

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SELF CARE* DAN DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE II DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BELIMBING
KOTA PADANG**



FLORIEN NISAK

213310725

PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN

JURUSAN KEPERAWATAN

KEMENKES POLTEKKES PADANG

2025

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SELF CARE* DAN DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE II DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BELIMBING
KOTA PADANG**

Diajukan Pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan
Kemenkes Poltekkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Terapan Keperawatan



FLORIEN NISAK

213310725

PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN

JURUSAN KEPERAWATAN

KEMENKES POLTEKKES PADANG

2025

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi : Hubungan *Self Care* dan Dukungan Keluarga dengan
Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di
Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang

Diusun oleh

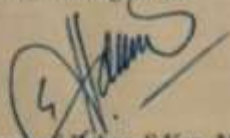
Nama : Florian Nisak

NIM : 213310725

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

28 Mei 2025

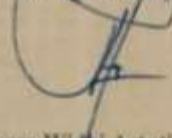
Pembimbing Utama



(Ns. Idrawati Bahar, S.Kep, M.Kep)

NIP : 197107051994032003

Pembimbing Pendamping

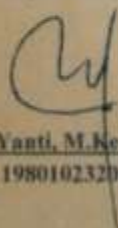


(Ns. Verra Widhi Astuti, M.Kep)

NIP : 199102252019022001

Padang, 28 Mei 2025

Ketua Prodi Sarjana Terapan Keperawatan



(Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp.Kep.MB)

NIP. 198010232002122002

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SELF CARE* DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KUALITAS HIDUP PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BELIMBING
KOTA PADANG**

Disusun Oleh :

FLORIEN NISAK

NIM : 213310725

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua

Ns. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep

NIP : 196510171989032001

Anggota,

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep

NIP : 197501211999032005

Anggota,

Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep

NIP : 197107051994032003

Anggota,

Ns. Verra Widhi Astuti, M.Kep

NIP : 199102252019022001

()
()
()
()
()

Padang, 2025

Ketua Prodi Sarjana Terapan Keperawatan

(Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp.Kep.MB)

NIP : 19801023300312 2 002

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama	: Florien Nisak
Nim	: 213310725
Tanggal Lahir	: 25 Juli 2002
Tahun Masuk	: 2021
Nama Pembimbing Akademik	: Ns. Sila Dewi Anggreni, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB
Nama Pembimbing Utama	: Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep
Nama Pembimbing Pendamping	: Ns. Verra Widhi Astuti, S.Kep., M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penelitian skripsi saya, yang berjudul **Hubungan *Self Care* Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang**. Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 9 Juni 2025



Florien Nisak
Nim. 213310725

**KEMENKES POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN**

Skripsi, Juni 2025
Florien Nisak

Hubungan *Self Care* Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang

ABSTRAK

Data global dan nasional menunjukkan tren peningkatan kasus diabetes. dengan beberapa penelitian di Kota Padang menunjukkan kualitas hidup rendah. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Belimbing untuk melihat kecenderungan serupa dan bertujuan mengetahui hubungan *self care* dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif *cross sectional*, dilakukan pada bulan Desember-Juni 2025. Data dikumpulkan pada 15-16 Februari dan 24 Maret-15 April 2025. Populasi adalah seluruh pasien DM yang berobat di Puskesmas Belimbing periode Agustus-Oktober sebanyak 468 orang, dengan sampel 88 pasien melalui teknik *cluster random sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner SDSCA, HDFSS, dan WHO-QOL BREF. Analisis data menggunakan distribusi frekuensi (univariat) dan uji Chi-Square (bivariat).

Hasil menunjukkan 47,7% pasien memiliki *self care* kurang baik, 15,9% mendapatkan dukungan keluarga kurang, dan 50,0% memiliki kualitas hidup kurang baik. Terdapat hubungan yang signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup (p value=0,00), serta hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien (p value= 0,001)

Diharapkan Puskesmas dapat menyelenggarakan kegiatan komunitas yang produktif serta memberikan edukasi dan media informasi kepada keluarga untuk mendukung perawatan dan meningkatkan *self care* pasien diabetes melitus tipe II.

Isi : xiii + 79 Halaman + 17 Lampiran
Kata Kunci : *Self care*, dukungan keluarga, kualitas hidup, pasien DM
Daftar Pustaka : (2010-2024)

**MINISTRY OF HEALTH POLYTECHNIC OF HEALTH PADANG
BACHELOR OF APPLIED NURSING PROGRAM**

Thesis, June 2025
Florien Nisak

**The Relationship Between Self Care and Family Support with Quality of Life
Among Patients with Type II Diabetes Mellitus in the Working Area of
Belimbing Public Health Center, Padang City**

ABSTRACT

Global and national data show an increasing trend in diabetes cases. Several studies in Padang City have indicated a low quality of life among patients.. This study was conducted at the Belimbing Community Health Center to examine this trend and to determine the relationship between self care and family support with the quality of life of patients with type II diabetes mellitus.

This was a quantitative study with a cross-sectional design, conducted from December to June 2025. Data were collected from February 15–16 and March 24–April 15, 2025. The population consisted of 468 DM patients treated at the Belimbing Health Center between August and October. A total of 88 patients were selected using cluster random sampling. The research instruments used were the SDSCA, HDFSS, and WHOQOL-BREF questionnaires. Data were analyzed using frequency distribution (univariate) and the Chi-square test (bivariate).

The results showed that 47.7% of patients had poor self care, 15.9% had low family support, and 50.0% had a low quality of life. There was a significant relationship between self care and quality of life ($p = 0.000$), as well as between family support and quality of life ($p = 0.001$).

It is recommended that health centers implement productive community-based activities and provide education and informational support to families to enhance patient care and improve self care in individuals with type II diabetes mellitus.

Content : xiii + 79 Pages + 17 Attachments

Keywords : *Self care*, family support, quality of life, diabetes melitus patients

Reference : (2010–2024)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji dan syukur kepada Allah SWT atas segala berkah yang telah diberikan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul "**Hubungan *Self Care* dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang**". Pada kesempatan kali ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya atas bimbingan dan bantuan Ibu **Ns. Idrawati Bahar, S.Kep, M.Kep** selaku pembimbing utama dan Ibu **Ns. Verra Widhi Astuti, M.Kep** selaku pembimbing pendamping yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun skripsi ini. Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada :

1. Ibu Renidayati, S. Kep., M. Kep., Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Ibu dr. Versiana selaku Kepala Puskesmas Belimbing yang telah memberikan izin mengambil data dan melakukan survey awal.
3. Bapak Tasman, S. Kep., M. Kep., Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Nova Yanti, S. Kep., M. Kep., Sp. KMB selaku Ketua Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Bapak dan Ibu Dosen Keperawatan sebagai pengajar di Kemenkes Poltekkes Padang yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.
6. Teristimewa kepada kedua orang tua peneliti, Ayahanda Yohanis dan Ibunda Susi Wahyuni atas limpahan kasih sayang dan cinta yang tulus, do'a yang tak pernah putus, motivasi, nasehat, perhatian, pengorbanan, dan semangat yang diberikan selalu membuat peneliti bersyukur telah

memiliki keluarga yang luar biasa. Serta Adik-adik peneliti (Salma, Syifa, dan Rafa), yang selalu menjadi motivasi terbesar dalam menyelesaikan skripsi ini.

7. Teman-teman yang telah membantu dan menemani peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Serta pihak yang telah membantu dalam perkuliahan dan proses penulisan skripsi ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari skripsi ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan.

Padang, 28 Mei 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN PEMBIMBING	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	ii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Ruang Lingkup.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Diabetes Melitus	9
B. Konsep Kualitas Hidup	14
C. Konsep <i>Self Care</i>	21
D. Konsep Dukungan Keluarga	27
E. Kerangka Teori.....	31
F. Kerangka Konsep	32
G. Definisi Operasional.....	33
H. Hipotesis.....	35
BAB III METODE PENELITIAN.....	36
A. Jenis Penelitian.....	36
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	36
C. Populasi Dan Sampel	36
D. Jenis Dan Teknik Pengumpulan Data	39
E. Instrumen Penelitian.....	42
F. Prosedur Penelitian.....	45

G. Teknik Pengolahan Data	46
H. Analisis Data	48
I. Etika Penelitian	48
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	50
A. Hasil Penelitian	50
B. Pembahasan.....	55
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	72
A. Kesimpulan	72
B. Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN.....	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Diabetes Melitus	10
Tabel 2. 2 Komposisi Diet Diabetes Melitus	23
Tabel 2. 3 Profil Obat Antihiperglikemia Oral yang Tersedia di Indonesia	24
Tabel 2. 4 Definisi Operasional	33
Tabel 3. 1 Sampel Penelitian Pada Setiap Kelurahan Di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing	38
Tabel 3. 2 Kisi-Kisi Kuesioner <i>Self Care</i>	43
Tabel 3. 3 Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga	44
Tabel 3. 4 Kisi-Kisi Kuesioner Kualitas Hidup (WHOQOL-BREF)	45
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian	50
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi <i>Self Care</i> Pada Pasien DM Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang	51
Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Domain <i>Self Care</i>	51
Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Pasien DM Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.....	52
Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Domain Dukungan Keluarga.....	52
Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pada Pasien DM Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.....	53
Tabel 4. 7 Hubungan <i>self care</i> dengan kualitas hidup pada pasien DM Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.....	53
Tabel 4. 8 Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien DM Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang	54

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Kerangka Teori	31
Bagan 2. 2 Kerangka Konsep.....	32

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 <i>Diabetic Foot Screening</i>	26
Gambar 2. 2 <i>Diabetic Foot care</i>	26
Gambar 2. 3 <i>Diabetic Follow up</i>	26

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Gantt Chart
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing Utama
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pembimbing Pendamping
- Lampiran 4 Surat Izin Pengambilan Data Dari Institusi Kemenkes Poltekkes
Padang
- Lampiran 5 Surat Izin Survey Awal Dari DPMPTSP
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian DPMPTSP
- Lampiran 7 Surat Selesai Penelitian Dari Puskesmas Belimbing
- Lampiran 8 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 9 *Informed Consent*
- Lampiran 10 Kuesioner Demografi
- Lampiran 11 Kuesioner Kualitas Hidup
- Lampiran 12 Kuesioner *Self Care*
- Lampiran 13 Kuesioner Dukungan Keluarga
- Lampiran 14 Master Tabel
- Lampiran 15 Output SPSS
- Lampiran 16 Dokumentasi
- Lampiran 17 Uji Plagiarisme Turnitin

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan jenis penyakit yang tidak menyebar dari satu orang ke orang lain, namun tetap menjadi penyebab utama kematian di dunia¹. Setiap tahunnya, PTM menyebabkan sekitar 41 juta kematian atau sekitar 74% dari total angka kematian global¹. Beberapa contoh PTM meliputi diabetes melitus, penyakit jantung, hipertensi, stroke, kanker, serta penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)¹. Di antara berbagai jenis PTM, diabetes melitus menempati posisi tinggi sebagai penyebab kematian, dengan sekitar 2 juta kasus kematian per tahun, termasuk yang disebabkan oleh komplikasi seperti penyakit ginjal kronis².

