



# Dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien diabetes mellitus

*Family support and quality of life among patients with diabetes melitus*

Fatma Nuraisyah<sup>1</sup>, Hari Kusnanto<sup>1</sup>, Theodola Baning Rahayujati<sup>2</sup>

Dikirim: 10 November 2015 Diterima: 15 Juni 2016 Dipublikasi: 01 Januari 2017

---

## Abstrak

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga ditinjau dari empat dimensi (emosional, penghargaan, instrumental, dan informasi) dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Panjatan II Kabupaten Kulon Progo. **Metode:** Desain penelitian ini adalah analitik *cross sectional* dengan jumlah sampel 150 pasien DM tipe 2. Analisa data menggunakan koefisien korelasi pearson, uji t-independen, dan regresi linear sederhana. **Hasil:** Adanya hubungan dukungan keluarga (*p-value*:0,00) dan komplikasi (*p-value*: 0,02) dengan kualitas hidup pasien DM II. Adanya hubungan dukungan keluarga ditinjau dari dimensi emosional (*p-value*:0,00), dimensi penghargaan (*p-value*:0,00), dimensi instrumental (*p-value*:0,00) dengan kualitas hidup pasien DM II. **Kesimpulan:** adanya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM II.

**Kata kunci:** dukungan keluarga; kualitas hidup; DM II

## Abstract

**Purpose:** This study aimed to determine the relationship family support in terms of four dimensions (emotional, appraisal, instrumental, and information) to the quality of life of patients with type 2 diabetes at the health center II Panjatan Kulon Progo Regency. **Methods:** This study was cross sectional analytical sample size of 150 patients with diabetes mellitus type 2. Data analysis using Pearson correlation coefficient, independent t-test and simple linear regression. **Results:** The presence of family support relationship (*p-value*: 0.00) and complications (*p-value*: 0.02) to the quality of life of patients with DM II. The relationship of family support in terms of emotional dimensions (*p-value*: 0.00), the dimensions of the award (*p-value*: 0.00), the instrumental dimension (*p-value*: 0.00) to the quality of life of patients with DM II. **Conclusion:** The family support association with quality of life of patients with DM II.

**Keywords:** family support; DM II; quality of life

---

<sup>1</sup> Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, UGM ([fatma.nuraisyah@gmail.com](mailto:fatma.nuraisyah@gmail.com))

<sup>2</sup> Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo

## PENDAHULUAN

Masalah kesehatan disebabkan dari pola hidup, pola makan, faktor lingkungan kerja, olahraga dan stress. Perubahan gaya hidup terutama di kota-kota besar menyebabkan peningkatan prevalensi penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, Diabetes Melitus tipe 2 (DM II), obesitas dan tekanan darah tinggi<sup>[16]</sup>.

Sebanyak 347 juta orang mengidap DM II di seluruh dunia. Pada tahun 2004, diperkirakan 3,4 juta orang meninggal akibat konsekuensi dari tingginya gula darah puasa. Lebih dari 80% kematian diabetes terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Diperkirakan DM II akan menjadi penyebab utama kematian ke-7 tahun 2030<sup>[27]</sup>.

Dukungan keluarga yang baik signifikan dengan semangat hidup pasien diabetes di Afrika-Amerika<sup>[6]</sup>. Dukungan keluarga berperan penting dalam kesehatan mental pada pasien diabetes dalam hal ini kualitas hidup<sup>[5]</sup>. Dukungan keluarga terbagi menjadi empat yaitu dimensi *empathetic* (emosional), dimensi *encouragement* (penghargaan), dimensi *facilitative* (instrumental), dan dimensi *Participative* (partisipasi). Masing-masing dimensi ini penting dipahami bagi individu yang ingin memberikan dukungan keluarga karena menyangkut persepsi tentang keberadaan dan ketepatan dukungan keluarga bagi seseorang. Dukungan keluarga bukan sekedar memberikan bantuan, tetapi bagaimana cara persepsi penerima terhadap makna bantuan tersebut<sup>[12]</sup>. Kualitas hidup adalah persepsi dari individu dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tersebut hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan kekhawatiran. Hal ini merupakan konsep luar yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik seseorang,

keadaan psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, keyakinan personal dan hubungannya dengan keinginan dimasa yang akan datang terhadap lingkungan<sup>[28]</sup>.

