabel 4.1 Karakteristik Responden Penelitian	44
Tabel 4.2 distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga.....	45
Tabel 4.3 Cakupan distribusi frekuensi dukungan keluarga	46

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Pemikiran	33
------------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Diabetes Melitus adalah penyakit gangguan metabolik yang disebabkan oleh gagalnya organ pankreas dalam memproduksi hormon insulin secara memadai. Penyakit ini bisa dikatakan sebagai penyakit kronis karena dapat terjadi secara menahun (Kemenkes RI, 2020).

Terdapat dua jenis penyakit diabetes mellitus, yaitu Diabetes melitus tipe I (insulin-dependent diabetes melitus) dan diabetes melitus tipe II (noninsulin-dependent diabetes melitus). Diabetes melitus tipe I yaitu dicirikan dengan hilangnya sel penghasil insulin pada pulau-pulau langerhans pankreas sehingga terjadi kekurangan insulin pada tubuh. Diabetes melitus tipe II, terjadi akibat ketidakmampuan tubuh untuk merespon dengan wajar terhadap aktivitas insulin yang dihasilkan pankreas (resistensi insulin), sehingga tidak tercapai kadar glukosa yang normal dalam darah. Diabetes melitus tipe II lebih banyak ditemukan dan meliputi 90% dari semua kasus diabetes diseluruh dunia (Maulana, 2009).

Menurut WHO tahun 2011, diabetes melitus termasuk penyakit yang paling banyak diderita oleh penduduk di seluruh dunia dan merupakan urutan ke empat dari prioritas penelitian nasional untuk penyakit degenerative. Prevalensi diabetes melitus pada populasi dewasa di seluruh dunia

diperkirakan akan meningkat sebesar 35% dalam dua dasawarsa dan menjangkit 300 juta orang dewasa pada tahun 2025.

International Diabetes Federation (IDF) memperkirakan sedikitnya terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita diabetes pada tahun 2019 atau setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3% dari total penduduk pada usia yang sama. Berdasarkan jenis kelamin, IDF memperkirakan prevalensi diabetes di tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki.

Prevalensi diabetes melitus menunjukkan peningkatan seiring dengan bertambahnya umur penderita yang mencapai puncaknya pada umur 55-64 tahun dan menurun setelah melewati rentang umur tersebut. Pola peningkatan ini terjadi pada Riskesdas 2013 dan 2018 yang mengindikasikan semakin tinggi umur maka semakin besar risiko untuk mengalami diabetes. Peningkatan prevalensi di tahun 2013-2018 terjadi pada kelompok umur 44-45 tahun, 55-64 tahun, 65-74 tahun, dan ≥ 75 tahun (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan hasil Riskesdas (2018), menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia sebesar 2%. Angka tersebut menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan prevalensi diabetes melitus pada hasil Riskesdas 2013 sebesar 1,5% (Kemenkes, 2020). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2021), menunjukkan bahwa sejumlah 37.736 orang penderita Diabetes Melitus telah mendapatkan pelayanan kesehatan dari 52.282 penderita Diabetes Melitus yang ada. Khususnya Kabupaten Garut (2020), terdapat 6.849 penderita diabetes melitus. Sedangkan menurut data

yang diperoleh dari catatan medik dan program pengendalian penyakit tidak menular di Puskesmas Tegalgede bahwa jumlah penderita diabetes melitus meningkat dari tahun 2020- 2021. Kasus DM pada tahun 2020 sebanyak 86 orang, tahun 2021 sebanyak 112 orang dan pada tahun 2022 sejumlah 155 orang, tentunya mengalami peningkatan yang tinggi.

Diabetes mellitus dapat menjadi serius dan menyebabkan kondisi kronik yang membahayakan apabila tidak diobati. Akibat dari hiperglikemia dapat terjadi komplikasi metabolik akut seperti ketoasidosis diabetik (KAD) dan keadaan hiperglikemi dalam jangka waktu yang lama berkontribusi terhadap komplikasi neuropatik. Diabetes mellitus juga berhubungan dengan peningkatan kejadian penyakit makrovaskular seperti MCI dan stroke (Smeltzer & Bare, 2013).

Untuk mencegah terjadinya komplikasi dari diabetes mellitus, diperlukan pengontrolan yang terapeutik dan teratur melalui perubahan gaya hidup pasien DM yang tepat, tegas dan permanen. Pengontrolan diabetes mellitus diantaranya adalah pembatasan diet, peningkatan aktivitas fisik, regimen pengobatan yang tepat, kontrol medis teratur dan pengontrolan metabolik secara teratur melalui pemeriksaan labor (Golien C.E et al dalam Ronquillo et al, 20013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Prawirasatra, Wahyudi, Nugraheni (2017), meningkatkan dukungan keluarga terhadap pelaksanaan 4 pilar pada pasien Diabetes Militus guna untuk meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe II dimana yang pertama yang harus dilakukan adalah

pengelolaan makanan (nutrisi), kedua aktifitas (olahraga), ketiga edukasi keluarga terhadap penderita DM, keempat terapi obat, pada terapi obat keluarga berperan penting untuk menentukan program pengobatan pasien sesuai dengan anjuran dan ketentuan yang telah ditetapkan oleh dokter rumah sakit.

Menurut *Mayberry dan Osborn* (2012), salah satu support yang dapat di manfaatkan dalam pemberian pelayanan keperawatan dan penatalaksanaan pasien diabetes melitus salah satunya adalah dengan dukungan keluarga, dalam dukungan keluarga yang baik dapat mempengaruhi kepatuhan pasien diabetes melitus tipe II dalam pengobatan. Dukungan keluarga juga dapat menurunkan tingkat stress pasien yang menderita penyakit (Setyawati, 2013). Dukungan keluarga meliputi dukungan yang di berikan dari orang tua, anak, dan saudara (Irawan, Hayati, & Purwaningsih, 2017).

Menurut Friedman (2013), dukungan keluarga merupakan suatu sikap, tindakan, dan penerimaan suatu keluarga terhadap anggota keluarganya yang mana anggota keluarga di lihat sebagai satu kesatuan dan saling mendukung dengan cara meberi pertolongan dan bantuan jika di perlukan. Dukungan keluarga merupakan salah satu terapi modalitas yang berpengaruh terhadap kesehatan penderita penyakit kronis salah satunya penyakit diabetes (*Shields, Finley, Chawla, & Meadors*, 2012).

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti pada keluarga yang memiliki anggota keluarganya menderita diabete melitus tipe II didapat bahwa mereka memiliki kendala dalam akses menuju lokasi puskesmas, tidak

mempunyai kendaraan dan tidak punya biaya walau menggunakan BPJS. Dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut (2022), penyakit diabetes ini termasuk 10 penyakit terbesar. Dari hasil survey yang dilakukan di lokasi penelitian, UPT Puskesmas Tegalgede merupakan penyumbang penyakit diabetes melitus tipe II sebesar 155 orang. Berdasarkan pencatatan dan laporan dari target capaian penanganan khusus penderita diabetes mellitus tipe II di UPT Puskesmas Tegalgede tahun 2022 mencapai 64% dari target 100% penanganan.

Dalam menunjang keberhasilan 4 pengelolaan diabetes melitus tipe II berdasarkan ketentuan pengobatan seumur hidup pada penderita DM, dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam mencapai penangan khusus secara optimal pada penderita DM. Sesuai penelitian yang dilakukan oleh Prawirasatra, Wahyudi, Nugrahen (2017), Diketahui terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan 4 pilar pengelolaan diabetes melitus tipe II.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan untuk mengambil judul penelitian **“Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tegalgede 2023”**

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, peneliti merumuskan masalah yaitu: "Bagaimana Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di UPT Puskesmas Tegalgede 2023"

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengidentifikasi Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di UPT Puskesmas Tegalgede.

2.3.1 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi gambaran dukungan emosional keluarga.
- b. Untuk mengidentifikasi gambaran dukungan penghargaan keluarga.
- c. Untuk mengidentifikasi gambaran dukungan instrumental keluarga.
- d. Untuk mengidentifikasi gambaran dukungan informasional keluarga.

1.4. Kegunaan Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan pengetahuan tenaga kesehatan mengenai Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai landasan penelitian lebih lanjut dan pengembangan dibidang Kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan pengembangan penelitian lain dibidang kesehatan

- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambahkan pengetahuan bagi Penderita diabetes mellitus tipe II tentang Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Mellitus.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMEKIRAN

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1.1 Definisi

World Health Organization (WHO, 2016), mendeskripsikan diabetes melitus sebagai suatu jenis penyakit kronis dimana insulin tidak cukup diproduksi oleh pankreas atau saat insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak efektif diserap, gula dalam darah atau glukosa diatur oleh hormon insulin. Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (Amir, Wungouw dan Pangemanan, 2015).

Menurut Kemenkes RI (2020), diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis atau menahun berupa gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah diatas normal. Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang kompleks yang membutuhkan perawatan medis berkelanjutan dengan strategi pengurangan risiko multifaktor di luar kendali glikemik (*American Diabetes Association*, 2018).