Diabetes melitus (DM) adalah kondisi ketika kadar gula (glukosa) dalam darah meningkat karena tubuh tidak mampu memproduksi atau menggunakan insulin secara efektif³. Terdapat beberapa jenis diabetes, yaitu diabetes tipe I, tipe II, diabetes gestasional, dan tipe lainnya. Dari semua jenis tersebut, diabetes melitus tipe II merupakan yang paling sering terjadi, mencakup sekitar 90–95% dari seluruh kasus diabetes⁴.

Komplikasi diabetes melitus tipe II dapat bersifat akut ataupun kronis. Komplikasi akut meliputi kondisi seperti kadar gula darah terlalu rendah (hipoglikemia), terlalu tinggi (hiperglikemia), serta ketoasidosis diabetik. Sementara itu, komplikasi kronis yang dapat terjadi antara lain jantung koroner, stroke, hipertensi, kerusakan ginjal, retinopati diabetik, ulkus DM, dan neuropati diabetik perifer⁵. Berbagai komplikasi tersebut, beserta pengobatan yang dijalani, dapat berdampak pada kemampuan fisik, kesehatan mental, hubungan sosial, hingga kualitas hidup pasien secara keseluruhan⁵.

Organisasi *International Diabetes Federation* (IDF) memperkirakan bahwa pada tahun 2019 terdapat sekitar 463 juta orang berusia 20 hingga 79 tahun di seluruh dunia yang hidup dengan diabetes. Angka ini mencerminkan prevalensi sebesar 9,3% dari populasi global dalam kelompok usia tersebut. Angka ini cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Pada kelompok usia 65–79 tahun, prevalensi diabetes tercatat mencapai 19,9%, yang setara dengan sekitar 111,2 juta orang di seluruh dunia. Jumlah penderita diabetes diprediksi akan terus bertambah, mencapai 643 juta pada tahun 2030 dan melonjak menjadi 783 juta pada tahun 2045 ⁶.

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, terjadi peningkatan angka prevalensi diabetes melitus (DM) di Indonesia. Pada seluruh kelompok usia, prevalensinya naik dari 1,5% di tahun 2018 menjadi 1,7% pada tahun 2023 ⁷. Di Sumatera Barat, prevalensi DM tetap sama dengan Riskesdas 2018, yaitu 1,2% untuk semua usia dan 1,6% untuk usia ≥ 15 tahun ⁸. Tanpa penanganan tepat, kasus DM di Sumatera Barat bisa melebihi rata-rata nasional, sehingga diperlukan upaya pencegahan untuk mengurangi jumlah penderita dan dampak komplikasinya.

Berdasarkan Profil Kesehatan Kota Padang, Jumlah kasus DM mengalami peningkatan setiap tahunnya, yakni dari 13.519 orang pada 2021 menjadi 13.733 orang pada 2022, dan terus naik menjadi 13.946 orang pada 2023. Puskesmas Belimbing tercatat dengan jumlah penderita terbanyak, yaitu 1.058 orang pada 2023 ⁹. Tingginya angka kejadian DM setiap tahun di Kota Padang ini menjadi perhatian yang sangat penting, Karena apabila tidak ditangani secara optimal, kondisi ini dapat berdampak pada kualitas hidup pasien.

Beberapa aspek dari penyakit DM dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup penderita, di antaranya tuntutan perawatan yang terus-menerus sepanjang hidup, seperti pengaturan diet, pemantauan kadar gula darah, dan pembatasan aktivitas fisik, Selain itu, munculnya gejala akibat kadar gula

darah yang terlalu rendah atau terlalu tinggi turut berdampak pada kesejahteraan penderita. Kecemasan akibat kemungkinan komplikasi serta masalah disfungsi seksual juga turut memperburuk kondisi penderita. Seluruh faktor tersebut berpotensi memengaruhi kualitas hidup individu yang mengidap diabetes ¹⁰.

Kualitas hidup adalah gambaran holistik tentang bagaimana seseorang merasa berfungsi dalam kehidupan mereka sehari-hari ¹¹. Definisi ini sejalan dengan yang diungkapkan Martin Seligman (2005), mengatakan bahwa salah satu cara untuk bahagia adalah *Have a meaningful life (life of contribution)*, ketika individu merasa mampu membantu atau memberi dampak positif bagi orang lain. Perasaan bahwa hidup memiliki tujuan yang lebih dalam sering muncul saat seseorang bisa berbuat sesuatu yang bernilai bagi orang lain atau lingkungan sekitar ¹². Menurut World Health Organization (WHO), kualitas hidup diukur melalui empat aspek utama, yaitu kondisi fisik, kesehatan mental, interaksi sosial, dan faktor lingkungan ¹³.

Kualitas hidup pada penderita diabetes melitus mencerminkan tingkat kepuasan dan kebahagiaan yang dirasakan, yang memungkinkan mereka tetap aktif, produktif, serta mampu memberikan kontribusi positif bagi orang lain. ¹⁰. Dukungan dan motivasi yang baik dari lingkungan serta perasaan masih dihargai akan terwujudnya kehidupan yang baik bagi pasien DM ¹⁰. Kualitas hidup penderita DM dipengaruhi oleh faktor usia, jenis kelamin, etnis, sosioekonomi, psikososial, obesitas, aktivitas fisik, alkohol, merokok, komplikasi, kesepian, *self-care*, dan dukungan keluarga ¹⁰.

Sejumlah penelitian di Kota Padang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien DM mengalami kualitas hidup yang rendah. Penelitian Kardela et al. (2022) di Puskesmas Andalas menunjukkan hanya 36% pasien dengan kualitas hidup tinggi, sementara sisanya tergolong sedang hingga sangat rendah ¹⁴. Penelitian Despitari et al (2023) di lokasi yang sama menunjukkan, dari 67 responden mayoritas pasien mengalami kualitas hidup

kurang baik sebesar 52,2%¹⁵. Hasil serupa juga ditemukan oleh Fadilla et al. (2023) di Poliklinik RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo, yaitu 56 responden (66,7%) pasien menunjukkan tingkat kualitas hidup yang buruk¹⁶. Temuan ini mencerminkan adanya kecenderungan rendahnya kualitas hidup pasien DM tipe II di berbagai fasilitas layanan kesehatan di Kota Padang. Oleh karena itu, penelitian di Puskesmas Belimbing perlu dilakukan untuk mengetahui apakah tren serupa juga terjadi, serta sebagai landasan dalam upaya perbaikan kualitas hidup pasien secara komprehensif di wilayah tersebut.

Morewitz (2006) menyatakan bahwa kualitas hidup penderita DM dapat ditingkatkan melalui keterampilan perawatan diri (*self-care*)¹⁷. Menurut teori *self care* dari Dorothea Orem (1959), *self care* adalah tindakan individu untuk memenuhi kebutuhan hidup, menjaga kesehatan, dan mencapai kesejahteraan, baik saat sehat maupun sakit¹⁸. Pada pasien DM, *self care* mencakup pengaturan makanan, kontrol gula darah, penggunaan obat, perawatan kaki, dan aktivitas fisik (olahraga)¹⁷.

Penelitian oleh Despitasi et al. (2023) di Puskesmas Andalas, Kota Padang, meneliti hubungan antara *self care* dan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II. Hasilnya menunjukkan mayoritas responden memiliki *self care* kurang sebanyak 38 orang (56,7%), kualitas hidup kurang baik yaitu 35 orang (52,2%). Analisis data mengindikasikan adanya hubungan yang signifikan antara *self care* dan kualitas hidup, dengan nilai p sebesar 0,000 ($p < 0,05$)¹⁹.

Penelitian oleh Hasan et al. (2023) di Puskesmas Sagaranten, Kabupaten Sukabumi, yang melibatkan 42 pasien diabetes melitus tipe II, menemukan bahwa sebagian besar responden, 25 orang (59,5%) memiliki perilaku *self care* yang kurang. Dari kelompok tersebut, 17 pasien (68%) memiliki kualitas hidup yang rendah, 6 orang (24%) cukup baik, dan hanya 2 orang (8%) yang memiliki kualitas hidup baik. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan signifikan antara *self care* dan kualitas hidup dengan nilai $p = 0,003$ ²⁰.

Selain *Self care*, dukungan keluarga juga berperan memengaruhi kualitas hidup penderita DM Tipe II¹⁰. Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan yang diberikan keluarga kepada anggotanya, dengan setiap anggota saling mendukung²¹. Kehadiran keluarga meningkatkan percaya diri penderita saat menghadapi tekanan, sehingga mereka merasa lebih mampu mengatasi berbagai tantangan, termasuk penyakit yang diderita. Dukungan ini mencakup bantuan secara fisik maupun emosional¹⁰.

Penelitian oleh Hardin et al. (2020) di Puskesmas Lubuk Begalung mengenai dukungan keluarga pada pasien diabetes melitus tipe II menunjukkan bahwa dari 79 responden, sebanyak 39 orang menerima dukungan keluarga yang kurang, dengan 43,6% di antaranya memiliki kualitas hidup yang buruk dan 56,4% memiliki kualitas hidup yang baik. Sementara itu, dari 40 responden yang mendapat dukungan keluarga yang baik, hanya 15% yang mengalami kualitas hidup buruk, sedangkan 85% lainnya memiliki kualitas hidup yang baik. Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien diabetes melitus ($p\text{ value} = 0,011$)²².