Kini diabetes bukan hanya mengalami peningkatan terus-menerus tiap tahun di kalangan masyarakat perkotaan namun sudah merambat ke kalangan masyarakat pedesaan. Hal ini disebabkan oleh tingkat perekonomian yang semakin meningkat sehingga pola hidup sehat kurang diperhatikan, ketidaktahuan atau ketidakpedulian untuk menjaga pola makan yang sehat. Berdasarkan hasil laboratorium dan gejala, proporsi penderita DM di perkotaan 6,8% sedangkan di pedesaan (7,0%)<sup>[22]</sup>. Puskesmas Panjatan II merupakan salah satu wilayah pedesaan di Kabupaten Kulon Progo. Pemilihan tempat penelitian berdasarkan Riskesdas<sup>[22]</sup> dijelaskan bahwa adanya peralihan pola hidup di pedesaan serta adanya klub DM Sehati sehingga sangat membantu dalam pelaksanaan penelitian di Puskesmas Panjatan II Kulon Progo. Data Persentase proporsi penderita DM II di Puskesmas Panjatan II tahun 2010-2013 diperoleh fluktuatif dari tahun 2010 sebesar 7,11%, kemudian tahun 2011 sebesar 6,8%, pada tahun 2012 naik menjadi 7,70%, tahun 2013 naik menjadi 8,36%<sup>[21]</sup>. Berdasarkan dari latar belakang permasalahan diatas, maka peneliti ingin mengetahui hubungan dukungan keluarga ditinjau dari empat dimensi dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien karena penelitian ini belum pernah diteliti di Puskesmas Panjatan II.

## METODE

### Rancangan dan subyek penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional menggunakan pendekatan *cross sectional*. Data penelitian berasal dari surveilans terpadu Puskesmas Panjatan II, dan wa-

wawancara langsung dengan pasien DM II. Lokasi penelitian dilaksanakan di Puskesmas Panjatan II Kabupaten Kulon Progo selama bulan Juni 2015.

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien berumur >20 tahun yang berobat ke Puskesmas Panjatan II. Kriteria inklusi: pasien didiagnosa DM II oleh dokter melalui pemeriksaan berstandar<sup>[1]</sup>, dapat berkomunikasi dengan baik, dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi: pasien DM II mengalami gangguan kesehatan seperti depresi berat, adanya komplikasi penyakit kronik lainnya yang menyebabkan pasien DM II tidak sadarkan diri sehingga tidak memungkinkan untuk berkomunikasi.

Besar sampel penelitian dihitung dengan menggunakan rumus dari lemeshow<sup>[16]</sup>:

$$n = Z^2 \cdot \frac{P(1-P)}{d^2}$$

dengan nilai kesalahan tipe 1 ( $\alpha$ ) = sebesar 5%, tingkat kemaknaan ( $Z\alpha$ ) = 1,96, toleransi kesalahan ( $d$ ) = 0,01, prevalensi ( $P$ )= 0,004 (Puskesmas Panjatan II, 2013). Sesuai hasil perhitungan diperoleh besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 150 orang.

Data dukungan keluarga diperoleh dengan mewawancarai responden dengan menggunakan kuesioner *Hensarling Diabetes Family Support Scale (HDFSS)* yang dikembangkan oleh Hensarling yang dimodifikasi<sup>[29]</sup>. HDFSS terdiri dari atas 29 item pertanyaan dengan alternatif jawaban menggunakan skala Likert. HDFSS mencakup dimensi emosional, penghargaan, instrumental, dan partisipasi. Jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang dukungan keluarga dibagi total item pertanyaan. Skala interval. Skor tertinggi 4 dan terendah 1. Item-item skala dibuat berupa pernyataan atau pertanyaan, baik bersifat fa-

*avorable* (mendukung) memiliki nilai ketentuan sebagai berikut: hampir selalu (3), terkadang (3), jarang (2), dan tidak pernah (1). Sedangkan bersifat *unfavorable* (tidak mendukung) memiliki nilai sebagai berikut: hampir selalu (1), terkadang (2), jarang (3), dan tidak pernah (4).