Menurut P2PTM Kemenkes RI (2020), diabetes mellitus merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal. Dimana nilai normal gula darah sewaktu (GDS) / tanpa puasa adalah < 200 mg/dl sedangkan gula darah puasa (GDP) < 126 mg/dl. Diabetes mellitus

disebabkan oleh kekurangan hormon insulin yang dihasilkan oleh pankreas untuk menurunkan kadar gula darah. Diabetes melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikimia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Smeltzer dan Bare, 2015).

Dapat penulis simpulkan bahwa, diabetes mellitus merupakan suatu penyakit menahun berupa gangguan metabolik akibat kekurangan hormon insulin yang menyebabkan nilai glukosa darah meningkat diatas nilai normal, dimana nilai normal gula darah sewaktu (GDS) / tanpa puasa adalah < 200 mg/dl sedangkan gula darah puasa (GDP) < 126 mg/dl.

2.1.1.2 Etiologi

Umumnya diabetes melitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel sel beta dari pulau pulau langerhans pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin. Disamping itu diabetes melitus juga dapat terjadi karna gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan dapat terjadi karna kegemukan atau sebab lain yang belum di ketahui (Smeltzer dan Bare, 2015). Diabetes melitus atau lebih dikenal dengan istilah penyakit kencing manis mempunyai beberapa penyebab, antara lain:

1) Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh dapat memacu timbulnya diabetes melitus. Konsumsi makanan berlebihan dan tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam

jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan pasitnya akan menyebabkan diabetes melitus.

2) Obesitas (kegemukan)

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk tererkena penyakit diabetes mellitus. Sebilan dari sepuluh orang gemuk berpotensi untuk tesorang diabetis melitus.

3) Faktor genetis

Diabetes melitus dapat diwariskan orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes melitus akan dibawa oleh anak jika orangtuanya menderita diabetes nelitus. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucu cucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.

4) Bahan-bahan kimia dan obat obatan

Bahan bahan kimia dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pangkreas, radang pada pangkreas akan mengakibatkan fungsi pankres menurun sehingga tidak ada sekresi hormon hormon untuk pross metabolisme tubuh termasuk insulin. Segala jenis residu obat yang terakumulasi dalam waktu yang lama dapat mengiritasi pankreas.

5) Penyakit dan infeksi pada pancreas

Infeksi mikro organisme dan virus pada pankreas juga dapat menyebabkan radang pankreas yang otomatis akan menyebabkan fungsi pankreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses

metabolisme tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti kolesterol tinggi dan dislipidemia dapat meningkatkan resiko terkena diabetes mellitus.

6) Pola Hidup

Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab diabetes melitus. Jika orang malas berolah raga memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena penyakit diabetes melitus karena olah raga berfungsi untuk membakar kalori yang tertimbun didalam tubuh, kalori yang tertimbun didalam tubuh merupakan faktor utama penyebab diabetes melitus selain disfungsi pancreas.

2.1.1.3 Klasifikasi

Diabetes melitus dapat diklasifikasikan kedalam empat kategori klinis (Smeltzer dan Bare, 2015), yaitu:

1) Diabetes melitus tipe I

Diabetes melitus tipe satu atau Insulin Dependen Diabetes Melitus (IDDM), dapat terjadi disebabkan karena adanya kerusakan sel-B, biasanya menyebabkan kekurangan insulin absolut yang disebabkan oleh proses autoimun atau idiopatik. Umumnya penyakit ini berkembang kearah ketoasidosis diabetik yang menyebabkan kematian. Diabetes melitus tipe 1 terjadi sebanyak 5-10 % dari semua diabetes melitus. Diabetes melitus tipe 1 dicirikan dengan onset yang akut dan biasanya terjadi pada usia 30 tahun (Smeltzer dan Bare, 2015).

2) Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes melitus tipe II atau Non Insulin Dependen Diabetes Melitus (NIDDM), dapat terjadi karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat resistensi insulin. Diabetes melitus tipe II juga merupakan salah satu gangguan metabolik dengan kondisi insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak cukup jumlahnya akan tetapi reseptor insulin jaringan tidak merespon terhadap insulin tersebut. Diabetes melitus tipe II mengenai 90-95 % pasien dengan diabetes melitus. Insidensi terjadi lebih umum pada usia 30 tahun, obesitas, herediter, dan faktor lingkungan. Diabetes melitus tipe ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi (Smeltzer dan Bare, 2015).

3) Diabetes Melitus Tipe Tertentu

Diabetes melitus tipe ini dapat terjadi karena penyebab lain misalnya, defek genetik pada fungsi sel-B, defek genetik pada kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas (Seperti fibrosis kistik dan pankreatitis), penyakit metabolik endokrin, infeksi, sindrom genetik lain dan karena disebabkan oleh obat atau kimia (seperti dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ (Smeltzer dan Bare, 2015).

4) Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes melitus ini merupakan diabetes melitus yang didiagnosis selama masa kehamilan, dimana intoleransi glukosa didapati pertama kali pada masa kehamilan. Terjadi pada 2-5% semua wanita hamil tetapi hilang saat melahirkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

Tabel 2.1 Perbandingan Diabetes Melitus Tipe I dan Tipe II

Kondisi	DM Tipe I	DM Tipe II
Nama dan Lama Umur (th)	DM juvenile, biasa >40 (tapi tak selalu)	DM, dewasa biasa >40 (tapi tak selalu)
Keadaan Klinik saat terdiagnosis	Berat	Ringan
Kadar insulin	Tak ada insulin	Insulin cukup/tinggi
Berat badan	Biasanya kurus	Biasanya gemuk/normal
Pengobatan	Insulin, diet, olah raga	Diet, olah raga, tablet, insulin.

Sumber : Gillani S (2012)

2.1.1.4 Patofisiologi

Menurut Safitri (2013), patofisiologi dari diabetes melitus adalah :

1) Diabetes Melitus Tipe I

Diabetes melitus tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia *postprandial* (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebih dieksresikan dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus

(polidipsia). Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori.

Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Ketoasidosis diabetik yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda dan gejala seperti nyeri abdominal, mual, muntah, hiperventilasi, napas berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian.

2) Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes Melitus Tipe II terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka yang lama sembuh, dan pandangan yang kabur.

2.1.1.5 Tanda Dan Gejala

Menurut Purwanto (2016), tanda gejala yang khas dialami oleh pasien diabetes melitus disebut *trias* diabetes melitus yaitu poliuria (sering BAK), polidipsia (mudah haus) dan poliphagia (mudah lapar) serta beberapa tanda gejala lainnya yaitu:

1) Poliuria

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membrane dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti menyebabkan cairan intrasel berdifusi kedalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah keginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolariti dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotic (poliuria).

2) Polidipsia

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel kedalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia).

3) Polipagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (polipagia).

Menurut PERKENI, (2015), tanda dan gejala diabetes melitus dapat digolongkan menjadi dua, yaitu gejala akut dan gejala kronik diantaranya :

1. Gejala Akut Penyakit Diabetes Melitus

Gejala penyakit diabetes melitus bervariasi pada setiap penderita, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apa pun sampai saat tertentu. Permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi serba banyak (Poli) yaitu banyak makan (Polipagi), banyak minum (polidipsi), dan banyak kencing (poliuri). Keadaan tersebut jika tidak segera diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, nafsu makan mulai berkurang atau berat badan turun dengan cepat (turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 Minggu), mudah lelah, dan bila tidak lekas diobati, akan timbul mual.

2. Gejala Kronik Penyakit Diabetes Melitus

Gejala kronis yang sering dialami oleh penderita diabetes melitus adalah kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum, rasa tebal dikulit, kram, mudah mengantuk, mata kabur, biasanya sering ganti kaca mata, gatal disekitar kemaluan terutama pada wanita, gigi mudah goyah dan muda lepas, kemampuan seksual menurun, dan para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan, atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4 kg.

2.1.1.6 Komplikasi

Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada diabetes melitus tipe II akan menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi diabetes melitus tipe II

terbagi dua berdasarkan nama terjadinya, yaitu : komplikasi akut dan komplikasi kronik (Smeltzer dan Bare, 2015).

1) Komplikasi Akut

a. Ketoasidosis diabetik (KAD)

KAD merupakan komplikasi akut diabetes melitus yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dL), disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma meningkat (300-320 mOs/mL) dan terjadi peningkatan anion gap (PERKENI. 2015).

b. Hiperosmolar non ketotik (HNC)

Pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi, tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/mL), plasmaketon (+/-), anion normal atau sedikit meningkat (PERKENI, 2015).

c. Hipoglikemia

Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah mg/dL. Pasien diabetes melitus yang tidak sadarkan diri harus dipikirkan mengalami keadaan hipoglikemia. Gejala hipoglikemia terdiri dari berdebar-debar, banyak keringat, gemetar, rasa lapar, pusing, gelisah, dan kesadaran menurun sampai koma (PERKENI, 2015)

2) Komplikasi Kronik

Komplikasi jangka panjang menjadi lebih umum terjadi pada pasien diabetes melitus saat ini sejalan dengan penderita diabetes melitus yang

bertahan hidup lebih lama. Penyakit diabetes melitus yang tidak terkontrol dalam waktu yang lama akan menyebabkan terjadinya komplikasi kronik.