Penelitian Suwanti et al. (2021) mengenai hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di Rumah Sakit Islam Siti Aisyah Madiun, melibatkan 86 responden. Hasilnya menunjukkan bahwa sebagian besar pasien, yaitu 62 orang (72,1%), memperoleh dukungan keluarga yang baik dan 53 di antaranya (61,6%) memiliki kualitas hidup yang baik. Penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup, dengan nilai $p = 0,000$ ²³.

Puskesmas Belimbing terletak di Jl. Rambutan Raya Perumnas Belimbing, Kec. Kuranji, Kota Padang. Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2024, mencatat Puskesmas Belimbing sebagai puskesmas dengan jumlah penderita

DM terbanyak di Kota Padang, dengan 1.058 pasien pada 2023 dan meningkat menjadi 1.063 pasien pada tahun 2024⁹. Wilayah kerja Puskesmas Belimbing terdiri dari 3 Kelurahan yaitu Kelurahan Kuranji, Kelurahan Gunung Sarik, dan Kelurahan Sungai Sapih²⁴.

Berdasarkan survey awal pada 18 Desember 2024 di Puskesmas Belimbing, penanggung jawab PTM mengatakan bahwa puskesmas Belimbing telah mengadakan kegiatan PROLANIS untuk menangani DM, yang meliputi senam sehat, penyuluhan, dan pemeriksaan kesehatan. Program ini dilaksanakan 3-4 kali dalam sebulan dan diikuti sekitar 20 peserta dalam setiap kelompok di wilayah kerja Puskesmas Belimbing. Namun, program ini belum berjalan secara optimal karena masih terpusat pada penanganan pasien diabetes saja, sementara peran keluarga sering kali terabaikan. Selain itu materi penyuluhan yang diberikan lebih menekankan pada aspek pencegahan dan hanya berfokus pada pencegahan dan penatalaksanaan penyakit.

Wawancara awal yang dilakukan pada 10 penderita diabetes melitus pada 31 Desember 2024 mengungkapkan bahwa 3 orang merasa perkataannya kurang didengar oleh keluarga dan merasa menjadi beban karena tidak bisa membantu ekonomi keluarga. Sebanyak 4 orang mengeluhkan kesulitan tidur akibat rasa kebas di tangan dan kaki, sementara 6 orang lainnya menyatakan merasa jenuh dengan kondisi penyakit yang mereka alami. Hal ini menunjukkan bahwa diabetes melitus tipe II dapat menimbulkan berbagai permasalahan yang berpotensi menurunkan kualitas hidup penderitanya.

Ditinjau dari *self care* pasien DM tipe II. Dari 10 orang pasien, di dapatkan 5 orang memiliki kebiasaan makan yang kurang baik yaitu sering makan nasi dalam porsi yang banyak. 7 orang memiliki kebiasaan aktivitas fisik yang kurang, 8 orang tidak mengetahui perawatan kaki untuk pasien DM, 6 orang tidak patuh mengkonsumsi obat dengan alasan sering lupa, dan 8 orang tidak memeriksa gula darah secara rutin. Sejalan dengan dukungan keluarga pada pasien diabetes melitus, 5 pasien diantar ke puskesmas oleh keluarga,

sementara 5 lainnya datang sendiri. Pasien juga mengungkapkan bahwa keluarga kurang memberikan dorongan untuk berolahraga dan kurang memperhatikan pola makan mereka.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, peneliti telah melaksanakan penelitian tentang "Hubungan *Self Care* dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka didapatkan rumusan masalah pada penelitian ini yaitu bagaimana hubungan *self care* dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan *self care* dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui karakteristik responden berdasarkan (jenis kelamin, umur, sosioekonomi, dan komplikasi DM) pada pasien diabetes melitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.
- b. Diketahui distribusi frekuensi *self care* pada pasien diabetes melitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.
- c. Diketahui distribusi frekuensi dukungan keluarga pada pasien diabetes melitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.
- d. Diketahui distribusi frekuensi kualitas hidup pada pasien diabetes melitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.

- e. Diketahui hubungan *self care* dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.
- f. Diketahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada pasien DM tipe II, khususnya melalui edukasi *self care* dan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien.

2. Bagi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan tentang perilaku *self care* dan dukungan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup, serta diharapkan dapat di jadikan pembelajaran di perkuliahan.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman peneliti mengenai hubungan *self care* dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe II di Puskesmas Belimbing.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini terdiri dari dua variable. Variable independent pada penelitian ini adalah *self care* dan dukungan keluarga, sedangkan variable dependen yaitu kualitas hidup pada pasien diabetes melitus Tipe II.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diabetes Melitus

1. Pengertian Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes Melitus (DM) adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Hiperglikemia adalah suatu kondisi medis berupa peningkatan kadar glukosa darah melebihi normal yang menjadi karakteristik beberapa penyakit terutama diabetes melitus di samping berbagai kondisi lainnya²⁵.

Diabetes Melitus tipe II atau Non-Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) adalah jenis diabetes yang terjadi karena sel-sel β pankreas tidak mengalami kerusakan, meskipun hanya sedikit yang berfungsi normal dan mampu menghasilkan insulin. Namun, kualitas insulin yang dihasilkan buruk dan tidak dapat bekerja dengan optimal, sehingga menyebabkan peningkatan kadar glukosa dalam darah²⁶.

2. Etiologi Diabetes Melitus Tipe II

Menurut Decroli (2019) etiologi dari diabetes melitus tipe II yaitu :

a. Resistensi Insulin

Resistensi insulin adalah adanya konsentrasi insulin yang lebih tinggi dari normal yang dibutuhkan untuk mempertahankan normoglikemia. Insulin tidak dapat bekerja secara optimal di sel otot, lemak, dan hati akibatnya memaksa pankreas mengkompensasi untuk memproduksi insulin lebih banyak. Ketika produksi insulin oleh sel beta pankreas tidak adekuat untuk digunakan dalam mengkompensasi peningkatan resistensi insulin, maka kadar glukosa darah akan meningkat.

b. Disfungsi Sel Beta Pankreas

Disfungsi sel beta pankreas terjadi akibat dari kombinasi faktor genetik dan faktor lingkungan. Pada diabetes melitus tipe II, sel beta pankreas yang terpajan dengan hiperglikemia akan memproduksi *reactive oxygen species* (ROS). Peningkatan ROS yang berlebihan akan menyebabkan kerusakan sel beta pankreas. Hiperglikemia kronik merupakan keadaan yang dapat menyebabkan berkurangnya sintesis dan sekresi insulin di satu sisi dan merusak sel beta secara gradual.

c. Faktor Lingkungan

Beberapa faktor lingkungan yang juga memegang peranan penting dalam terjadinya penyakit diabetes melitus tipe II yaitu adanya obesitas, makan terlalu banyak, dan kurangnya aktivitas fisik²⁷.

3. Klasifikasi Diabetes Melitus

Tabel 2. 1 Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi	Deskripsi
Tipe I	Destruksi sel beta pankreas, umumnya berhubungan dengan defisiensi insulin absolut - Autoimun – Idiopatik
Tipe II	Bervariasi, mulai yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang dominan defek sekresi insulin disertai resistensi insulin.
Diabetes melitus gestasional	Diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan dimana sebelum kehamilan tidak didapatkan diabetes
Tipe spesifik yang berkaitan dengan penyebab lain	- Sindroma diabetes monogenik (diabetes neonatal, <i>maturity onset diabetes of the young</i> [MODY]) - Penyakit eksokrin pankreas (fibrosis kistik, pankreatitis) - Disebabkan oleh obat atau zat kimia (misalnya penggunaan glukokortikoid pada terapi HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ)

Sumber : PERKENI 2021²⁵

4. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus Tipe II

Manifestasi klinis yang umumnya dilaporkan oleh penderita DM Tipe II antara lain :

- a. Sering buang air kecil (poliuria)
Peningkatan frekuensi buang air kecil, terutama malam hari, akibat tubuh mengeluarkan kelebihan glukosa.
- b. Rasa haus berlebihan (Polidipsia)
Hal ini disebabkan karena tubuh mencoba menggantikan cairan yang hilang akibat sering buang air kecil.
- c. Rasa lapar berlebihan (Polifagia)
Peningkatan nafsu makan disebabkan karena tubuh tidak bisa menggunakan glukosa secara efektif sehingga mengirim sinyal bahwa perlu lebih banyak makanan.
- d. Penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan
Hal ini disebabkan karena tubuh mulai memecah lemak dan otot untuk energi karena tidak bisa menggunakan glukosa dengan baik.
- e. Kelelahan dan kelemahan
Merasa lelah dan lemah karena tubuh tidak bisa memanfaatkan glukosa dengan baik.
- f. Penglihatan kabur
Tingginya kadar glukosa dalam darah dapat menyebabkan lensa mata membengkak, mengakibatkan penglihatan kabur.
- g. Luka yang lama sembuh
Kadar glukosa yang tinggi dapat memperlambat proses penyembuhan dan memperburuk infeksi ²⁸.

5. Komplikasi Diabetes Melitus Tipe II

Komplikasi diabetes melitus yang berkaitan dengan kedua tipe DM digolongkan akut dan kronis sebagai berikut :

- a. Komplikasi Akut
 - 1) Hipoglikemia

Hipokalemia adalah kadar glukosa darah yang abnormal rendah yang terjadi apabila glukosa darah turun di bawah 50-60 mg/dl terjadi akibat penurunan insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit. Hipoglikemia ada 3 skala.