Untuk mencakup empat dimensi dukungan keluarga maka dilakukan *Principal Components Analysis (PCA)*. HDFSS mencakup dimensi emosional terdiri dari 13 item (pertanyaan nomor 4, 5, 6, 7, 14, 15, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29), dimensi penghargaan 9 item (pertanyaan nomor 3, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20), dimensi instrumental 5 item (pertanyaan nomor 13, 16, 17, 23, 24) dan dimensi partisipasi 2 item (pertanyaan nomor 1, 2). Jumlah total pertanyaan dukungan adalah 29 item.

Pengisian kuesioner yang dimodifikasi oleh Tyas dari Munoz dan Thiagaraj dalam<sup>[29]</sup>, yaitu DQOL guna mengukur kualitas hidup pada pasien diabetes yang terdiri dari atas 30 item pertanyaan. Jawaban menggunakan skala Likert dimana pertanyaan positif pada kepuasan, skalanya: 4= sangat puas; 3= puas; 2= tidak puas; 1= sangat tidak puas. Untuk pertanyaan positif pada dampak skalanya: 1= tidak pernah; 2= jarang; 3= sering; 4= setiap saat. Sementara itu untuk pertanyaan negatif pada dampak: 4=tidak pernah; 3= jarang; 2= sering; 1= setiap saat. Hasil ukur: jumlah skor kumulatif jawaban responden tentang kualitas hidup meliputi dampak dan kepuasan dibagi jumlah item pertanyaan. Skala: interval.

## HASIL

Berdasarkan Tabel 1, responden terbanyak menurut jenis kelamin adalah perempuan (70,67%), pendidikan SMA (34,67%), jenis pekerjaan petani (37,34%) dan komplikasi yang dialami oleh pasien DM II (29,33%).

Tabel 1 Karakteristik responden pasien DM II

Variabel	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	44	29,33
Perempuan	106	70,67
Tingkat Pendidikan		
Perguruan Tinggi	10	6,67
SMA	52	34,67
SMP	22	14,67
SD	46	30,67
Tidak Sekolah	20	13,33
Pekerjaan		
PNS	8	5,33
Wiraswasta	8	5,33
Swasta	10	6,67
IRT	39	26,00
Pensiunan	29	19,33
Petani	56	37,34
Komplikasi		
Tidak	106	70,67
Ya	44	29,33

Berdasarkan Tabel 2, rerata nilai dukungan keluarga adalah 3 dengan skala instrumen dalam penelitian ini disimpulkan bahwa responden terkadang mendapatkan dukungan keluarga. Rerata nilai kualitas hidup pasien DM II adalah 3. Berdasarkan hasil ini dan disesuaikan dengan skala instrument dalam penelitian ini, diperoleh hasil bahwa responden merasa puas dengan kualitas hidup.

Tabel 2 Karakteristik responden berdasarkan rerata umur, lama menderita DM II, dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM II

Variabel	Mean	Min-Maks
Umur	59,08	35-83
Lama Menderita DM II (Tahun)	5,75	2-35
Dukungan keluarga	2,63	2-4
Sub Variabel		
Emosional	3,2	2-4
Penghargaan	1,72	1-4
Instrumental	3,2	2-4
Partisipasi	2,17	1-4
Kualitas Hidup (QOL)	3,09	2-4

Tabel 3 Analisis bivariat karakteristik, dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM II

Variabel	R	p-value
Umur	-0,12	0,12
Jenis Kelamin	0,04	0,32

Variabel	R	p-value
Lama Menderita DM II	-0,04	0,60
Tingkat Pendidikan	0,02	0,25
Komplikasi	-0,09	0,05
Dukungan Keluarga	0,18	0,01*
Sub Variabel		
Emosional	0,40	0,00*
Penghargaan	0,04	0,59
Instrumental	0,13	0,09
Partisipasi	-0,28	0,00*

Tabel 4 Hasil analisis multivariat

Variabel	R	CI:95%	p-value
Dukungan	-1,05	-1,56-(-0,54)	0,00
Sub Variabel			
Emosional	0,51	0,26-0,77	0,00
Penghargaan	0,34	0,16-0,53	0,00
Instrumental	0,18	0,07-0,30	0,00
Komplikasi	-0,10	-0,19-(-0,13)	0,02

Dari Tabel 4 menunjukkan bahwa adanya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,00). Untuk hasil analisis diperoleh bahwa adanya hubungan dukungan keluarga yang ditinjau dari empat dimensi yaitu dimensi emosional (*p-value*: 0,00), dimensi penghargaan (*p-value*: 0,00), dan dimensi instrumental (*p-value*: 0,00). Sementara untuk hasil nilai analisis diperoleh bahwa adanya hubungan variabel komplikasi dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,02).