Kategori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari:

a. Komplikasi makrovaskular

Komplikasi makrovaskular pada diabetes melitus terjadi akibat aterosklerosis dari pembuluh darah besar, khususnya arteri akibat timbunan plak atheroma. Berbagai studi epidemiologis menunjukkan bahwa angka kematian akibat penyakit kardiovaskular dan penderita diabetes mellitus meningkat 4-5 kali dibandingkan orang normal. Komplikasi makroangiopati umumnya tidak ada hubungan dengan kontrol kadar gula darah yang baik. Tetapi telah terbukti secara epidemiologi bahwa hiperinsulinemia merupakan suatu faktor risiko mortalitas kardiovaskular dimana peninggian kadar insulin dapat menyebabkan terjadinya risiko kardiovaskular menjadi semakin tinggi. Kadar insulin puasa $> 15 \text{ mU/mL}$ akan meningkatkan risiko mortalitas koroner sebesar 5 kali lipat. Makroangiopati, mengenai pembuluh darah besar antara lain adalah pembuluh darah jantung atau penyakit jantung koroner, pembuluh darah otak atau stroke, dan penyakit pembuluh darah. Hiperinsulinemia juga dikenal sebagai faktor aterogenik dan diduga berperan penting dalam timbulnya komplikasi makrovaskular (Smeltzer dan Bare, 2015).

b. Komplikasi Mikrovaskular

Komplikasi mikrovaskular terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah kecil khususnya kapiler yang terdiri dari retinopati diabetik dan nefropati diabetik. Retinopati diabetik dibagi dalam dua kelompok, yaitu retinopati non-proliferatif dan retinopati proliferatif. Retinopati non-proliferatif merupakan stadium awal dengan ditandai adanya mikroaneurisma, sedangkan retinopati proliferatif ditandai dengan adanya pertumbuhan pembuluh darah kapiler, jaringan ikat dan adanya hipoksiaretna. Seterusnya, nefropati diabetik adalah gangguan fungsi ginjal akibat kebocoran selaput penyangk darah. Nefropati diabetik ditandai dengan adanya proteinuria persisten ($>0,5$ gr/24 jam), terdapat retinopati dan hipertensi. Kerusakan ginjal yang spesifik pada diabetes mellitus mengakibatkan perubahan fungsi penyangk, sehingga molekul-molekul besar seperti protein dapat masuk kedalam kemih (albuminuria). Akibat dari nefropatik diabetik tersebut dapat menyebabkan kegagalan ginjal progresif dan upaya preventif pada nefropati adalah kontrol metabolisme dan kontrol tekanan darah (Smeltzer dan Bare, 2015).

c. Neuropati

Diabetes neuropatik adalah kerusakan saraf sebagai komplikasi serius akibat diabetes melitus. Komplikasi yang tersering dan paling penting adalah neuropati terifer, berupa hilangnya sensasi distal dan biasanya mengenai kaki terlebih dahulu, lalu kebagian tangan. Neuropati

beresiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki dan amputasi. Gejala yang sering dirasakan adalah kaki terasa terbakar dan bergetar sendiri, dan lebih terasa sakit di malam hari. Setelah diagnosis diabetes mellitus ditegakan, pada setiap pasien perlu dilakukan skrining untuk mendeteksi adanya polineuropati distal. Apabila ditemukan adanya polineuropati distal, perawatan kaki yang memadai akan menurunkan resiko amputasi. Semua penyandang diabetes mellitus yang disertai neuropati perifer harus diberikan edukasi perawatan kaki untuk mengurangi resiko ulkus kaki (PERKENI, 2015).

2.1.1.7 Pencegahan Diabetes Melitus

Pencegahan diabetes melitus sebagai berikut menurut Powerset (2017), yaitu :

1) Hindari Obesitas

Kondisi obesitas di katakan sebagai faktor resiko yang menempati urutan terbesar dalam mencetuskan penyakit diabetes. Selain itu, berbagai penyakit berat lainnya juga dapat mengurangi akibat turunan dari obesitas. Dengan mengurangi obesitas berarti kita sedang mengurangi resiko serangan diabetes.

Program penurunan berat badan menjadi program utama dalam rangka pencegahan penyakit diabetes melitus. Cara yang paling efektif dalam mengurangi berat badan yaitu adalah pola makan atau diet dan olahraga.

2) Terapkan gaya hidup baru yang lebih sehat

Gaya hidup menjadi fokus perhatian berikutnya dalam usaha pencegahan penyakit diabetes melitus. Gaya hidup yang buruk akan berakibat buruk pada kesehatan tubuh. Tubuh yang tidak sehat berhubungan dengan kondisi sel-sel tubuh yang tidak sehat, sedangkan tubuh yang sehat berhubungan dengan kondisi sel-sel tubuh yang sehat pula. Sementara sel-sel tubuh yang sehat merupakan kondisi yang sempurna untuk mencegah agar tidak timbulnya penyakit diabetes melitus. Beberapa hal yang perlu di perhatikan dalam menerapkan gaya hidup yang sehat yaitu:

a. Istirahat dan tidur yang cukup

Tidur sangat bermanfaat untuk memberi kesempatan pada tubuh dalam beregenerasi. Setiap hari, sel-sel tubuh mengalami kerusakan, baik karena sebab alami maupun karena sebab radikal bebas. Proses regenerasi memegang peranan penting dalam hal ini. Seseorang yang kekurangan tidur membuat proses ini tidak berjalan dengan baik, dalam jangka panjang kerusakan-kerusakan sel-sel baru. Kecukupan tidur tiap-tiap individu berbeda-beda, tapi yang paling umum sekitar 7-8 jam per hari.

b. Olahraga Rutin

Olahraga merupakan salah satu gaya hidup yang sehat, olahraga juga menjadi hal baik untuk dilakukan guna untuk mengurangi faktor resiko terkena diabetes melitus. Olahraga secara rutin akan membantu

tubuh menggunakan insulin dan memproses glukosa dengan lebih baik. Lakukan olahraga rutin minimal 3 sampai 4 kali setiap minggu. Olahraga yang rutin pada gilirannya juga dapat membantu terjaganya ritme tubuh, salah satunya ritme tidur.

c. Hindari kebiasaan-kebiasaan buruk

Dalam mewujudkan gaya hidup yang sehat perlu dilakukan dengan cara menghindari kebiasaan buruk, di antaranya kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol. Rokok dan alkohol merupakan faktor resiko timbulnya diabetes melitus. Keduanya juga dapat menyebabkan penyakit-penyakit berat lainnya seperti penyakit jantung

d. Pantau Kadar Gula Darah Secara Teratur

Dengan pemantauan kadar gula darah secara rutin ini membuat deteksi dini terhadap kondisi hiperglikemia cepat dapat diketahui. Ketika kadar gula naik maka langkah-langkah pengendalian bisa cepat dilakukan. Dengan begitu, keadaan hiperglikemia tidak sampai menetap lama dan akan kembali normal. Selain pemantauan terhadap kadar gula darah, pantau juga tekanan darah, kadar kolesterol, dan kadar HDL di dalam tubuh secara rutin.

Dukungan dan perilaku keluarga yang baik dapat mempengaruhi kepatuhan pasien diabetes melitus tipe II dalam pengobatan (Mayberry dan Osborn, 2012). Begitupula pada program penatalaksanaan diet pasien di rumah. Karena dukungan keluarga juga dapat menurunkan tingkat stres pasien yang sedang menderita penyakit (Setyawati, 2013).

Teori alat ukur dukungan keluarga menurut House (2014), mengungkapkan bahwa variabel dukungan keluarga yang di adaptasi dan dikembangkan aspek-aspek yang di gunakan dalam mengukur dukungan keluarga adalah dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan penilaian, dan dukungan instrumental. Hasil ukur dukungan keluarga adalah, dukungan baik 61-68%, dukungan cukup 41-60% dan dukungan kurang 17-40%.

2.1.1.8 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes melitus. Tujuan penatalaksanaannya meliputi:

- 1) Tujuan Jangka Pendek: menghilangkan keluhan diabetes mellitus, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi resiko komplikasi akut.
- 2) Tujuan Jangka Panjang: mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.
- 3) Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas diabetes mellitus. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan, dan profil lipid (mengukur kadar lemak dalam darah), melalui pengelolaan pasien secara komprehensif. Pada dasarnya, pengelolaan diabetes mellitus dimulai dengan pengaturan makan disertai dengan latihan jasmani yang cukup selama beberapa waktu (2-4 Minggu). Bila setelah itu kadar glukosa darah masih belum dapat memenuhi kadar sasaran metabolic yang diinginkan, baru dilakukan intervensi farmakologik dengan obat-obat anti diabetes oral

atau suntikan insulin sesuai dengan indikasi. Dalam keadaan dekomvensasi metabolik berat, misalnya ketoasidosis, diabetes mellitus dengan stress berat, berat badan yang menurun dengan cepat, insulin dapat segera diberikan. Pada keadaan tertentu obat-obat anti diabetes juga dapat digunakan sesuai dengan indikasi dan dosis menurut petunjuk dokter. Pemantauan kadar glukosa darah bila dimungkinkan dapat dilakukan sendiri dirumah, setelah mendapat pelatihan khusus untuk itu (PERKENI, 2015).