2) Ketoasidosis (DKA)

Ketoasidosis terjadi di mana tidak adanya insulin atau insulin tidak cukup. Gambaran klinis ketoasidosis :

- a) Dehidrasi
- b) Kehilangan elektrolit
- c) Asidosis

3) Sindrom HHNK (disebut juga koma Hiperglikemik Hiperosmoler Nonketotik) atau bisa disebut HONK (Hiperosmoler Nonketotik) adalah keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai perubahan tingkat kesadaran. Keadaan hiperglikemia pasien menyebabkan diuresis osmotik sehingga terjadi kehilangan cairan dan elektrolit

b. Komplikasi Kronik

- 1) Makrovaskuler (penyakit pembuluh darah besar) lebih sering dijumpai pada DM tipe II. Makrovaskuler dapat terjadi pada pasien diabetes maupun nondiabetes. Contohnya : penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer, dan stroke.
- 2) Mikrovaskuler (penyakit pembuluh darah kecil) lebih sering dijumpai pada DM tipe I. Mikrovaskuler merupakan komplikasi yang unik yang hanya terjadi pada pasien DM, penyakit ini ditandai oleh penebalan membran basalis pembuluh darah kapiler. Ada dua tempat di mana gangguan fungsi kapiler dapat berakibat serius yaitu mikro sirkulasi pada retina mata dan ginjal yang dapat menyebabkan kebutaan.
- 3) Neuropati sensori menyebabkan hilangnya perasaan nyeri dan stabilitas tekanan, sedangkan neuropati otonom menimbulkan peningkatan kekeringan dan pembentukan fisura pada kulit (yang

terjadi akibat penurunan perspirasi) penyakit vaskuler perifer karena sirkulasi ekstremitas bawah yang buruk akan menyebabkan gangren

29 .

6. Penatalaksanaan Diabetes Melitus Tipe II

Terdapat 4 pilar penatalaksanaan diabetes melitus menurut PERKENI 2021 yaitu :

a. Edukasi

Edukasi diabetes melitus diperlukan untuk memberikan pemahaman mengenai perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit, dan penatalaksanaan diabetes melitus. Pendekatan yang digunakan dalam memberikan edukasi diabetes melitus dibagi menjadi II yaitu tingkat awal dan tingkat lanjut. Materi edukasi pada tingkat awal meliputi pengenalan sederhana tentang penyakit, risiko penyakit, perlunya pemantauan diabetes secara berkelanjutan, cara pemantauan glukosa darah, serta cara menggunakan fasilitas perawatan kesehatan. Sedangkan pada tingkat lanjut akan diberikan pembelajaran yang rinci mengenai perawatan kaki, hygiene umum dan penanganan faktor resiko serta pengendalian tekanan darah, kadar lemak dan glukosa darah.

b. Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Prinsip pengaturan makan pada pasien DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pasien DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya 3J, yaitu keteraturan jadwal makan, jenis, dan jumlah kandungan kalori.

c. Latihan Fisik

Latihan fisik merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM tipe II. Program latihan fisik secara teratur dilakukan 3-5 hari seminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit per minggu, dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Latihan fisik yang dianjurkan berupa latihan fisik yang bersifat aerobik dengan intensitas

sedang (50-70% denyut jantung maksimal) seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Latihan fisik sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran fisik. Intensitas latihan fisik pada pasien DM yang relatif sehat bisa ditingkatkan, sedangkan pada pasien DM yang disertai komplikasi intensitas latihan perlu dikurangi dan disesuaikan dengan masing-masing individu.

d. Terapi Farmakologis

Intervensi farmakologis digunakan jika kadar glukosa optimal belum tercapai dan diberikan bersama pengaturan pola makan serta latihan Jasmani. Pengobatan pada penderita DM diberikan sebagai tambahan jika pengaturan diet serta olahraga belum dapat mengendalikan gula darah. Pengobatan disini berupa pemberian obat hiperglikemi oral (OHO) atau Injeksi Insulin. Berdasarkan cara kerjanya, obat anti-hiperglikemia oral dibagi menjadi 6 golongan, yaitu : sebagai pemacu sekresi insulin (sulfonilurea dan glinid), sebagai peningkat sensitivitas terhadap insulin (metformin, tiazolidinedion (tzd), sebagai penghambat alfa glukosidase, penghambat enzim dipeptidil peptidase-4, penghambat enzim sodium glucose co-transporter 2. Selain obat anti-hiperglikemia oral, terapi farmakologis lain yang dapat digunakan untuk pasien diabetes melitus adalah pemberian insulin suntik ²⁵.

B. Konsep Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

World Health Organization mendefinisikan kualitas hidup (*Quality of life*) sebagai persepsi individu di kehidupan mereka dalam konteks kebudayaan dan norma kehidupan serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standar dan perhatian mereka ³⁰.

Kualitas hidup adalah gambaran holistik tentang bagaimana seseorang merasa berfungsi dalam kehidupan mereka sehari-hari ¹¹. Hidup yang berkualitas merupakan kondisi fungsional yang optimal, sehingga

seseorang dapat menikmati kehidupannya dengan bahagia dan dapat berguna³¹.

Menurut Seligman (2005) ada tiga cara untuk bahagia menurutnya yaitu :

- a. *Have a Pleasant Life (Life of Enjoyment)*: memiliki hidup yang menyenangkan
- b. *Have a Good Life (Life of Engagement)*: terlibat dalam pekerjaan, hubungan atau kegiatan yang positif
- c. *Have a Meaningful Life (Life of Contribution)*: memiliki semangat melayani, berkontribusi dan bermanfaat untuk orang lain atau makhluk lain.

2. Pengertian Kualitas Hidup Penderita DM

Kualitas hidup penderita DM merupakan perasaan puas dan bahagia yang memungkinkan pasien diabetes melitus untuk tetap produktif dan bermanfaat bagi orang lain¹⁰. Seligman (2005) mengatakan, salah satu indikator bahagia adalah apabila seseorang merasa hidupnya memiliki makna yang lebih tinggi jika bisa melakukan sesuatu untuk kemanusiaan¹². Kualitas hidup yang baik akan menyebabkan penderita Diabetes Melitus bisa hidup dengan produktif¹⁰. Diabetes Melitus tidak akan menjadi beban jika penderita mengelola dengan baik penyakitnya seperti mematuhi diet, rajin berolahraga, teratur minum obat, dan rutin mengontrol kadar glukosa darah¹⁰.

3. Komponen Kualitas Hidup

Menurut WHO (1996) terdapat empat domain yang dapat digunakan sebagai tolak ukur dalam menentukan kualitas hidup seseorang, yang dijabarkan sebagai berikut:

- a. Domain kesehatan fisik, yang dijabarkan dalam beberapa aspek :
 - 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari
 - 2) Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis
 - 3) Energi dan kelelahan

- 4) Mobilitas
- 5) Rasa sakit dan ketidaknyamanan
- 6) Tidur dan istirahat
- 7) Kapasitas kerja
- b. Domain psikologis, yang dijabarkan dalam beberapa aspek :
 - 1) Bentuk dan tampilan tubuh
 - 2) Perasaan negatif
 - 3) Perasaan positif
 - 4) Penghargaan diri
 - 5) Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
 - 6) Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi
- c. Domain hubungan sosial, yang dijabarkan dalam beberapa aspek :
 - 1) Hubungan pribadi
 - 2) Dukungan sosial
 - 3) Aktivitas seksual
- d. Domain lingkungan, yang dijabarkan dalam beberapa aspek :
 - 1) Sumber daya keuangan
 - 2) Kebebasan, keamanan, dan kenyamanan fisik
 - 3) Kesehatan dan kepedulian sosial: aksesibilitas dan kualitas
 - 4) Lingkungan rumah
 - 5) Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru
 - 6) Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru
 - 7) Lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, dan iklim)
 - 8) Transportasi ¹³.

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe II

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes tipe II adalah sebagai berikut :

a. Jenis kelamin

Perbedaan gender dapat meningkatkan prevalensi menderita sakit pada kaki dan kelemahan lain. Mullins (2002) melakukan penelitian terhadap perbedaan kelemahan yang dirasakan akibat berat badan dan aktivitas fisik antara pasien laki-laki dan perempuan. Hasil penelitian Amalia et al (2024) terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien DM. Hasil penelitian ini menunjukkan diabetes melitus lebih banyak diderita oleh perempuan dibanding laki-laki. Peningkatan kadar lipid (lemak darah) pada perempuan lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki, sehingga faktor risiko terjadinya DM pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki yaitu 2-3 kali ³².

b. Umur

Perbedaan umur pasien dapat memberikan efek terhadap ketidakmampuan dan kualitas hidup. Pasien diabetes melitus yang lebih tua lebih berisiko mengalami ketidakmampuan dan penurunan kualitas hidup. Hasil penelitian yang dilakukan Peterman rocha (2018) menyatakan bahwa orang yang berisiko lebih besar terkena diabetes melitus tipe II mereka dengan usia lebih dari 40 tahun ³³.

c. Perbedaan etnis/ras

Mayfield (1999) menunjukkan diantara pasien diabetes melitus, ketidakmampuan kerja lebih banyak ditemukan pada African-Americans tetapi lebih rendah pada orang Hispanic. Studi yang dilakukan oleh Kington dan Smith (1997) menunjukkan bahwa seseorang yang menderita penyakit kronik seperti diabetes, ras African-American dan Hispanic mempunyai status fungsional yang buruk dibanding orang kulit putih.

d. Sosioekonomi

Penurunan angka kematian secara signifikan lebih tinggi pada orang yang berasal dari latar belakang sosial ekonomi tinggi dibandingkan orang yang berasal dari latar belakang sosial ekonomi rendah.