## PEMBAHASAN

Hasil analisis bivariat dukungan keluarga menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan dimensi penghargaan dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,01) sehingga dapat dilakukan analisis selanjutnya. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa adanya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,00). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh <sup>[11]</sup>, dan <sup>[14]</sup> diperoleh bahwa dukungan dari keluarga merupakan salah satu faktor yang berhubungan secara signifikan dengan

kualitas hidup pasien DM II. Hasil penelitian ini juga didukung<sup>[24]</sup> dijelaskan bahwa dukungan keluarga berpengaruh dengan kualitas hidup pasien DM II. Kualitas hidup merupakan kapasitas fungsional psikologis dan kesehatan sosial serta kesejahteraan individu. Kualitas hidup dipengaruhi oleh kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat ketergantungan hubungan sosial, dan hubungan pasien dengan lingkungan sekitarnya. Dijelaskan juga dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien DM II dapat ditinjau dari empat dimensi yaitu: dimensi emosional, penghargaan, instrumental, dan partisipasi. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian<sup>[3]</sup> diperoleh bahwa aspek dari dukungan keluarga berkaitan dengan kadar glukosa darah dalam hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien DM II. Peran keluarga merupakan salah satu aspek penting dimana dapat mempengaruhi kondisi kesehatan psikologis, sosial, emosional bagi individu.

Dukungan keluarga berupa kehangatan dan keramahan seperti dukungan emosional yang terkait dengan monitoring glukosa, diet dan latihan yang dapat meningkatkan efikasi diri pasien sehingga mendukung keberhasilan dalam perawatan diri sendiri sehingga perawatan diri yang baik akan menghasilkan kualitas hidup yang baik<sup>[21][6]</sup>. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan<sup>[5]</sup> dijelaskan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu yang berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasien DM II.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori<sup>[25]</sup> dijelaskan bahwa dukungan keluarga mempunyai pengaruh kepada sikap dan kebutuhan belajar bagi pasien DM II dengan cara menolak atau menerima dukungan baik secara fisik, psikologis, emosional, dan sosial. Pasien

DM II akan memiliki sikap lebih positif untuk mempelajari DM apabila keluarga memberikan dukungan dan berpartisipasi dalam pendidikan kesehatan mengenai DM. Sebaliknya, pasien DM akan bersikap negatif apabila terjadi penolakan terhadap pasien dan tanpa adanya dukungan dari keluarga selama menjalani pengobatan. Sikap negatif terhadap penyakit dan pengobatan akan mengakibatkan kegagalan penatalaksanaan DM. Sehingga hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup dan kemampuan sosial pasien DM II.

Menurut peneliti dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga ke pasien DM II sangat berperan dalam tatalaksana pengobatan diabetes. Kepatuhan dalam tatalaksana perawatan diri dilakukan dengan benar dan teratur maka pasien tidak terlalu merasa terbebani oleh diabetes melainkan merasa bersemangat dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, hal tersebut akan menghasilkan kualitas hidup pasien DM II yang baik. Selanjutnya, berdasarkan<sup>[12][8]</sup> dukungan keluarga dapat ditinjau dari empat dimensi yaitu dimensi emosional, penghargaan, instrumental dan partisipasi.

Hasil analisis bivariat dukungan dimensi emosional menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan dimensi emosional dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,00) sehingga dapat dilakukan analisis selanjutnya. Dimensi emosional yang diberikan oleh keluarga antara lain keluarga mengerti dengan masalah yang dialami oleh responden, mendengarkan keluhan responden tentang penyakit yang dirasakan, memahami perasaan responden, responden bebas mencari nasihat dari anggota keluarga, keluarga mengingatkan responden untuk kontrol, responden merasa nyaman dan bebas ketika meminta bantuan kepada anggota keluarga, dan anggota keluarga membantu *fi-*

*nancial* ketika diperlukan dalam pengobatan DM II. Hasil analisis multivariat diperoleh bahwa adanya hubungan dukungan keluarga ditinjau dari dimensi emosional dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,00). Hasil penelitian ini didukung oleh teori dari<sup>[8]</sup> menjelaskan bahwa dengan adanya dukungan emosional didalam keluarga, secara positif akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggotanya. Menurut peneliti dukungan dimensi emosional berperan dalam penatalaksanaan pengobatan pasien DM II. Dengan adanya dukungan dimensi emosional yang aktif dari keluarga, pasien DM II akan merasa nyaman secara psikologis serta fisik ketika dalam menghadapi masalah dengan diabetes.