Menurut Smeltzer dan Bare (2015), tujuan utama penatalaksanaan terapi pada diabetes mellitus adalah menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah. Sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk menghindari terjadinya komplikasi. Tatalaksana diabetes terangkum kedalam empat pilar pengendalian diabetes. Empat pilar pengendalian diabetes, yaitu:

a. Edukasi

Penderita diabetes perlu mengetahui seluk beluk penyakit diabetes. Dengan mengetahui faktor resiko diabetes, proses terjadinya diabetes, gejala diabetes, komplikasi penyakit diabetes, serta pengobatan diabetes, penderita diharapkan dapat menyadari pentingnya pengendalian diabetes, meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat dan pengobatan diabetes. Penderita perlu menyadari bahwa mereka mampu menanggulangi diabetes, dan diabetes bukan lah suatu penyakit diluar kendalinya. Terdiagnosis sebagai penderita diabetes bukan berarti akhir

dari segalanya. Edukasi (penyuluhan) secara individual dan pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil.

b. Pengaturan makan (diit)

Pengaturan makan pada penderita diabetes bertujuan untuk mengendalikan gula darah, tekanan darah, kadar lemak darah, serta berat badan ideal. Dengan demikian, komplikasi diabetes dapat dihindari, sambil tetap mempertahankan kenikmatan proses makan itu sendiri. Pada prinsipnya, makanan perlu dikonsumsi teratur dan disebar merata dalam sehari. Seperti halnya prinsip sehat umum, makanan untuk penderita diabetes sebaiknya rendah lemak terutama lemak jenuh, kaya akan karbohidrat kompleks yang berserat termasuk sayur dan buah dalam porsi yang secukupnya, serta seimbang dengan kalori yang dibutuhkan untuk aktivitas sehari-hari penderita.

c. Olahraga/ latihan jasmani

Pengendalian kadar gula, lemak darah, serta berat badan juga membutuhkan aktivitas fisik teratur. Selain itu, aktivitas fisik juga memiliki efek sangat baik meningkatkan sensitivitas insulin pada tubuh penderita sehingga pengendalian diabetes lebih mudah dicapai. Porsi olahraga perlu diseimbangkan dengan porsi makanan dan obat sehingga tidak mengakibatkan kadar gula darah yang terlalu rendah. Panduan umum yang dianjurkan yaitu aktivitas fisik dengan intensitas ringan-sedang selama 30 menit dalam sehari yang dimulai secara bertahap. Jenis

olahraga yang dianjurkan adalah olahraga aerobik seperti berjalan, berenang, bersepeda, berdansa, berkebun. Penderita juga perlu meningkatkan aktivitas fisik dalam kegiatan sehari-hari, seperti lebih memilih naik tangga ketimbang naik lift. Sebelum olahraga, sebaiknya penderita diperiksa dokter sehingga penyulit seperti tekanan darah yang tinggi dapat diatasi sebelum olahraga dimulai.

d. Obat/Terapi Farmakologi

Obat oral ataupun suntikan perlu diresepkan dokter apabila gula darah tetap tidak terkendali setelah 3 bulan penderita mencoba menerapkan gaya hidup sehat di atas. Obat juga digunakan atas pertimbangan dokter pada keadaan-keadaan tertentu seperti pada komplikasi akut diabetes, atau pada keadaan kadar gula darah yang terlampaui tinggi.

2.1.2 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.2.1 Pengertian

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup baik spiritual, material yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dengan masyarakat serta lingkungannya. Menurut Friedman (2014) keluarga adalah sekumpulan orang yang bersama-sama bersatu dengan melakukan pendekatan emosional dan mengidentifikasi dirinya sebagian dari keluarga.

Dukungan keluarga adalah suatu proses yang terjadi sepanjang kehidupan, sifat dan jenis dukungan keluarga berbeda dalam tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial internal maupun dukungan sosial eksternal. Dukungan keluarga berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal (Friedman, 2014).

2.1.2.2 Tipe Keluarga

Friedman (2014) mengatakan setiap keluarga memerlukan layanan kesehatan yang mana pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan perkembangan sosial masyarakat sehingga keluarga memiliki tipe-tipe agar dapat mengembangkan derajat kesehatannya antara lain :

1) Keluarga inti

Keluarga inti merupakan transformasi demografi dan sosial yang paling signifikan yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Ayah bekerja untuk mencari nafkah dan ibu yang sebagai pengurus rumah tangga.

2) Keluarga adopsi

Keluarga adopsi adalah suatu cara untuk membentuk keluarga dengan cara menyerahkan tanggung jawab orang tua kandung kepada orang tua adopsi secara sah dan saling menguntungkan satu sama lain. Keluarga adopsi ini dilakukan karena berbagai alasan seperti pasangan yang tidak dapat memiliki keturunan tapi ingin menjadi orang tua sehingga mereka mengadopsi anak dari pasangan lain.

3) Keluarga asuh

Keluarga asuh adalah suatu layanan yang diberikan untuk mengasuh anaknya ketika keluarga kandung sedang sibuk dan keluarga asuh akan memberikan keamanan dan kenyamanan pada anak. Anak yang diasuh oleh keluarga asuh umumnya memiliki hubungan kekerabatan seperti kakek atau neneknya.

4) Keluarga orang tua tiri

Keluarga orang tua tiri terjadi bila pasangan yang mengalami perceraian dan menikah lagi. Anggota keluarga termasuk anak harus melakukan penyesuaian diri ladi dengan keluarga barunya. Kekuatan positif dari keluarga tiri adalah menikah lagi merupakan bentuk yang positif dan suportif karena meningkatkan kesejahteraan anak-anak, memberikan anak-anak perhatian dan kasih sayang, serta sebagai jalan keluar dari perbaikan kondisi keuangan.

2.1.2.3 Tugas Keluarga

Terdapat tujuh tugas pokok keluarga (Friedman, 2014) antara lain:

- 1) Pemeliharaan fisik keluarga dan anggota keluarga
- 2) Pemeliharaan berbagai sumber daya yang ada dalam keluarga.
- 3) Pembagian tugas anggota keluarga sesuai dengan kedudukan masing-masing.
- 4) Sosialisasi antar anggota keluarga baik dari segi pengetahuan maupun dari segi kesehatan.
- 5) Pengaturan jumlah anggota keluarga.

- 6) Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
- 7) Membangkitkan dorongan dan motivasi pada anggota keluarga.

2.1.2.4 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2013), fungsi keluarga dibagi menjadi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, dan fungsi kesehatan. Fungsi afektif adalah gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lain, saling menghargai dan kehangatan di dalam keluarga. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, saling mengasuh, dan menerima, cinta kasih, mendukung, menghargai sehingga kebutuhan psikososial keluarga terpenuhi.

Fungsi sosialisasi adalah interaksi atau hubungan dalam keluarga, bagaimana keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku berhubungan dengan interaksi. Fungsi ekonomi adalah keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan.

Fungsi kesehatan adalah kemampuan keluarga untuk bertanggung jawab merawat anggota keluarga dengan penuh kasih sayang serta kemauan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

2.1.2.5 Jenis – Jenis Dukungan Keluarga

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

1. Dukungan Informasional

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

2. Dukungan Penilaian

Dukungan yang di berikan yaitu apresiasi positif terhadap anggota keluarga sehingga anggota keluarga merasa di hargai. 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).

3. Dukungan Instrumental

Dukungan yang di berikan berupa peralatan atau benda nyata seperti memberikan uang untuk pengobatan anggota keluarga yang sakit. Dukungan instrumental merupakan dukungan yang praktis dan konkrit. Dukungan instrumental di golongkan ke dalam fungsi kesehatan keluarga dan fungsi ekonomi keluarga terhadap keluarga yang sakit.

4. Dukungan Emosional

Dukungan yang di berikan keluarga berupa rasa perhatian atau empati. Dukungan emosional ini juga di pengaruhi oleh orang lain yang merupakan ekspresi dari dukungan yang mampu menguatkannya.

Komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga di perlukan untuk memahami situasi anggota keluarga.

2.1.2.6 . Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kesehatan

Tiga aspek yang mempengaruhi dukungan keluarga terhadap kesehatan secara langsung maupun tidak langsung, antara lain :

- 1) Aspek Perilaku (*behavioral mediators*)

Dukungan keluarga dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang.

- 2) Aspek Psikologis (*psychological mediators*)

Dukungan keluarga dapat meningkatkan dan membangun harga diri seseorang dan menyediakan hubungan yang saling memuaskan.

- 3) Aspek Fisiologis (*physiological mediators*)

Dukungan keluarga dapat membantu mengatasi respon *fight or flight* dan dapat memperkuat system imun seseorang

2.1.2.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Puspitaningrum (2013), terdapat bukti yang kuat dari hasil penelitiannya bahwa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yang lainnya adalah kelas sosial ekonomi keluarga. Kelas sosial ekonomi keluarga meliputi tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan. Keluarga tingkat kelas menengah lebih mungkin menjalani hubungan yang lebih demokratis dan adil, sementara itu dalam keluarga kelas menengah kebawah hubungannya lebih otoritas dan otokrasi. Orang tua dengan kelas sosial menengah memiliki tingkat dukungan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

2.1.2.8 Alat Ukur Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga di buat sendiri oleh peneliti *DOOL Brief Clinical Inventory Burroughs* (2004), dengan uji validitas dan reliabilitas DI RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I untuk melihat kevalidan dari kuesioner yaitu, nilai kevalidan 0,43 dan reliabilitas 0,97. Kuesioner ini di berikan kepada salah satu anggota keluarga untuk dijawab dengan jujur tanpa bantuan dari peneliti. Pengukuran dukungan keluarga di lihat dari 4 dimensi meliputi di mensi emosional, di mensi penghargaan, dimensi instrumental dan dimensi informasi.