Penelitian yang dilakukan Sormin et al (2019), menunjukkan hubungan yang signifikan antara status sosial ekonomi terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2 di Puskesmas Tunggakjati Kecamatan Karawang Barat. Orang dengan status sosial ekonomi tinggi lebih mudah merawat kesehatannya, sementara yang berstatus rendah cenderung cemas karena keterbatasan dana ³⁴.

e. Psikososial

Keadaan sosial dan psikososial dapat menyebabkan stres jangka panjang. Kecemasan yang berkelanjutan, ketidakamanan, rendah diri, isolasi sosial dan kurangnya kontrol atas pekerjaan dan kehidupan rumah tangga dapat menyebabkan efek terhadap kesehatan.

f. Obesitas

Kelebihan berat badan dan obesitas juga berhubungan dengan komplikasi diabetes melitus. Studi yang dilakukan oleh Kozek tahun 2003 pada 241 penderita diabetes melitus tipe I melaporkan bahwa obesitas, hipertensi, dan dislipidemia berhubungan dengan mikroangiopati, neuropati, dan penyakit jantung koroner.

g. Aktivitas fisik yang kurang

Aktivitas fisik yang rendah akan membuat glukosa dan metabolisme lipid menumpuk dalam tubuh, seperti hanya menonton TV, banyak duduk dan tiduran akan membuat gula dalam darah semakin meningkat dan membuat penurunan aliran darah dan jalan-jalan kapiler terbuka.

h. Pendidikan

Seseorang dengan pendidikan semakin tinggi, memiliki rasional yang lebih tinggi daripada seseorang dengan pendidikan rendah. Seseorang dengan pendidikan tinggi akan melakukan pengelolaan mengenai penyakitnya dengan lebih baik. Hasil penelitian Melinda (2024), terdapat pengaruh pendidikan terhadap kualitas hidup pasien diabetes melitus ³⁵.

i. Aktivitas fisik yang kurang

Penelitian Senez, 2004 mengevaluasi kualitas hidup pada 437 penderita diabetes melitus tipe II dan menemukan bahwa kurangnya aktivitas fisik dapat mengurangi kualitas hidup penderita.

j. Alkohol

Alkohol mengandung banyak karbohidrat dan kalori. Pengaturan glukosa darah menjadi lebih sulit apabila mengonsumsi alkohol. Karbohidrat meningkatkan gula darah lebih cepat, sementara alkohol menyulitkan pengontrolan asupannya. Penelitian Elisabeth et al (2024), mengatakan terdapat hubungan antara faktor gaya hidup dan insidensi diabetes melitus tipe 2 terkait konsumsi alkohol ³⁶.

k. Merokok

Beberapa kandungan rokok dapat merusak dinding pembuluh darah yang mengakibatkan adanya tekanan darah tinggi dan stroke. Selain itu, aktivitas merokok dapat menyebabkan peradangan. Jika peradangan terjadi pada penderita diabetes melitus, peradangan ini akan susah diatasi. Hasil penelitain Wienaldi (2024) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan kejadian diabetes melitus ³⁶.

l. Komplikasi diabetes melitus

Kontrol diabetes melitus yang kurang, kehadiran dua atau lebih komplikasi diabetes melitus, dan manajemen diabetes melitus berkaitan dengan rendahnya kualitas hidup. Penelitian Ferawati et al. (2020) menyebutkan bahwa komplikasi DM tipe II, seperti hiperglikemia, hipoglikemia, dan hipertensi, mempengaruhi kualitas hidup pasien ³⁷.

m. Kesepian

Kesepian dihubungkan dengan perasaan depresi, meningkatnya konsultasi medis, kasus rawat inap di rumah sakit, meningkatnya perilaku yang merusak kesehatan, seperti merokok dan minum-minum, dan meningkatnya risiko kematian.

n. *Self care*

Aktivitas *self care* yang baik akan mencapai pemantauan kadar glukosa yang akurat sehingga resiko terjadi komplikasi dapat diminimalisir, keadaan ini akan mempengaruhi kualitas hidup penderita diabetes.

o. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sangat penting dalam manajemen diabetes, dimana anggota keluarga dapat membantu perawatan aktivitas sehari-hari, memperbaiki gaya hidup penderita serta mengatasi kekhawatiran dan beban emosional penderita Diabetes Melitus¹⁰.

5. Pengukuran Kualitas Hidup

Kuesioner kualitas hidup dalam penelitian ini menggunakan modifikasi kuesioner WHOQOL-BREF dari penelitian Tumanggor (2019)³⁸. WHOQOL-BREF adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada berbagai penyakit, termasuk diabetes melitus. Kuesioner WHOQOL-BREF merupakan pengembangan dalam bentuk pendek dari kuesioner WHOQOL-100, yang awalnya terdiri dari 6 dominan diringkas menjadi 4 dominan yaitu : kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan¹³. Pada kuesioner WHOQOL-BREF telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas di Indonesia oleh Salim (2007) di kecamatan Mampang, Jakarta Selatan dengan hasil nilai *Person Product Moment* (r) 0,419-0,798 dan nilai *Cronbach α* 0,810, yang menunjukkan bahwa kuesioner ini valid dan terpercaya³⁹.

Kuesioner ini terdiri dari 26 pertanyaan, dimana pada nomor 1-7 adalah pertanyaan kesehatan fisik, 8-15 psikologis, 16-20 untuk hubungan sosial, 21-26 pertanyaan lingkungan. Alternatif jawaban untuk pertanyaan positif dengan nilai 1 "tidak pernah", 2 kadang-kadang", 3 "sering", 4 "selalu", sedangkan pertanyaan hal negatif dengan nilai 1 "selalu", 2 "sering", 3 "kadang-kadang", 4 "tidak pernah" dengan skor minimal 26 dan maksimal 104. Adapun cara pengkategorianya yaitu skor total dikategorikan berdasarkan mean sebagai *Cut Off Point* (COP). Kualitas hidup baik jika

skor $\geq$ median. Sedangkan Skor $<$ median, maka kualitas hidup kurang baik.

C. Konsep *Self Care*

1. Teori *Self Care* Menurut Dorothea Orem

Pengertian *self care* menurut orem ialah kegiatan yang dilakukan oleh pasien itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai keadaan, baik sehat maupun sakit. Orang dewasa dapat merawat diri sendiri, sedangkan orang sakit memerlukan bantuan dalam pemenuhan aktivitas *self care*¹⁸.

Dorothe Orem mengembangkan teori keperawatan *self care*, dalam teori ini secara umum terbagi menjadi 3 teori yang saling berhubungan. Teori tersebut yaitu teori keperawatan diri (*Self Care Theory*) dimana teori ini menjelaskan mengenai tujuan yang didalamnya menggambarkan seorang individu melakukan perawatan pada dirinya sendiri, teori defisit perawatan diri (*Deficit Self Care Theory*) teori ini menggambarkan bagaimana seorang individu yang mengalami keterbatasan dalam aktivitas membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri, baik bantuan dari tenaga kesehatan ataupun keluarga, dan teori sistem keperawatan (*Nursing System Teori*) dalam teori ini merupakan pertimbangan yang dilakukan tenaga kesehatan yang di koordinasikan dalam memberikan pelayanan pada pasien sehingga pasien dapat melakukan aktivitas *self care*⁴⁰.

2. *Self Care Diabetes*

Self care diabetes melitus adalah program yang harus dijalankan sepanjang hidup dan menjadi tanggung jawab penuh bagi pasien diabetes melitus. dalam kamus kesehatan, *self care* diabetes diartikan sebagai tindakan mandiri untuk mengontrol diabetes yang meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi¹⁸.

Self care yang dilakukan pada pasien diabetes melitus meliputi aktivitas fisik (olahraga), pengaturan diet, kontrol gula darah, pengobatan dan perawatan kaki ⁴¹.

a. Aktivitas fisik (olahraga)

Olahraga adalah salah satu pendekatan utama yang direkomendasikan untuk pengelolaan diabetes melitus tipe II. Olahraga secara positif dapat mempengaruhi kebugaran tubuh dan meningkatkan kemampuan sel tubuh menggunakan insulin dengan benar sehingga mampu menurunkan kadar gula darah dan kadar lemak dalam darah ⁵. Untuk hasil maksimal, penderita diabetes perlu menjadikan olahraga sebagai rutinitas sehari-hari.

Panduan olahraga untuk penderita diabetes meliputi pemanasan dan pendinginan 5-10 menit. Jenis olahraga yang dianjurkan meliputi olahraga aerobik. Olahraga aerobik intensitas sedang (mencapai 50-70% denyut jantung maksimal) dilakukan 150 menit/minggu, atau 30 menit 5 kali/ minggu. Untuk intensitas berat (>70% denyut jantung maksimal), dilakukan 90 menit/minggu. Denyut jantung maksimal dihitung dengan rumus $220 - \text{usia}$. Jenis olahraga yang dianjurkan seperti berjalan kaki, bersepeda, jogging, berenang, atau kelas aerobik. ⁵.

Penderita diabetes yang menggunakan obat penurun gula darah atau insulin harus memperhatikan beberapa hal untuk mencegah hipoglikemia, di antaranya:

- 1) Olahraga harus disesuaikan dengan kondisi fisik dan dimulai perlahan.
- 2) Sebelum dan sesudah olahraga, penting memantau gula darah untuk menentukan dosis obat yang diperlukan.
- 3) Selalu membawa sumber karbohidrat seperti permen untuk mencegah gula darah turun setelah olahraga.
- 4) Pastikan kecukupan cairan untuk menghindari dehidrasi ⁵.

b. Pengaturan Pola Makan (Diet)

Pengaturan pola makan pada penderita diabetes melitus bertujuan untuk menjaga kadar gula darah tetap normal atau mendekati normal, mempertahankan berat badan ideal, mencegah hipoglikemia, serta mengurangi risiko komplikasi. Diet pada penderita diabetes melitus harus memperhatikan 3J yaitu jumlah kalori yang dibutuhkan, jadwal makanan yang harus diikuti, dan jenis makanan yang harus diperhatikan.

Berikut komposisi diet diabetes melitus menurut PERKENI 2021 :

Tabel 2. 2 Komposisi Diet Diabetes Melitus

Kandungan	Jumlah yang dianjurkan	Keterangan
Karbohidrat	45-65 % dari total asupan energi	- Pembatasan karbohidrat total <130 g/hari tidak dianjurkan. - Dianjurkan makan tiga kali sehari dan bila perlu dapat diberikan makanan selingan seperti buah
Lemak	20-25 % dari kebutuhan kalori	- Tidak melebihi 30% total asupan energi. - Konsumsi kolesterol dianjurkan < 200 mg/hari.
Protein	10-20 % total asupan energi	Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe.
Natrium	<1500mg/hari	Sama dengan orang sehat
Serat	20-35 g/hari	Serat dari kacang-kacangan, buah, dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat
Pemanis alternatif		Aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (<i>Accepted Daily Intake/ADI</i>) ²⁵

c. Kontrol glukosa darah

Pemantauan glukosa darah mandiri merupakan pemeriksaan glukosa darah berkala yang dilakukan dengan menggunakan glukometer oleh penyandang sendiri dan atau keluarganya. Pemantauan kadar gula darah bertujuan untuk mendeteksi dan mencegah hiperglikemia atau hipoglikemia, pada akhirnya akan mengurangi komplikasi diabetik jangka panjang. Target glukosa darah bagi penderita DM untuk glukosa darah pre-prandial kapiler adalah antara 80 - 139 mg/dl dan glukosa darah 1-2 jam post-prandial kapiler adalah <180 mg/dl ²⁵. Berdasarkan pertimbangan efektivitas biaya, pemeriksaan gula darah dapat dilakukan 2 kali seminggu dan menjadi bagian perawatan mandiri diabetes ⁴².

d. Terapi Farmakologis / Minum Obat DM

Terapi farmakologis diberikan seiring dengan penerapan pola makan yang tepat dan aktivitas fisik (gaya hidup sehat). Terapi ini meliputi penggunaan obat oral dan obat suntikan ²⁵.