Hasil analisis bivariat dukungan dimensi penghargaan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan dimensi penghargaan dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,59). Dukungan dimensi penghargaan diduga memiliki pengaruh dengan kualitas hidup DM II. Hal ini didukung dengan hasil penelitian Yusra (2010) dan Nyanzi (2013) yang menyatakan bahwa kualitas pasien DM II dapat dipengaruhi oleh dukungan dimensi penghargaan. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dan peneliti menganggap dukungan dimensi penghargaan merupakan variabel penting maka dimasukkan ke dalam analisis multivariat.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa adanya hubungan dukungan keluarga yang ditinjau dari dimensi penghargaan dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,00). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan<sup>[29]</sup> dijelaskan bahwa ada hubungan dimensi penghargaan dengan kualitas hidup pasien DM II. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori<sup>[8]</sup> dijelaskan bahwa dukungan penilaian/penghargaan juga merupakan bentuk

fungsi efektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada keluarga yang sakit. Melalui dukungan ini, pasien akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahlian yang dimilikinya. Menurut peneliti dukungan penghargaan yang diberikan oleh keluarga terhadap pasien DM II dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi dan peningkatan harga diri karena dianggap masih berguna dan berarti untuk keluarga sehingga membentuk perilaku penatalaksanaan DM secara teratur yang bermuara pada peningkatan kualitas hidup.

Hasil analisis bivariat dukungan dimensi instrumental menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan dimensi instrumental dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,09). Dukungan dimensi penghargaan diduga memiliki pengaruh dengan kualitas hidup DM II. Hal ini didukung dengan hasil penelitian<sup>[29]</sup> menyatakan bahwa kualitas pasien DM II dapat dipengaruhi oleh dukungan dimensi instrumental. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dan peneliti menganggap dukungan dimensi penghargaan merupakan variabel penting maka dimasukkan ke dalam analisis multivariat.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa adanya hubungan dukungan keluarga yang ditinjau dari dimensi penghargaan dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,00). Dukungan dimensi instrumental yang diberikan oleh keluarga ke pasien DM II berupa pemantauan diet, olahraga, kepatuhan pengobatan, rutin kontrol kadar gula darah ke dokter. Hal ini sejalan dengan<sup>[17]</sup> dijelaskan bahwa dukungan dimensi instrument yang diberikan oleh anggota keluarga ke pasien DM II lebih terkontrol tingkat kepatuhannya dalam pengobatan, serta kadar gula darahnya stabil. Hal

tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup dibandingkan pasien DM II tanpa dukungan instrumental. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori <sup>[8]</sup> dijelaskan bahwa dimensi instrumental berperan dalam mendukung usaha responden untuk berolah raga, mendukung usaha perawatan DM II, membantu membayar pengobatan serta membantu mengingatkan dan menyediakan makanan sesuai diet. Menurut asumsi peneliti, dukungan dimensi keluarga yang aktif akan berpengaruh terhadap perilaku ketaatan dalam pengobatan DM. Ketaatan pengobatan yang sedang dijalani oleh responden dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM II.

Hasil analisis bivariat komplikasi menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan dimensi instrumental dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,05). Komplikasi diduga memiliki pengaruh dengan kualitas hidup DM II. Hal ini didukung dengan hasil <sup>[29]</sup> menyatakan bahwa kualitas pasien DM II dapat dipengaruhi oleh komplikasi. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dan peneliti menganggap komplikasi merupakan variabel penting maka dimasukkan ke dalam analisis multivariat. Hasil diperoleh adanya hubungan komplikasi yang dialami responden dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,02) . Hal ini sejalan dengan<sup>[14]</sup> diperoleh bahwa beberapa komplikasi yang terjadi seperti hipertensi, katarak, merupakan faktor risiko untuk terjadinya penurunan kualitas hidup pasien DM II. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori <sup>[13]</sup> dijelaskan bahwa diabetes sangat berhubungan dengan berbagai komplikasi serius yang dapat mengurangi kualitas hidup dan kematian. Kualitas hidup merupakan muara akhir dari seluruh intervensi kesehatan pada penderita DM II. Menurut peneliti, komplikasi yang dialami dapat mengakibatkan keterbatasan baik dari

segi fisik, dan psikologis. Gangguan fungsi tersebut akan berdampak terhadap kualitas hidup pasien DM II.

Tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,32). Hal ini sejalan dengan <sup>[9][26][14]</sup> diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM II. Menurut peneliti jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas pasien DM II diduga bahwa perempuan dan laki-laki mempunyai kemampuan yang sama dalam mengatasi masalah tatalaksana perawatan DM II. Responden perempuan dan laki-laki yang berperilaku sesuai dengan tatalaksana perawatan DM II secara tepat, maka kualitas hidup tetap terpelihara dengan baik.

Lama menderita DM II tidak ada hubungan dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,60). Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan <sup>[15][14][10]</sup> diperoleh hasil bahwa lama menderita DM II tidak berhubungan dengan kualitas hidup pasien DM II. Menurut peneliti, pasien DM II yang paling lama menderita DM II lama-kelamaan akan merasakan kejenuhan dalam penatalaksanaan pengobatan DM II. Hal ini dapat mempengaruhi kadar gula darah dan tentunya diikuti dengan menurunnya kualitas hidup pasien DM II.

Tingkat pendidikan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,25). Tingkat pendidikan diduga memiliki pengaruh dengan kualitas hidup DM II. Hal ini didukung dengan hasil penelitian <sup>[29][20]</sup> yang menyatakan bahwa kualitas pasien DM II dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dan peneliti menganggap tingkat pendidikan merupakan variabel pent-

ing maka dimasukkan ke dalam analisis multivariat.

Selanjutnya hasil multivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,82). Hal ini sejalan dengan penelitian<sup>[23][26]</sup> diperoleh bahwa tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien DM II. Hal ini sesuai dengan teori, dijelaskan bahwa tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal di bidang tertentu, namun bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu<sup>[19]</sup>. Kualitas hidup terkait respon terhadap pengobatan khusus dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi individu untuk tetap memilih melanjutkan pengobatannya atau menghentikan pengobatan. Terkait dengan pasien DM II, kualitas hidup dikaji untuk menilai tekanan personal dalam melakukan manajemen penyakit DM dan bagaimana tekanan tersebut dapat menurunkan kualitas hidup<sup>[28]</sup>. Menurut peneliti, respon pasien DM II yang lulusan perguruan tinggi sekalipun terkadang dalam penatalaksanaan pengobatan DM II kurang patuh. Apabila ketidakpatuhan ini berlanjut secara terus-menerus maka akan mempengaruhi kadar gula darah yang tidak terkendali hingga berujung pada menurunnya kualitas hidup.

Hasil analisis bivariat umur menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara umur dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,12). Selanjutnya dari hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,71). Namun nilai kuatnya hubungan menunjukkan bahwa semakin bertambahnya nilai umur maka semakin menurunnya nilai kualitas

hidup pasien DM II (*r*:-0, 01). Hal ini sejalan dengan<sup>[9][15]</sup> diperoleh bahwa umur tidak ada hubungan dengan kualitas hidup pasien DM II. Hal tersebut hanya menurut data statistik yang diduga dapat dipengaruhi oleh faktor lain, namun menurut peneliti bertambahnya umur kemungkinan akan berpengaruh terhadap penurunan kemampuan perawatan diri diikuti pula penurunan fungsi tubuh sehingga akan berdampak pada keterlaksanaan manajemen DM II. Hal ini bisa berpengaruh terhadap kondisi kualitas hidup.

Hasil analisis bivariat dukungan dimensi partisipasi menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan dimensi penghargaan dengan kualitas hidup pasien DM II (*p-value*: 0,00). Hasil dari analisis multivariat menunjukkan tidak adanya hubungan dukungan keluarga ditinjau dari dimensi partisipasi dengan kualitas hidup pasien DM II. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mayberry (2012) dijelaskan bahwa tidak ada hubungan dukungan dimensi partisipasi keluarga dengan kualitas hidup pasien DM II. Item dukungan dimensi partisipasi yang diberikan oleh keluarga yaitu pasien DM II ditemani oleh anggota keluarga saat *check up* serta ditemani saat pertemuan antara penyandang DM II. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori menurut Soegondo dan (2009) dan Friedman (2013) dijelaskan bahwa dukungan dimensi partisipasi keluarga berperan dalam menentukan kualitas hidup pasien DM II. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori tersebut, diduga hasil penelitian ini berupa data statistik yang dapat dipengaruhi oleh faktor lain. Selain itu, menurut peneliti berdasarkan hasil wawancara responden dengan tingkat keparahan ringan (tanpa cacat fisik) masih bisa melakukan perjalanan dari rumah ke tempat acara kegiatan



perkumpulan DM II tanpa harus diantar oleh anggota keluarga.