2.1.2.9 Peran Keluarga Dalam Perawatan Penderita Diabetes Melitus

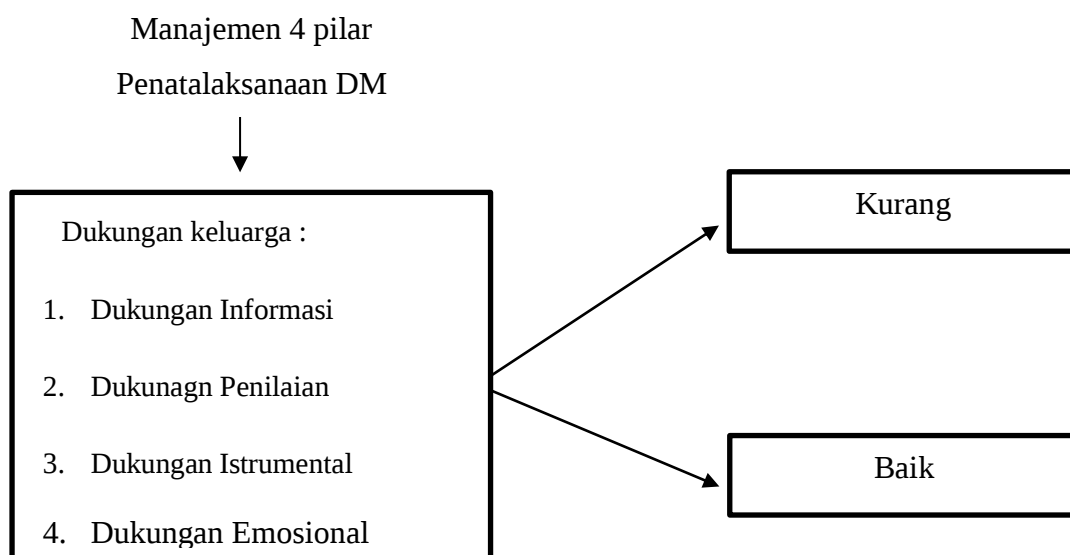
Peran keluarga dalam perawatan diabetes melitus sangatlah penting untuk meminimalkan terjadinya komplikasi yang mungkin muncul, memperbaiki kadar gula darah serta meningkatkan kualitas hidup penderita (T. A. Miller & DiMatteo, 2013). Peran keluarga dibagi dalam berbagai aspek yaitu memberikan informasi, perencanaan makan, latihan jasmani/aktivitas fisik, terapi farmakologi, dan melakukan kontrol gula darah . monitoring kadar gula darah, hal tersebut sangatlah penting sehingga tenaga kesehatan menganjurkan kepala anggota keluarga penderita DM untuk mempertahankan, memotivasi dan meningkatkan perannya dalam perawatan penderita DM (Setyawati, 2016).

Hasil penelitian Wulan, Dkk (2014), menunjukkan semakin baik peran keluarga yang dimiliki penderita DM maka akan meningkatkan kepatuhan penderita DM dalam melakukan 4 pilar penatalaksanaan DM meliputi pengaturan diet, pengaturan aktivitas fisik, pengaturan kontinuitas terapi, pemantauan kesehatan atau kontrol dokter, deteksi dini penyakit.

2.2 Kerangka Pemikiran

Penanggulangan diabetes melitus tipe II dengan empat pilar yang menjadi penatalaksannnya, serta pengobatan yang dilakukan seumur hidup tentunya dukungan keluarga menjadi salahsatu faktor yang paling dominan. Adapun dukungan keluarga menurut Friedman, (2014) yaitu dukunagan, informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional yang akan menjadi intrumen penilaian dalam meneliti dukungan keluarga pada penderita diabetes melitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede.

Bagan 2.1 Kerangka Pemikiran



Bagan 2. 1 Kerangka Pemikiran Penelitian Mengenai Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tegalgede

Keterangan :

Yang diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan jenis penelitian *deskriptif kuantitatif*. Metode ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang dukungan keluarga pada penderita diabetes melitus tipe II. Kemudian dicari jawaban bagi pemecahan suatu masalah atau fenomena-fenomena yang ada (Notoatmodjo, 2012). Variabel yang ditelaah yaitu gambaran dukungan keluarga pada penderita diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede tahun 2023.

3.2 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah karakteristik atau konsep yang diteliti dalam suatu studi atau penelitian. Variabel penelitian dapat berupa fenomena, kejadian, kondisi, atau atribut yang diukur, diamati, atau dimanipulasi untuk menjawab pertanyaan penelitian atau menguji hipotesis (Ahyan et al., 2020).

Penelitian ini mengkaji satu variabel yang diteliti adalah dukungan keluarga.

3.3 Definsi Oprasional Variabel

Table 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Defenisi operasional	Alat Ukur	Skala	Kriteria dan Skor
Dukungan Keluarga Pada Pasien DM Tipe II	Suatu bentuk dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien DM Tipe II berupadukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dukungan emosional	Kuesioner dukungan keluarga yang berjumlah 17 pernyataan	Nominal	1. <38.3 = kurang 2. >38.4 = baik

3.4 Populasi Dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisir yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk mempelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2019). Populasi dalam penelitian ini yaitu 155 keluarga dengan salah satu anggota keluarganya yang menderita diabetes melitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede tahun 2023

3.4.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2019). Teknik pengambilan sampel penelitian ini dengan *Purposive sampling*, dimana teknik pengambilan sampel dengan menentukan kriteria tertentu.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus formula *snedecor* dan *cochran*, *purposive sampling* yaitu semua penderita diabetes melitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede sebanyak 155 oarang.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

Z= Simpnanagan rata-rata pada derajat kemaknaan $\alpha = 5\% = 1,96$

P = Proporsi variable yang dikehendaki

Q = 1-P

d^2 = Kesalahan sampling yang masih ditoleransi

Pengambilan sampel

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,02 \cdot 0,98}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \cdot 0,02 \cdot 0,98}{0,0025}$$

$$n = \frac{0,0682393}{0,0025}$$

$$n = 30,1$$

$$n = 30 \text{ Orang.}$$

Jadi sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 30 responden dari jumlah populasi 155 keluarga.

3.4.3 Teknik Sampling

Teknik sampling pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel dengan menentukan kriteria-kriteria tertentu, (Sugiyono, 2019).

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Sugiyono, 2019).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Salahsatu anggota keluarga penderita diabetes melitus tipe II di wilayah UPT Puskesmas Tegalgede
- b. Salahsatu anggota keluarga penderita diabetes melitus tipe II yang bersedia menjadi responden di wilayah UPT Puskesmas Tegalgede

- c. Salahsatu anggota keluarga yang terdekat dengan penderita DM
- d. Salahsatu anggota keluarga yang merawat penderita DM

2. Kriteria Ekslusi

Kriteria ekslusi merupakan ciri-ciri anggota yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2018).

Kriteria ekslusi pada penelitian ini adalah :

- a. Semua anggota keluarga penderita diabetes melitus tipe II yang bukan di wilayah UPT Puskesmas Tegalgede
- b. Semua anggota keluarga penderita diabetes melitus tipe II yang bukan menjadi responden di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede
- c. Anggota keluarga yang tidak bisa mengisi kuisisioner (Tunanetra)
- d. Anggota keluarga yang pikun

3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian

3.5.1 Data Primer

Data primer yaitu data yang di peroleh dari penderita di abetes melitus yang di teliti melalui kuesioner. Dimana peneliti mengajukan beberapa pernyataan melalaui lembar kuesioner yang akan di isi oleh responden atau dengan jumlah pernyataan sebanyak 17 soal. Penilaian kuesioner ini menggunakan kuesioner ceklis di daftar yang berisi pernyataan atau yang di berikan jawaban oleh responden dengan tanda (√) sesuai hasil yang di inginkan, berdasarkan penelitian yang dilakukan *DOOL Brief Clinical Inventory Burroughs* (2014).

3.5.2 Data Skunder

Data penderita diabetes melitus di ambil dari data yang sudah ada dan di dapatkan dari pihak ke tiga yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Garut dan Puskesmas Tegalgede

3.5.3 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini cara pengumpulan data yang di lakukan dalam penelitian adalah dengan membagi kuesioner, di mana peneliti terlebih dahulu memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan penelitian, memberikan surat persetujuan menjadi responden dan memberi kuesioner untuk di isi oleh responden serta akan di kumpulkan kembali oleh peneliti. Untuk mendapatkan jumlah nilai dan presentase yang di peroleh dari responden.