Tabel 2. 3 Profil Obat Antihiperglikemia Oral yang Tersedia di Indonesia ²⁵

Golongan Obat	Cara Kerja	Efek Samping
Sulfonilurea	Meningkatkan sekresi insulin	BB naik, hipoglikemia
Glinid	Meningkatkan sekresi insulin	BB naik, hipoglikemia
Metformin	Menurunkan produksi glukosa hati & menambah sensitivitas terhadap insulin	Dyspepsia, diare, asidosis laktat
Tiazolidindion	Meningkatkan sekresi insulin	Edema
Penghambat alfa glukosidase	Menghambat absorpsi glukosa	Penumpukan gas dalam usus
Penghambat DPP-1V	Meningkatkan sekresi insulin, menghambat sekresi glukagon	Sebah, muntah
Penghambat SGLT-2	Menghambat penyerapan kembali glukosa di tubus distal ginjal.	Dehidrasi, infeksi saluran kemih

Selain terapi obat oral, terapi insulin juga dapat digunakan untuk mengontrol hiperglikemia. Berdasarkan durasi kerjanya, insulin dibagi menjadi enam jenis, yaitu: insulin kerja cepat (rapid-acting insulin), insulin kerja pendek (Short-acting insulin), insulin kerja menengah (intermediate-acting insulin), insulin kerja panjang (long-acting insulin), insulin kerja ultra panjang (ultra long-acting insulin), dan insulin campuran tetap²⁵.

e. Perawatan kaki

Perawatan kaki adalah langkah pencegahan untuk mencegah luka pada kaki diabetik. Perawatan yang buruk dapat menyebabkan masalah serius, termasuk amputasi. Berikut langkah perawatan kaki pada penderita DM:

- 1) Bersihkan kaki setiap hari saat menggunakan sabun dan air bersih
- 2) Keringkan kaki menggunakan handuk lembut, perhatikan sela jari kaki
- 3) Berikan pelembab/lotion pada daerah kulit kaki yang retak.
- 4) Jangan pernah memberikan pelembab pada sela jari- jari kaki
- 5) Gunting kuku kaki secara lurus serta tidak terlalu pendek
- 6) Bila kuku terasa keras saat dilakukan pemotongan rendamlah kaki dengan menggunakan air hangat 37°C kurang lebih 5 menit kemudian bersihkan kuku, bila memungkinkan berilah krim pelembab kuku
- 7) Perhatikan suhu air, jangan sampai suhu air terlalu panas
- 8) Gunakanlah sepatu yang pas dan kaos kaki yang tidak ketat.
- 9) Periksa kerikil pada bagian sepatu sebelum digunakan⁵.

Penelitian Kurnia (2022) menyebutkan perawatan kaki untuk pasien diabetes melitus meliputi 3F, yaitu:

- 1) *Foot scrining*, yaitu pemeriksaan untuk deteksi kelainan bentuk, luka pada kaki, kulit kering, dan sensasi kaki.



Gambar 2. 1 Diabetic Foot Screening

(Sumber <https://atamed.sg/diabetic-foot-screening>)

- 2) *Foot care*, meliputi: perawatan kaki secara umum, seperti kebersihan kaki, penilaian mandiri kaki, penggunaan pelembab secara teratur di area kering dan pemotongan kuku kaki yang tepat, pemilihan alas kaki, dan hindari berjalan tanpa alas kaki.



Gambar 2. 2 Diabetic Foot care

(Sumber <https://doktersehat.com/informasi/penyakit-diabetes/merendam-kaki-penderita-diabetes/>)

- 3) *Follow up*, merupakan langkah ketiga perawatan kaki 3F, dilakukan sesuai risiko pasien: tahunan untuk risiko rendah, 3-6 bulan untuk risiko sedang, dan 1-2 bulan untuk risiko tinggi.



Gambar 2. 3 Diabetic Follow up

(Sumber <https://www.rcn.org.uk/magazines/Clinical/2024/Oct/How-to-perform-a-diabetic-foot-check>)

3. Pengukuran *Self Care*

Kuesioner untuk mengukur *self care* yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) yang dikembangkan oleh *General Service Administration* (GSA) *Regulatory Information Service Center* (RISC). Kuesioner ini telah dipakai oleh beberapa peneliti dari seluruh dunia dan dapat digunakan untuk melakukan penelitian tentang *self care* DM. Kuesioner ini kemudian dilakukan uji reabilitas oleh Putri (2017) dan didapatkan nilai r hitung pada rentang 0,363-0,728 yang berarti tidak terdapat pertanyaan yang tidak valid, sedangkan pada uji validitas didapatkan *Cronbach Alfa* 0,855, sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner ini valid dan reliabel⁴³.

Kuesioner ini terdiri atas 17 pertanyaan yang mencakup bagaimana pola makan, latihan fisik, perawatan kaki, pola mengkonsumsi obat, dan pengecekan kadar gula darah. Sistem penilaian (skoring) pada kuesioner ini adalah menggunakan skala numerik dengan rentang penilaian 1 minggu yang diisi dengan hari yaitu 0 hari sampai 7 hari. Pertanyaan yang bersifat *favorable* (positif) penilaiannya adalah sebagai berikut: jumlah hari 0=0, 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=6, 7=7. Sedangkan pertanyaan *unfavorable* terletak pada nomor 3 dan 6 dengan penilaian : jumlah hari 0 = 7, 1 = 6, 2 = 5, 3 = 4, 4 = 3, 5 = 2, 6 = 1, dan 7 = 0. Adapun cara pengkategorianya yaitu skor total dikategorikan berdasarkan mean sebagai *Cut Off Point* (COP). *Self care* baik jika skor $\geq$ median, Sedangkan Skor $<$ median, maka perilaku *self care* kurang baik.

D. Konsep Dukungan Keluarga

1. Definisi Dukungan Keluarga

Friedman (2010) mendefinisikan keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasikan dirinya sebagai bagian dari keluarga⁴⁴.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya, dan anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Dukungan keluarga mengacu pada sikap dan tindakan mendampingi yang benar-benar dilakukan sehingga membuat anggota keluarga merasa nyaman, diperhatikan, dicintai dan dihargai ⁴⁵.

Dukungan keluarga menurut Rahmi (2020) adalah faktor efektif dalam perawatan diri diabetes dan bagian dari dukungan sosial. Sebagai unit dasar dalam jaringan sosial, keluarga mempengaruhi perilaku, pengambilan keputusan pengobatan, dan pengendalian penyakit. Peningkatan dukungan sosial dan perawatan diri dapat meningkatkan kontrol glikemik pada penderita DM ⁴⁶.

2. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010), sumber dukungan keluarga yaitu :

a. Dukungan penilaian

Dukungan penilaian adalah peran keluarga yang berfungsi sebagai pembimbing dan mediator dalam proses pemecahan masalah, serta sebagai sumber validasi identitas anggota keluarga melalui pemberian dukungan, penghargaan, dan perhatian.

b. Dukungan instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*). Contohnya kebutuhan keuangan, makan, minum, istirahat, menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obatan, dan lain-lain.

c. Dukungan informasional

Peran keluarga dipandang sebagai sumber informasi, yang berarti keluarga diharapkan memiliki pengetahuan lengkap mengenai anggota keluarga dan kondisi kesehatannya. Hal ini mencakup pemberian saran dan informasi yang dapat membantu mengidentifikasi masalah.

Dukungan keluarga ini memiliki manfaat untuk mengurangi stres yang dialami individu akibat seperti dengan memberikan nasihat serta informasi yang mungkin diperlukan oleh anggota keluarga lainnya.

d. Dukungan emosional

Dukungan emosional merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga berupa memberikan perhatian, kasih sayang, serta empati. Dukungan emosional berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta meningkatkan moral keluarga ²¹.

3. Sumber Dukungan Keluarga

Sumber dukungan keluarga di bagi menjadi dukungan keluarga eksternal dan internal

a. Dukungan keluarga eksternal

Diantaranya : sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah, praktisi kesehatan.

b. Dukungan keluarga internal

Diantaranya : dukungan dari keluarga inti seperti suami atau istri, dukungan dari anak, ataupun dukungan dari saudara kandung ²¹.

4. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kesehatan

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

a. Aspek perilaku (*behavioral mediators*), yaitu dukungan keluarga dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang.

b. Aspek psikologis (*psychological mediators*), yaitu dukungan keluarga dapat meningkatkan dan membangun harga diri seseorang dan menyediakan hubungan yang saling memuaskan.

c. Aspek fisiologis (*physiological mediators*), yaitu dukungan keluarga dapat membantu mengatasi respon *fight or flight* dan dapat memperkuat sistem imun seseorang ²¹.

5. Peran Keluarga Dalam Perawatan Penderita DM

Hendrawati (2022) mengatakan dukungan dan pendampingan keluarga sangat penting dalam perawatan dan pencegahan komplikasi pada penderita DM. Keluarga dapat memberikan dukungan melalui tenaga, moral, materi, emosional, nasihat, informasi, dan penilaian positif terhadap penderita DM⁴⁷. Peran keluarga mencakup penyuluhan, perencanaan makan, olahraga, terapi farmakologi, monitoring gula darah, dan perawatan kaki⁴⁷.

6. Pengukuran Dukungan Keluarga

Pengukuran dukungan keluarga pada penelitian ini menggunakan instrumen *Hensarling Diabetes Family Support Scale* (HDFSS) yang dikembangkan oleh Hensarling (2009) dan telah diterjemahkan oleh Yusra (2011)⁴⁸. Berdasarkan hasil uji validitas dan reabilitas di dapatkan nilai $r = 0,395-0,856$ dan uji reabilitas dengan nilai *cronbach alpha* $r = 0,96$ yang artinya kuesioner ini dapat diterima dan reliabel⁴⁸.