## KESIMPULAN

Adanya hubungan dukungan keluarga ditinjau dari dimensi emosional, penghargaan, dan dimensi instrumental. Semakin meningkatnya dukungan dimensi emosional, dimensi penghargaan dan dimensi instrumental maka semakin meningkat pula kualitas hidup pasien DM II. Keluarga yang terkadang bahkan jarang memberikan dukungan kepada pasien DM II diharapkan lebih sering ikut aktif dalam penatalaksanaan pengobatan DM II berupa tidak makan makanan yang bukan diet dihadapan pasien DM II, mendengar keluhan yang dirasakan pasien DM II dan mencari solusi. Bagi petugas pelayanan di puskesmas disarankan melakukan kegiatan promosi edukasi kesehatan tentang dukungan keluarga bagi pasien DM II ke masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

1. American Diabetes Association (2011). *Diagnosis and Classification of Diabetes*. [online], <<http://www.care.diabetesjournals.org>> [10 Juni 2013]
2. Allen (2006). *Support of diabetes from the family*. <<http://www.buzzle.com/editorials>> [diakses 10 Januari 2015]
3. Ayala, M. J., dan Murphy, K. (2011). 'Managing Psychosocial Issues in A Family With Diabetes'. *The American Journal of Martenal/Child Nurising*, [online], Vol. 36, No. 1, Hal. 49-55. <<http://journals.lww.com/mcnjournal>> [20 Januari 2015]
4. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana. (2011). *Arti Sebuah Keluarga*.

<<http://sulbar.bkkbn.go.id/ViewArtikel>> [01 Februari 2015]

5. Bahremand, M., Rai, A., Alikhani, M., Mohammadi, S., Shahebrahimi, K., dan Janjani, P. (2014). 'Relationship Between family Functioning and Mental Health Considering the Mediating Role of Resiliency in Type 2 Diabetes Mellitus Patients'. *Global Journal of Health Science* [online], Vol 7, No. 3, 2015, Hal. 254-259. <<http://www.ccsenet.org/journal/index.php>> [20 Januari 2015]
6. Chesla, A. C., Fisher, L., Mullan, T. J., Skaff, M. M., Gardiner, P., Chun, K., dan Kante r, R. (2004). 'Family and Disease Management in African-American Patients with Type 2 Diabetes'. *Epidemiology Health Services Psychsocial Research* [online], Vol. 27, Hal 2850-2855. <<http://care.diabetesjournals.org>> [15 Januari 2015]
7. Dinas Kesehatan Kulon Progo (2014). *Data Kependudukan dan Informatika Tahun Data Tahun 2012*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kulon Progo
8. Friedman, M. M., Bowden, V. R., dan Jones, E. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktik*, alih bahasa, Akhir Yani, S. Hamid et al., Edisi 5. Jakarta: EGC
9. Grey, M., Boland, A. E., Yu, C., Bolyai, S. S., dan Tamborlane, V. W. (1998). 'Personal and Family Factors Associated With Quality of life in adolescents With Diabetes'. *Epidemiology Health Services Psychsocial Research* [online], Vol. 21, No. 6, Hal. 909-114. <<http://care.diabetesjournals.org>> [20 Januari 2015]
10. Galougahi, K., Ghazuani, N., Ardebii, E., dan Mahmoudi, M. (2012). 'Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients and Related Effective Factors'. *Indian Journal of Medical Sciences* [online], Vol. 66, Issue: 9, Juli 2013, Hal. 230-237. <<http://www.indianjmedsci.org/article.asp>> [18 Januari 2015]