Kuesioner dukungan keluarga di buat sendiri oleh peneliti Dool Brief di *Clinical Inventory Burroughs* (2004), dengan uji validitas dan reliabilitas DI RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I untuk melihat kevalidan dari kuesioner yaitu, nilai kevalidan 0,43 dan reliabilitas 0,97. Kuesioner ini di berikan kepada salah satu anggota keluarga untuk dijawab dengan jujur tanpa bantuan dari peneliti.

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. Pengukuran dukungan keluarga di lihat dari 4 dimensi meliputi di mensi emosional, di mensi penghargaan, dimensi instrumental

dan dimensi informasi. Item pernyataan pada kuesioner ini berjumlah 17 pernyataan. positif pada nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,13, 14, 15, 16, 17. Pengukuran jawaban kuesioner ini menggunakan skala likert. Penilaian pertanyaan positif yaitu selalu = 4, sering = 3, jarang = 2, dan tidak pernah = 1, maka skor tertinggi 4 dan terendah 1 dan penilaian pertanyaan negatif yaitu selalu = 1, sering = 2, jarang = 3, tidak pernah = 4 dengan skor tertinggi 4 dan terendah 1.

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

Kategori baik jika skor jawaban : 76 - 100%

Kategori Kurang jika skor jawaban : < 76%

3.6 Uji Validitas Dan Reliabilitas Intrument Penelitian

Intrumen penelitian ini sudah baku dan telah dilakukan uji validitas dan relibilitas dengan uji validitas dan reliabilitas di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang dilakukan Nurhayati tahun 2015 dengan unit I untuk melihat kevalidan dari kuesioner yaitu, nilai kevalitan 0,43 dan realiabilitas 0,97. Uji validitas kuesioner dukungan keluarga dan kualitas hidup menggunakan rumus *Person Product Moment* (Hidayat, 2007).

3.7 Rancangan Analisis Hasil Hata Penelitian

3.7.1 Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian yang tergantung dari jenis datanya. Pada

umumnya dalam analisis hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2018).

Dalam mengambil keputusan dalam menganalisa data, penulis menggunakan analisis univariate di mana analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik setiap variabel yang hendak diukur dengan penyajian hasil deskriptif melalui frekuensi.

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase

F = Jumlah jawaban yang benar

N = Jumlah soal

Pengukuran dukungan keluarga di lakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan di ukur dari subjek penelitian atau responden (Wahyu Adhitya dkk,2016).

3.8 Pengolahan Data

Menurut Notoatmodjo (2018), proes data ini melalui tahap-tahap sebagai berikut:

1) *Editing Data* (Pengolahan Data)

Langkah pertama yang dilakukan dengan cara meneliti kelengkapan data dan dilakukan pencocokan pada setiap data yang telah terkumpul sehingga tidak ada kesalahan dalam pengumpulan data;

2) *Coding data* (Memberi Kode)

Kuesioner penelitian yang sudah diisi oleh responden yang diberi kode oleh peneliti. Pemberian kode yang bertujuan untuk mempermudah dalam pengolahan data dan proses selanjutnya melalui tindakan mengklasifikasikan;

3) *Entry data*

Memasukan data ke dalam komputer dengan menggunakan aplikasi SPSS;

4) *Cleaning data*

Semua data yang sudah di peroleh dari responden yang sesuai dimasukan, dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau korelasi;

5) *Tabulating data*

Data yang telah lengkap dan memenuhi kriteria di hitung sesuai dengan variabel yang dibutuhkan lalu dimasukan kedalam tabel-tabel distribusi frekuensi.

3.9 Langkah-Langkah Penelitian

1) Tahap persiapan

- a. Mencari dan mengidentifikasi permasalahan dengan melihat fenomena yang ada disekitar;
- b. Memilih lahan untuk penelitian, dalam hal ini peneliti memilih tempat di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede;
- c. Melakukan studi pendahuluan untuk menentukan masalah penelitian dan di peroleh tema penelitian yaitu tentang gambaran dukungan keluarga pada

penderita diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede;

- d. Studi kepustakaan melalui buku literature dan jurnanal;
- e. Menyusun proposal penelitian;
- f. Menyusun instrumen dan perbaikan instrument;
- g. Seminar proposal penelitian mengenai gambaran dukungan keluarga pada penderita diabetes mellitus tipe II

2) Tahap pelaksanaan

- a. Melakukan uji coba instrumen yaitu uji validitas dan uji realibilitas;
- b. Ijin penelitian;
- c. Menyebarkan angket atau kuesioner;
- d. Pengecekan hasil penelitian;
- e. Pengolahan data menggunakan SPSS;
- f. Pembahasan hasil penelitian;

3) Tahap akhir

- a. Menarik kesimpulan atau generalisir;
- b. Penyusunan laporan penelitian.

3.10 Tempat dan Waktu Penelitian

3.10.1 Tempat Penelitian

Lokasi yang akan menjadi penelitian ini adalah di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede tahun 2023.

3.10.2 Waktu penelitian

Penelitian ini telah dilakukan dengan memulai penyusunan proposal pada bulan Januari sampai dengan bulan Maret tahun 2023.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Karakteristik Responden

Berikut adalah tabel distribusi frekuensi yang menggambarkan karakteristik responden yang diteliti.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Tegalgede

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persen %
Jenis Kelamin :		
Laki-laki	20	66,7%
Perempuan	10	33,3%
Umur		
26-35 Tahun	4	13,3%
36-45 Tahun	5	16,7%
46-55 Tahun	14	42,7%
>56 Tahun	7	23,3%
Pendidikan		
Tidak Sekolah	4	13,3%
SD	16	53,3%
SMP	6	20,0%
SMA	3	10,0%
Perguruan Tinggi	1	3,3%
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	6	20,0%
Petanni	15	50,0%
Wiraswasta/Pedagang	8	26,7%
PNS	1	3,3%

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persen %
Lama Menderita DM		
<1 Tahun	5	16,7%
1-5 Tahun	17	56,7%
>5 Tahun	8	24,7%
Hubungan dengan Penderita DM		
Suami/Istri	18	60,0%
Anak Kandung	9	30,0%
Sodara Kandung	3	10,0%

Pada tabel 4.1 tentang karakteristik responden menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan jenis kelamin maka laki-laki berjumlah 20 orang (66,7%) dan perempuan 10 orang (33,3%). Berdasarkan umur 26-35 tahun berjumlah 4 orang (13,3%), umur 36-45 tahun berjumlah 5 orang (16,7%), umur 46-55 tahun 14 orang (42,7%) dan umur >55 tahun 7 orang (23,3%). Kemudian berdasarkan pendidikan, tidak sekolah 4 orang (13,3%), SD 16 orang (53,3%), SMP 6 orang (20,0%), SMA 3 orang (10,0%) dan perguruan tinggi 1 orang (3,3%). Berdasarkan pekerjaan responden, Tidak bekerja 6 orang (20,0%), petani 15 orang (50,0%), Wiraswasta/Pedagang 8 orang (26,7%) dan PNS 1 orang (3,30%). Berdasarkan menderita DM <1 tahun 5 orang (16,7%), 2-4 tahun 17 Orang (56,7%) dan >5 tahun 8 orang (24,7%). Serta berdasarkan hubungan responden dengan penderita DM, suami/istri 18 orang (60,0%), anak Kandung 9 orang (30,0%) dan sodara kandung 3 orang (10,0%).

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di UPT Puskesmas Tegalgede Kabupaten Garut

Dukungan	Frekuensi	Persen%
Baik	13	43,3%
Kurang	17	56,7%
Total	30	100%

Pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan dukungan keluarga pada pasien penderita diabetes melitus tipe II, sebagian besar responden dengan dukungan keluarga kurang berjumlah 17 (56,7%) responden.

Tabel 4.3 Cakupan Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga

Sub Dukungan Keluarga	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Emosional		
Baik	10	33,3%
Kurang	20	66,7%
Penghargaan		
Baik	12	40,0%
Kurang	18	60,0%
Instrumental		
Baik	7	23,3%
Kurang	23	76,7%
Informasional		
Baik	14	46,7%
Kurang	16	53,3%

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukan bahwa dari 30 responden berdasarkan dukungan emosional keluarga yang memiliki dukungan kurang, sebagian besar responden berjumlah 20 (66,7%) responden, berdasarkan dukungan penghargaan keluarga yang memiliki dukungan kurang, sebagian besar responden berjumlah 18

(60,0%) responden, berdasarkan dukungan instrumental keluarga yang memiliki dukungan kurang, sebagian besar responden berjumlah 23 (76,7%) responden dan berdasarkan dukungan informasi keluarga yang memiliki dukungan kurang, sebagian besar responden berjumlah 16 (53,3%) responden.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan karakteristik keluarga berdasarkan jenis kelamin responden sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 20 responden (66,7%). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Chusmeywati, 2016 dimana mayoritas jenis kelamin keluarga responden adalah berjenis kelamin laki-laki sebanyak 35 dari 42 responden (67,3%).

Selanjutnya berdasarkan karakteristik usia responden sebagian besar berusia 46-55 tahun (dewasa akhir) sebanyak 14 responden (42,7%). Permasalahan yang terjadi pada dewasa akhir adalah kemunduran fungsi diri (fisik, psikis, ekonomi, dan sosial). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Chusmeywati, 2016 dimana hasil penelitian didapatkan keluarga responden mayoritas berusia 41-60 tahun.