Dalam penelitian ini menggunakan skala likert terdiri dari 25 pertanyaan dengan alternatif jawaban, untuk pertanyaan hal positif dengan nilai 1 "tidak pernah", 2 "jarang", 3 "sering", 4 "selalu", sedangkan pertanyaan hal negatif dengan nilai 1 "selalu", 2 "sering", 3 "jarang", 4 "tidak pernah". Skor terendah adalah 25 dan skor tertinggi 100. Adapun pengkategorian dapat ditentukan dengan mencari panjang kelas :

$$\text{Panjang kelas (P)} = \frac{\text{Rentang Kelas}}{\text{Banyak kelas}}$$

$$\text{Panjang kelas (P)} = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{Banyak kelas}}$$

$$\text{Panjang kelas (P)} = \frac{100 - 25}{2}$$

$$\text{Panjang kelas (P)} = \frac{75}{2}$$

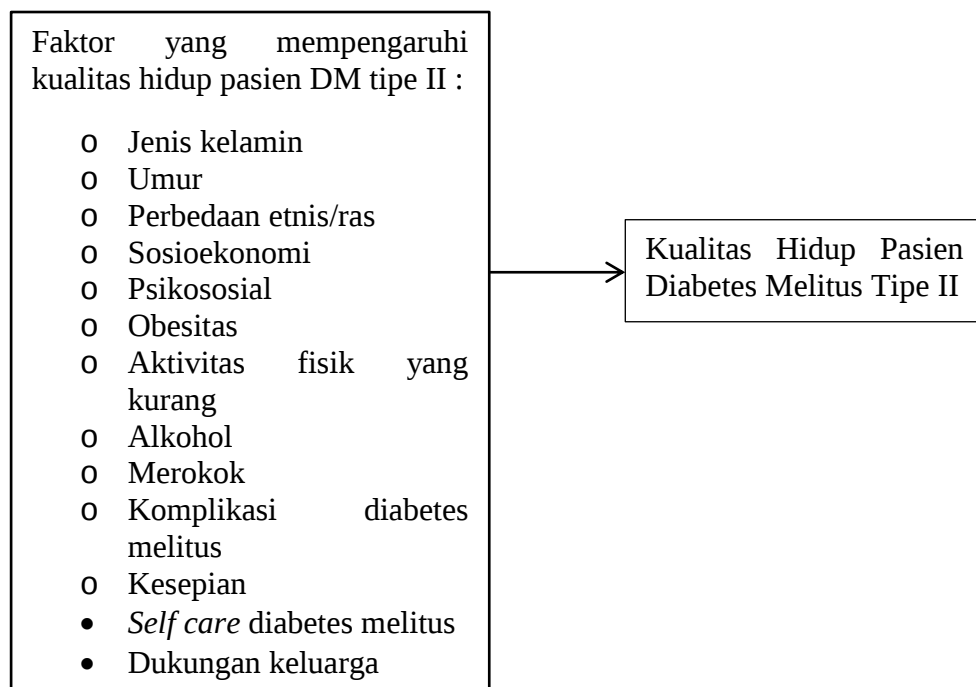
$$\text{Panjang kelas (P)} = 37,5 \text{ bulatkan menjadi } 38$$

Dimana P = Panjang kelas dengan rentang kelas (selisih nilai tertinggi dan nilai terendah) = 75 dan banyak kelas sebanyak 2 kelas (Mendukung dan kurang mendukung) didapatkan panjang kelas sebesar 38. Dengan menggunakan $P = 38$ maka didapatkan kategori hasil dari penelitian :

Mendukung = 63 – 100

Kurang mendukung = 25 - 62⁴⁹.

E. Kerangka Teori



Sumber : Syatriani (2023)¹⁰

Keterangan :

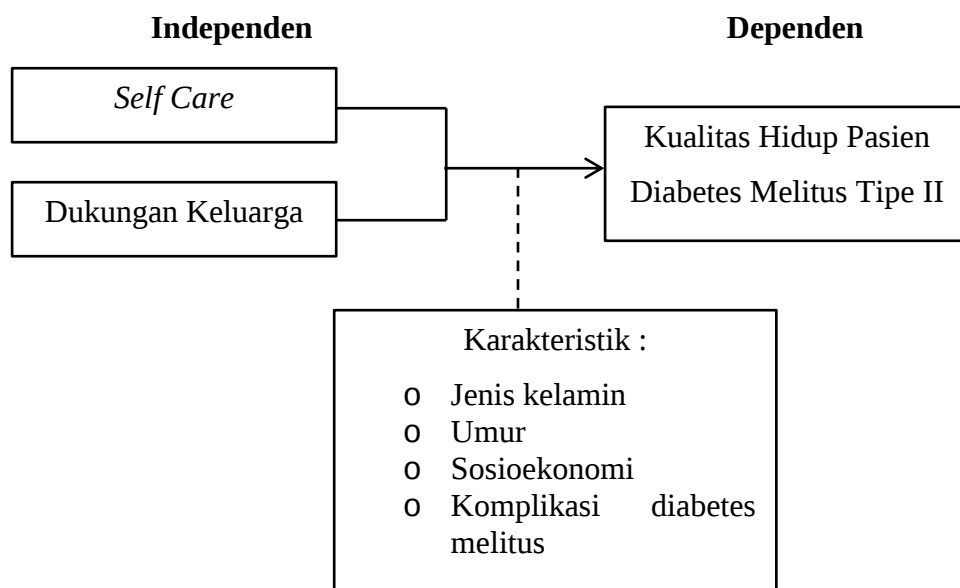
- o Tidak Diteliti
- Diteliti

Bagan 2. 1 Kerangka Teori

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes

F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini melihat hubungan *Self care* dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II. Variabel independen pada penelitian ini adalah *self care* dan dukungan keluarga pasien pasien diabetes melitus tipe II. Sedangkan variabel dependen adalah kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II.



Keterangan :

= Diteliti

Bagan 2. 2 Kerangka Konsep

Hubungan *Self Care* Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasien Diabetes Melitus Tipe II

G. Definisi Operasional

Tabel 2. 4 Definisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Karakteristik Responden						
1	Jenis Kelamin	Gender Responden	Kuesioner demografi	Angket	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
2.	Umur	Umur responden yang dihitung pada hari ulang tahun terakhir	Kuesioner demografi	Angket	1. Dewasa awal (26-35 tahun) 2. Dewasa akhir (36-45 tahun) 3. Lansia awal (46-55 tahun) 4. Lansia akhir (56-65 tahun) (Depkes RI, 2009)	Ordinal
3.	Sosioekonomi	Tingkat sosial ekonomi responden berdasarkan jumlah penghasilan keluarga/bulan	Kuesioner demografi	Angket	1. ≤ Rp 2.994.193 (UMR) 2. > Rp 2.994.193 (UMR) (SK Gubernur, 2025) ⁵⁰	Interval
4.	Komplikasi penyakit diabetes	Penyakit penyerta diakibatkan DM meliputi retinopati, neuropati, jantung gangguan neurologi.	Kuesioner demografi	Angket	1. Tidak ada komplikasi 2. Ada komplikasi	Nominal

N o	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen						
1.	<i>Self Care</i>	Tindakan mandiri untuk mengontrol diabetes yang meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi meliputi aktivitas fisik (olahraga), pengaturan diet, kontrol gula darah, pengobatan dan perawatan kaki	<i>Summary of Diabetes SelfCare Activities (SDSCA)</i>	Angket	1. <i>self care</i> baik jika skor $\geq$ median (81) 2. <i>self care</i> kurang baik, jika skor $<$ median (81) (Putri,2019) ⁴³	Ordinal (Kategorik)
2.	Dukungan Keluarga	Dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien DM di puskesmas Belimbing yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan infomasi	Kuesioner <i>Hensarling Diabetes Family Support Scale (HDFSS)</i>	Angket	1. Mendukung, bila skor=63-100 2. Kurang mendukung, bila skor =25-62 (Erda,2021) ⁴⁹	Ordinal (Kategorik)
Variabel Dependen						
1.	Kualitas Hidup Pasien DM Tipe II	Perasaan puas dan bahagia yang memungkinkan pasien DM tipe II di puskesmas Belimbing untuk menjalani aktivitas sehari-hari dengan baik.	Modifikasi Kuesioner WHOQOL BREF (WHO,2004)	Angket	1. Kualitas hidup baik jika nilai $\geq$ median (88,50) 2. Kualitas hidup kurang baik jika $<$ median (88,50) (Dinanti, 2023) ⁵¹	Ordinal (Kategorik)

H. Hipotesis

H_{a1} : Terdapat hubungan antara *self care* dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di Puskesmas Belimbing Kota Padang.

H_{01} : Tidak ada hubungan antara *self care* dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di Puskesmas Belimbing Kota Padang.

H_{a2} : Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di Puskesmas Belimbing Kota Padang.

H_{02} : Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di Puskesmas Belimbing Kota Padang.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *deskriptif korelasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* merupakan jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada suatu saat ¹³. Metode ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara variabel independen (bebas) yaitu *self care* dan dukungan keluarga dengan variabel dependen (terikat) yaitu kualitas hidup.

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing yang meliputi Kelurahan Kuranji, Gunung Sarik, dan Sungai Sapih pada bulan Desember-Juni 2025. Pengumpulan data penelitian dilakukan pada tanggal 15-16 Februari dan dilanjutkan pada tanggal 24 Maret- 15 April 2025.