11. Goz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., dan Cetin, L. (2007). "Effect of the Diabetic Patient's Perceived Sosial Support on Their Quality of Life". *Jounal of Clinical Nursing*, Vol. 16, Issue 7, Hal. 1353-1360, <<http://onlinelibrary.wiley.com>> [30 Januari 2015]
12. Hensarling, J. (2009). 'Development and Psychometric testing of Henserling's Diabetes Family Support Scale'. *Sigma Theta Tau International Nursing Research Congress* [online]. <<http://search.proquest.com>> [15 Januari 2015]
13. International Diabetes Federation (2012). *Global Guidline for Type 2 Diabetes* [online], <[www.idf.org](http://www.idf.org)>. [21 Agustus 2014]
14. Isa, B. A., dan Baiyewu, O. (2006). 'Quality of Life Patient with Diabetes in a Nigerian Teaching Hospital'. *Hongkong Jurnal Psychiatry* [online], Vol. 16, Issue 1, Hal 27-33. <<https://unilorin.edu.ng/publications>> [diakses 19 Januari 2015]
15. Laffel, B. M. L., Connell, A., Vangseness, L., Fabbri, G. A., Mansfield, A., dan Anderson, J. B. (2003). 'General Quality of Life in Youth With Type 1 Diabetes'. *Epidemiology Health Service Pyschosocial Research* [online], Vol. 26, Issue 11, Hal 3067-3073. <<http://care.diabetesjournals.org>> [18 Januari 2015]
16. Lemenshow, S., Hosmer, D. dan Klar, J. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Edisi terjemahan oleh Pramono, D., dan Kusnanto, H. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
17. Mayberry, S. L., dan Osborn, Y. C. (2012). 'Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes'. *Diabetes Care* [online], Vol. 35, No. 6, 2013, Hal. 1239-1245. <<http://care.diabetesjournals.org>> [19 Januari 2015]
18. National Institute of Diabetes, and Digestive and Kidney Diseases (2012). *Your Guide To Diabetes Type 1 And Type 2* [online], <<http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/diagnosis>> [17 April 2013]
19. Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta
20. Nyanzi, R., Wamala, R., dan Atuhaire, K. Leonard. (2013). 'Diabetes and Quality of Life'. *Journal of Diabetes Research* [online]. Vol. 2014, Hal. 9 <<http://www.hindawi.com/journals>> [20 Januari 2015]
21. Puskesmas Panjatan II (2013). *Profil Puskesmas Panjatan II Tahun 2013*
22. Riset Kesehatan Dasar (2013). *Penyajian Pokok-pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013* [online]. <[www.litbang.depkes.go.id](http://www.litbang.depkes.go.id)> [02 Januari 2014]
23. Rubin, R. R., dan Peyrot, M. (1999). 'Quality of Life and Diabetes'. *Diabetes/Metabolism Research and Review*, [online], Vol. 15, Hal. 205-218. <<https://www.era.lib.ed.ac.uk>> [19 Februari 2015]
24. Skevington, S. M., Lofty, M., dan O`Connell, K. A. (2004). 'The World Health Organozation`s WHOQOL-BREF Quality Assessment: Psychometric Properties and Results of the Field Trial'. *Quality of Life Research* [online], Vol. 13, Issue 299-310, <[www.pain-initiative-un.org/doc-center/en/docs](http://www.pain-initiative-un.org/doc-center/en/docs)> [15 Januari 2015]
25. Soegondo, S. (2009). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Sebagai Panduan Penatalaksanaan Diabbetes Melitus bagi Dokter maupun Edukator. Jakarta: Balai Pustaka FKUI
26. Wen, K., Lonnie, Parchman, L., Michael, Shepherd, D., Marvin. (2004). 'Family Support and Diet Barriers Among Older Hispanic Adults With Type II Diabetes'. *Clinical Research and Methods* [online], Vol. 36, No. 6, Hal. 423-430. <<http://www.stfm.org/fmhub/fm2004/June/Lonnie423.pdf>> [21 Februari 2015]

27. World Health Organization. (2011). Diabetes programme [online], <<http://www.who.int/diabetes/en/>> [diakses 6 April 2013]
28. World Health Organization (2004). Introducing the WHOQOL Instruments. <[depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL\\_Info.pdf](http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf)> [01 Januari 2015]
29. Yusra, A. (2010). Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus II di Poliklinik Penyakit dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati. Thesis. [online], <[lib.ui.ac.id/file=digital.pdf](http://lib.ui.ac.id/file=digital.pdf)>, Jakarta: Universitas Indonesia. Dipublikasikan.