Karakteristik keluarga responden berdasarkan pendidikan, dari hasil penelitian didapatkan sebagian besar keluarga responden berpendidikan SD sebanyak 16 responden (53,3%). Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Chusmeywati, 2016 dimana hasil penelitian paling banyak responden berpendidikan SD yaitu sebanyak 29 dari 42 responden (55,8%).

Karakteristik keluarga responden berdasarkan pekerjaan didapatkan hasil

sebagian besar responden memiliki pekerjaan petani yaitu sebanyak 15 responden (50,0%). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Chusmeywati, 2016 dimana didapatkan keluarga responden bekerja sebagai petani yaitu 13 responden (25,0%).

Karakteristik keluarga responden berdasarkan lama menderita dari hasil penelitian didapatkan sebagian besar anggota keluarganya yang mengalami penyakit diabetes dengan rentang 1-5 tahun sebanyak 17 responden (56,7%). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Mildawati, Diani & Wahid (2019), dimana dari hasil penelitian tersebut didapatkan lama menderita diabetes sebagian besar yaitu 33 orang (39,8%) menderita diabetes dengan rentang 1-5 tahun.

Berdasarkan karakteristik hubungan responden dengan penderita diabetes melitus tipe 2 sebagian besar responden memiliki hubungan dengan penderita diabetes melitus berstatus suami/istri yaitu 18 (60,0%) responden.

4.2.2 Analisis Univariat

4.2.2.1 Dukungan Keluarga Berdasarkan Dukungan Emosional

Hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti berdasarkan dukungan emosional dilihat dari tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan dukungan emosional keluarga yang memiliki dukungan kurang, sebagian besar responden berjumlah 20 responden. Menurut Hisni et al., (2017), menyatakan bahwa dukungan emosional merupakan dimensi yang mudah didapatkan dalam keluarga dapat berupa penerimaan anggota keluarga pada kondisi apapun merupakan dukungan emosional yang sangat penting dan termasuk dalam fungsi afektif keluarga.

Dukungan emosional berupa dukungan dari ekspresi seperti perhatian, empati, dan turut prihatin kepada seseorang, yang mana sifat tersebut dominan dimiliki seorang Perempuan. Akan tetapi, pada penelitian ini tentang gambaran dukungan keluarga pada penderita diabetes melitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede mayoritas karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar laki-laki berjumlah 20 responden.

4.2.2.2 Dukungan Keluarga Berdasarkan Dukungan Penghargaan

Hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti berdasarkan dukungan penghargaan keluarga yang memiliki dukungan kurang, sebagian besar responden berjumlah 18 responden. Dukungan penghargaan keluarga dapat berupa umpan balik, bimbingan dan penanganan pemecahan masalah atau sebagai sumber serta identitas keluarga. Bentuk dukungan penghargaan dapat juga berupa kegiatan anggota keluarga untuk meluangkan waktu dengan penderita dirumah, menyediakan waktu dan tenaga untuk mendampingi pasien kontrol ke fasilitas kesehatan serta meningkatkan kesadaran untuk berobat. Dukungan penghargaan melalui ungkapan positif dan dorongan untuk maju bisa diungkapkan sebagai perkataan yang baik dan sopan kepada orang lain, karena dengan demikian orang lain akan merasa dihargai (Hartati & Khrisna, 2018).

Pada penelitian tentang gambaran dukungan keluarga pada penderita diabetes melitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede berdasarkan karakteristik usia sebagian besar berusia 46-55 tahun (dewasa akhir) sebanyak 14 responden. Permasalahan yang terjadi pada dewasa akhir adalah kemunduran fungsi diri (fisik, psikis, ekonomi, dan sosial) hal ini dapat menyebabkan

kurangnya penghargaan terhadap anggota keluarganya yang menderita diabetes melitus tipe II.

Menurut Friedman, 2014 usia adalah faktor yang paling utama mempengaruhi struktur peran dalam pemberian asuhan perawatan keluarga, sehingga kedewasaan seseorang dilihat dari kematangan usia seseorang yang akan menyebabkan dukungan keluarga semakin membaik.

4.2.2.3 Dukungan Keluarga Berdasarkan Dukungan Instrumental

Hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti berdasarkan dukungan instrumental keluarga yang memiliki dukungan kurang, sebagian besar responden berjumlah 23 (76,7%) responden. Dimensi instrumental penting dalam mendukung perawatan, membantu pembiayaan pengobatan, serta membantu mengingatkan dan membantu menyediakan makanan sesuai diet untuk anggota keluarga (Hartati & Khrisna, 2018). Dukungan keluarga yang aktif akan berpengaruh terhadap perilaku ketaatan dalam pengobatan DM. Ketaatan terhadap pengobatan mempengaruhi kualitas hidup pasien DM (Meidikayanti & Wahyuni, 2017).

Pada penelitian ini tentang gambaran dukungan keluarga pada penderita diabetes melitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede sebagian besar responden memiliki dukungan instrumental kurang berjumlah 23 responden. Dilihat dari karakteristik responden sebagian besar pekerjaan responden yaitu petani berjumlah 15 responden. Pekerjaan merupakan aktivitas utama yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan dan kesejahteraan hidupnya. Pekerjaan yang dimiliki seseorang berkaitan dengan pendapatan yang dihasilkan.

Pekerjaan yang layak dapat membantu anggota keluarga dalam membiayai pengobatannya (Walker, 2017). Pendapatan yang lebih maka akan memudahkan seseorang dalam memenuhi pengobatan dan semakin cepat mendapatkan penanganan pada penyakit yang diderita (Suwanti et al., 2021).

Selain mayoritas responden sebagian besar petani, dilihat dari studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti didapatkan bahwa jarak rumah dengan fasilitas Puskesmas jauh, tidak mempunyai kendaraan serta tidak mempunyai biaya transportasi.

4.2.2.4 Dukungan Keluarga Berdasarkan Dukungan Informasional

Hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti berdasarkan dukungan informasi keluarga yang memiliki dukungan kurang, sebagian besar responden berjumlah 16 (53,3%) responden. Mirza, (2017) mengatakan bahwa ada hubungan antara dukungan informasi dengan kualitas hidup penderita DM. Pemberian informasi kesehatan oleh keluarga dapat membuat penderita DM memahami tentang penyakitnya sehingga timbul keinginan melakukan perawatan dan pengobatan dengan baik.

Pada penelitian ini tentang gambaran dukungan keluarga pada penderita diabetes melitus tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede sebagian besar responden memiliki dukungan informasi yang kurang berjumlah 16 responden. Dilihat dari karakteristik responden, dimana status pendidikan sebagian besar SD berjumlah 16 responden, yang mana hal ini menjadi keterbatasan dalam akses informasi yang menyebabkan penderita kurang memiliki pengetahuan tentang diabetes. Akibatnya penderita kurang terampil dalam

menerapkan manajemen perawatan diabetes yang tepat sehingga berisiko lebih besar mengalami komplikasi DM yang dapat menurunkan kualitas hidup penderita.

Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Chusmeywati, 2016 dimana hasil penelitian paling banyak responden berpendidikan SD yaitu sebanyak 29 dari 42 responden (55,8%). Pendidikan memiliki peran yang sangat penting dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Pendidikan merupakan pembelajaran pengetahuan, keterampilan, serta kebiasaan seseorang melalui pengajaran, penelitian serta pelatihan yang didapatkan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin semakin mudah seseorang dalam memahami dan mengerti tentang informasi tentang penyakit dan cara pengobatannya (Purwansyah, 2019).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang gambaran dukungan keluarga pada penderita diabetes melitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Tegalgede dari 30 responden didapatkan dukungan emosional kurang, dukungan penghargaan keluarga kurang, dukungan instrumental keluarga kurang dan dukungan informasional kurang.

5.2 Saran

1. Bagi Responden

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan dukungan keluarga yang diberikan responden terhadap anggota keluarganya yang menderita diabetes melitus tipe II menjadi bahan masukan atau informasi mengenai kurangnya dalam memberikan dukungan terhadap anggota keluarganya yang menderita diabetes melitus.

2. Bagi Instansi pelayanan Kesehatan

Didapatkan penelitian ini dapat membantu pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan dan mempertahankan Upaya pelayanan promotive dan preventif melalui kegiatan penyuluhan lebih lanjut tentang pentingnya dukungan keluarga.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi acuan untuk melakukan penelitian yang lebih kompleks mengenai gambaran dukungan keluarga pada penderita diabetes mellitus tipe II

DAFTAR PUSTAKA

- Angger, A. (2020). Buku Ajar : Diabetes Dan Komplikasinya (A. Guepedia (ed.)). The First On-Publisher in Indonesia.
- Andarmoyo, S. (2012). Keperawatan Keluarga (Pertama.). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- American Diabetes Association. (2020). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(January), S14–S31.
- Arief Yanto, 2017. *Perilaku Caring Perawatan Dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien Diabetes*. Jakarta : Rineka Cipta
- Arikunto, 2013. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- ADA , 2010. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 35
- Brunner, & Suddarth. (2013). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.
- DOOL Brief Clinical Inventory Burroughs, 2004. Nilai kevalitan kuesioner dan realibilitas. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2013.
- Friedman, 2016. Pengertian Dukungan Keluarga dan Tingkatanya. Available at:<http://friedman.digilib.fkkeperawatan.123/9863/0937.sisi.skripsi.pdf>.
- Friedman, M.M. 2013. *Buku Ajaran Keperawatan Keluarga: Riset, Teori Dan Praktik, Edisi 5* . Jakarta: EGC.
- Friedman, 2015. *Pengukuran dukungan keluarga.SSD*, Jakarta : EGC.
- Friedman. 2012. Standar of Medical Care in Diabetes. *Diabetes care*,33(1),S11-S61.
- Friedman, M. Marilyn. 1998. *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC.

- Friedman. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik* Jakarta : EGC
- House. 2014. *Metode Alat Ukur Dukungan Keluarga (3th ed.)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Izzati &, Nirmala dalam Meivi I. Derek, 2017. Hubungan tingkat stress dengan peningkatan kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas perkotaan rasimah ahmad bukittinggi tahun 2017. *Karya tulis ilmiah. Prodi DIII Keperawatan STIKES YASRI SUMBAR Bukittinggi*.
- International Diabetes Federation (IDF). IDF international atlas ninth edition (online); 2021. *Jurnal Kesehatan Indonesia, 2021*.
- Irawan, Hayati, & Purwaningsih, 2017. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus.. *Jurnal Keperawatan BSI, Volume. V Nomor. 2*.
- PERKENI. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia. In Global Initiative for Asthma (pp. 1–119). www.ginasthma.org
- LPB, 2018.Laporan risikesdas nasional tahun2018. <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wpcontent/uploads/2019/03/LaporanRisikesdas-2018-Nasional.pdf> (diakses tanggal 08 februari 2021).
- MAYBERRY, L. S. & OSBORN, C. Y. 2012. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 35, 12391245.
- Masjoer dkk, 2015. Akibat gangguan diabetes melitus. *Quality of life in relation to social and disease factors in patients with type 2 diabetesin Lithuania*.
- Narkauskaite, 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>*.
- Nilla, Retnowati. 2015. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Tanah Kalikedinding. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol. 3. No. 199*
- Nurhayati, 2015 Hubungan Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Mellitus tipe II di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

- Nadesul, 2002. *Melawan Wabah Diabetes Dunia dengan Buah Pare*.
<http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1025597117,76900>,
 Diakses tanggal 22 Januari 2016.
- Notoatmodjo, S 2017. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. 2013. *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Klinis* (3rd ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Powerset, 2017. *Metode ilmu pencegahan diabetes melitus*. Jakarta : Salemba Medika.
- Prawirasatra Wahyu Adhitya, Firdaus W, Arwinda N, Suharto, 2016. *Pengukuran dukungan keluarga*. Yogyakarta : Graha Media.
- PERKENI (Perkumpulan Endrokrinologi Indonesia), 2011. *Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia. Jurnal Ners, 2019*.
- PERKENI. 2019., *Pedoman Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia. Jurnal Keperawatan, 2020*.
- Purnama dalam Rahayu, 2019. *Pusat data dan informasi kesehatan RI dansituasi analisis diabetes. Jurnal Ilmiah Kesehatan Indonesia*.
- Riskesdas. 2018. *Prevalensi*. In T. 2018, *Laporan Provinsi Jawa Barat 2018 Riskesdas (pp.127-129)*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*.
 Bandung: Alfabeta
- Shields, Finley, Chawla, & Meadors, 2012. *Dukungan Sosial Terhadap Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Sragen. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing) volume 5 no. 1, 37-46*.
- Sugiyono 2015. *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2016.

Tamara & Annis Nauli, 2014. *Pengaruh faktor diabetes melitus. Edisi: 1.* Yogyakarta : Graha Ilmu.

Yusram. 2010. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM di Rumah Sakit Fatmawati. *Jurnal Keperawatan, 2014.*

LAMPIRAN

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul : “Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja UPT Puskemas Tegalgede”.

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan dengan sadartanya unsur paksaan dari pihak lain.

Responden

()

IDENTITAS RESPONDEN

GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PENDERITA DIABETES

MELITUS TIPE II DI WILAYAH KERJA UPT PUSKEMAS TEGALGEDE

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki
☐ Perempuan

Pekerjaan : ☐ Tidak
☐ BekerjaPetani
☐ Wiraswasta/Pedagang Pensiun
☐ PNS/TNI/POLRI

Pendidikan : ☐ Tidak sekolah
☐ SD
☐ SMP
☐ SMA
☐ Perguruan Tinggi

Lama Menderita DM : ☐ < 1 tahun
☐ 2-5 tahun
☐ >5 Tahun

Hubungan Dengan Penderita : ☐ Suami/Istri
☐ Anak Kandung
☐ Sodara Kandung

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

GAMBARAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE II DI WILAYAH KERJA UPT PUSKEMAS TEGALGEDE

Petunjuk pengisian kuesioner :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap pernyataan di bawah ini.
2. Pilih salah satu jawaban yang paling sesuai dengan memberikan tanda cheklist (✓) pada kotak yang ada disebelah kanan pernyataan.
3. Untuk melancarkan penelitian, mohon kepada saudara untuk menjawab semua pertanyaan sesuai pengetahuan saudara
4. Kerahasiaan jawaban Anda akan tetap dijaga dan tidak disampaikan kepada pihak siapapun.
5. Waktu untuk menjawab kuesioner adalah 15 menit, dan pastikan bahwa semua jawaban kuesioner telah Anda isi.
6. Bila ada petunjuk yang kurang jelas silahkan bertanya kepada peneliti.

Demikian petunjuk dalam pengisian kuesioner, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

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
	Dukungan Emosional				
1.	Saya selalu ada di dekat anggota keluarga yang DM ketika ia mempunyai masalah				
2.	Saya memberika solusi ketikapasien DM cemas dengan Penyakitnya				
3.	Saya merasa terganggu dengan pasien DM				
	Dukungan Penghargaan				
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 tetang Penyakitnya				
	Dukungan Instrumental				
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				
	Dukungan Informasi				
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				

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	LAKI-LAKI	20	66.7	66.7
	PEREMPUAN	10	33.3	33.3
	Total	30	100.0	100.0

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	26-35	4	13.3	13.3
	36-45	5	16.7	16.7
	46-55	14	46.7	46.7
	>56	7	23.3	23.3
	Total	30	100.0	100.0

JENIS PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	TIDAK BEKERJA	6	20.0	20.0
	PETANI	15	50.0	50.0
	WIRASWASTA/PEDAGANG	8	26.7	26.7
	PNS/TNI/POLRI	1	3.3	3.3
	Total	30	100.0	100.0

TINGKAT PEND

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	TIDAK SEKOLAH	4	13.3	13.3
	SD	16	53.3	53.3
	SMP	6	20.0	20.0
	SMA	3	10.0	10.0
	PERGURUAN TINGGI	1	3.3	3.3
	Total	30	100.0	100.0

LAMA MENDERITA DM

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	<1 TAHUN	5	16.7	16.7
	2-4 TAHUN	17	56.7	56.7
	>5 TAHUN	8	26.7	26.7
	Total	30	100.0	100.0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean
TOT 1	30	6	11	7.67
Valid N (listwise)	30			

INDIKATOR 1

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Kurang	20	66.7	66.7
	Baik	10	33.3	33.3
	Total	30	100.0	100.0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean
INDIKATOR 2	30	7	13	9.50
Valid N (listwise)	30			

INDIKATOR 2

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	KURANG	18	60.0	60.0
	BAIK	12	40.0	40.0
	Total	30	100.0	100.0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean
INDIKATOR 3	30	7	16	9.63
Valid N (listwise)	30			

INDIKATOR 3

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	KURANG	23	76.7	76.7
	BAIK	7	23.3	23.3
	Total	30	100.0	100.0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean
INDIKATOR 4	30	7	15	10.23
Valid N (listwise)	30			

INDIKATOR 4

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	KURANG	16	53.3	53.3
	BAIK	14	46.7	46.7
	Total	30	100.0	100.0

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Refa Sudirman
 NIM : 111602001
 Pembimbing : M. Sidik Nurjani Sapt.
 Judul Skripsi : Gambaran dukungan keluarga polio penderita DT

No	Tanggal		Materi yang dikonsultasikan	Saran dan Masukan Pembimbing	Paraf
	Masuk	Keluar			
1.	8. April 2022		BAB I	Sample dan populasi	
2.	12 April 2022		Revisi Bab I	identifikasi pengumpulan data yang relevan	
3.	24 Mei 2022		Ace Sampah Sampah	menyusun gambar dan	
4.	1 Juni 2022		Revisi Bab I	Elaborasi prosedur skripsi	

NIM : KHGC21144

Pembimbing Utama : Iin Fatimha, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Judul : Gambaran Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II di wilayah kerja UPT Puskesmas Tegalgede

No	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
1	17 Aug 23		Wawancara		
2	11 Aug 23		Wawancara		
3	11 Aug 22		Konsultasi		
4	11 12		Populasi dan Sampel		
5	3 Sep		Daftar		