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan ¹³. Populasi pada penelitian ini adalah pasien DM tipe II yang berobat di Puskesmas Belimbing. Berdasarkan data yang diperoleh bulan Agustus – Oktober 2024, tercatat sebanyak 468 orang pasien DM Tipe II. Data tersebut telah dikompilasi berdasarkan identitas pasien secara individual, sehingga angka tersebut merepresentasikan jumlah pasien *non-duplikasi* dan digunakan sebagai populasi dalam penelitian ini.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasi ⁵². Sampel dalam penelitian ini adalah pasien diabetes melitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas

Belimbing sebanyak 88 orang. Perhitungan besar sampel menurut lemeshow⁵³.

$$n = \frac{N(Z \alpha^2 \cdot p \cdot q)}{d^2(N - 1) + (Z \alpha^2) \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

$Z\alpha$: 1,96 dengan nilai standart α (0,05 atau 5%)

p : proporsi ketercapaian, karena tidak diketahui ditetapkan 50 % (0,5)

q : 1 – p

d : derajat presesi/ketepatan yang diinginkan 10%= 0,1

Berdasarkan rumus diatas maka jumlah sampel dalam penelitian :

$$n = \frac{N(Z \alpha^2 \cdot p \cdot q)}{d^2(N - 1) + (Z \alpha^2) \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{468 (1,96)^2 \times 0,5 (1 - 0,5)}{0,1^2(468 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{468 (3,8416) \times 0,25}{0,01 (467) + (3,8416) \times 0,25}$$

$$n = \frac{449,4672}{4,67 + 0,9604}$$

$$n = \frac{449,4672}{5,6304}$$

$$n = 79,8286 \text{ dibulatkan menjadi } 80 \text{ responden}$$

Jadi, jumlah sampel untuk penelitian ini sebanyak 80 responden. Untuk mencegah terjadinya *drop out* maka dilakukan penambahan sampel sebanyak 10%.

$$n' = n + (10\% \times n)$$

$$n' = 80 + (10\% \times 80)$$

$$n' = 80 + 8$$

$$n' = 88 \text{ responden}$$

a. Teknik pengambilan sampel

Adapun teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan teknik *Probability sampling* dengan tipe *cluster random sampling*. Teknik *cluster random sampling* adalah pengambilan sampel yang dilakukan apabila populasi yang akan diteliti sangat luas, misalnya penduduk dari suatu daerah⁵⁴. Dalam penelitian ini, populasi penelitian adalah seluruh pasien DM tipe II yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang, yang terdiri dari tiga kelurahan: Kuranji, Gunung Sarik, dan Sungai Sapih. Ketiga kelurahan tersebut dijadikan sebagai *cluster*, dengan tujuan untuk mempermudah proses pengambilan sampel karena populasi tersebar secara geografis.

Setelah ditetapkan *cluster*-nya, dilakukan pengambilan sampel dari masing-masing kelurahan menggunakan teknik *proportional simple random sampling*, yaitu pengambilan sampel secara acak sederhana dengan jumlah yang proporsional terhadap jumlah populasi di masing-masing kelurahan, dengan menggunakan rumus alokasi proporsional berikut :

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel seluruhnya

n_i : Jumlah sampel menurut stratum

N_i : Jumlah populasi menurut stratum

N : Jumlah populasi seluruhnya

Tabel 3. 1 Sampel Penelitian Pada Setiap Kelurahan Di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing

No	Nama Kelurahan	Jumlah Penderita DM	Perhitungan	Sampel
1.	Kuranji	302	$\frac{302}{468} \times 88 = 56,7$	57
2.	Gunung Sarik	93	$\frac{93}{468} \times 88 = 17,4$	17
3.	Sungai Sapih	73	$\frac{73}{468} \times 88 = 13,7$	14
Total jumlah sampel				88

Pemilihan sampel di setiap kelurahan dilakukan secara acak dengan metode undian, di mana nomor urut nama pasien berdasarkan daftar yang diberikan oleh Puskesmas ditulis pada kertas kecil, kemudian diundi untuk menentukan responden yang akan dijadikan sampel. Untuk memudahkan peneliti dalam menemukan rumah pasien, dilakukan koordinasi dengan ketua RT dan kader setempat.

b. Kriteria sampel

Sampel diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1) Kriteria *Inklusi*

Kriteria *inklusi* merupakan karakteristik umum subjek penelitian pada populasi target dan sumber⁵². Kriteria *inklusi* penelitian ini adalah :

- a. Pasien DM tipe II yang bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*
- b. Pasien DM tipe II yang berumur 26-65 tahun
- c. Pasien DM tipe II yang tinggal bersama keluarga
- d. Memiliki kemampuan membaca dan menulis

2) Kriteria *Eksklusi*

Kriteria *eksklusi* merupakan kriteria dari subjek penelitian yang tidak boleh ada, dan jika subjek mempunyai kriteria *eksklusi* maka subjek harus dikeluarkan dari penelitian⁵². Kriteria *eksklusi* penelitian ini adalah :

- a. Pasien yang mengundurkan diri menjadi responden

D. Jenis Dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer didefinisikan sebagai data yang diperoleh secara langsung dari sumber data penelitian. Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari responden menggunakan lembar kuesioner⁵².

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen, publikasi, intinya data yang diperoleh dalam bentuk jadi tidak membutuhkan lagi proses pengukuran secara langsung⁵². Data sekunder penelitian ini diperoleh dari laporan survei kesehatan Indonesia (SKI) 2023, laporan dinas kesehatan Kota Padang 2023, dan data yang didapatkan dari penanggung jawab penyakit tidak menular di Puskesmas Belimbing Kota Padang.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan menggunakan angket kuesioner yang mencakup variabel *self-care*, dukungan keluarga, dan kualitas hidup pada pasien DM Tipe II. Proses pengumpulan data berlangsung pada tanggal 15–16 Februari 2025 dan dilanjutkan kembali pada tanggal 24 Maret–15 April 2025. Teknik pengumpulan data dilakukan secara *door to door* ke rumah pasien, dan pada dua hari terakhir, dilaksanakan di puskesmas guna memenuhi jumlah sampel yang telah ditentukan.

Pelaporan operasional pelaksanaan :

Data dikumpulkan dari tanggal 15-16 Februari 2025. dan dilanjutkan tanggal 24 Maret-15 April 2025.

Tanggal	Jumlah	Ket	Lokasi	Kelurahan
15 Februari 2025	16	6 10	Jl. Manggis Jl. Rambutan	Kuranji
16 Februari 2025	8	8	Jl. Jeruk	
24 Maret 2025	4	2 2	Jl Apel Jl. Pepaya	
25 Maret 2025	15	14 1	Jl Mangga Jl. Delima	Kuranji
26 Maret 2025	12	6 4 1 1	Jl. Salak Jl. Anggur Korong Gadang Rimbo Tarok	
7 April 2025	5	5	Komplek Villaku Indah I Gunung Sarik	
8 April 2025	6	6	Lolo Gunung Sarik	Gunung Sarik

Tanggal	Jumlah	Ket	Lokasi	Kelurahan
9 April 2025	6	4 2	Bawah Asam Kamp. Baru Bawah Asam	Sungai Sapih
10 April 2025	5	5	Komplek Villaku Indah III Sungai Sapih	
14 April 2025 (Menunggu di puskesmas)	7	 3 1 1 1 1	(Menunggu di puskesmas) : responden dipilih berdasarkan kuota kelurahan yang belum terpenuhi : Bawah asam Kamp. Jambak Lolo Gunung sarik Kayu bajak (kuranji) Kamp. Anau (kuranji)	Sungai Sapih, Gunung Sarik, dan kuranji
15 April 2025 (Menunggu di puskesmas)	4	 3 1	(Menunggu di puskesmas) : responden dipilih berdasarkan kuota kelurahan yang belum terpenuhi : Pilakut Gunung sarik Perum Tarok	Gunung Sarik
Total :			88	

Pengambilan sampel dilakukan berdasarkan daftar nama pasien diabetes melitus tipe II yang diperoleh dari pihak puskesmas, yang sebelumnya telah dikelompokkan oleh peneliti berdasarkan kelurahan tempat tinggal. Selanjutnya, dilakukan pengundian nama pasien pada setiap kelurahan untuk menentukan responden.

Namun, dalam pelaksanaan penelitian di lapangan, ditemukan beberapa kendala di lapangan, seperti pasien yang tidak berada di rumah, atau tidak bersedia berpartisipasi karena alasan waktu dan kondisi kesehatan.

Pengumpulan data dilakukan secara *door to door* ke rumah pasien. Dalam pelaksanaannya, peneliti dibantu oleh tujuh enumerator dan didampingi oleh kader guna memudahkan pencarian alamat rumah responden. Di beberapa wilayah, ketua RT turut memberikan bantuan dengan menunjukkan lokasi rumah pasien. Meskipun demikian, pada Kelurahan Gunung Sarik dan Sungai Sapih, jumlah responden yang berhasil ditemui tidak mencapai target yang telah ditentukan. Oleh karena itu, untuk mencapai jumlah sampel yang diharapkan, peneliti juga melakukan pengumpulan data di puskesmas dengan menunggu pasien yang hadir sesuai jadwal kontrol.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengukur data yang hendak dikumpulkan ⁵². Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 4 kuesioner, diantaranya :

1. Kuesioner Karakteristik Demografi

Pada kuesioner data demografi berisikan nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status tinggal bersama keluarga, lama menderita DM, dan serta komplikasi yang muncul.

2. Kuesioner *Self Care*

Self care pada penderita DM Tipe II diukur menggunakan kuesioner *Summary of Diabetes Self Care Activities* (SDSCA) di kembangkan oleh dikembangkan oleh *General Service Administration* (GSA) *Regulatory Information Service Center* (RISC). Kuesioner ini menggunakan penilaian skor 0-7 dihitung dalam hari selama 1 minggu. Kuesioner terdiri dari 5 indikator : pola makanan, latihan fisik, perawatan kaki, terapi minum obat, dan pengukuran gula darah.

Tabel 3. 2 Kisi-Kisi Kuesioner *Self Care*

No	Komponen Kualitas hidup	<i>Favorable</i> (Positif)	<i>Unfavorable</i> (Negatif)
1.	Pola makan	1, 2, 4, 5	3, 6
2.	Latihan fisik	7, 8	-
3.	Perawatan kaki	9, 10, 11, 12, 13	-
4.	Minum obat	14, 15	-
5	Pemantauan gula darah	16, 17	16

Skor Pengukuran :

- Pertanyaan positif yaitu : jumlah hari : 0=0, 1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4, 5 = 5, 6 = 6, dan 7 = 7.
- Pertanyaan negatif yaitu: jumlah hari 0 = 7, 1 = 6, 2 = 5, 3 = 4, 4 = 3, 5 = 2, 6 = 1, dan 7 = 0

Skor dari seluruh indikator dijumlahkan menjadi satu skor total dengan rentang nilai 0-119. Sebelum dilakukan pengkategorian, dilakukan uji normalitas terhadap skor total menggunakan uji Kolmogorov. Hasil uji yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini menunjukkan bahwa data berdistribusi tidak normal, maka pengkategorian dilakukan berdasarkan nilai median, yaitu 81. Kategori *self care* ditentukan sebagai berikut:

- *Self care* baik jika skor total ≥ 81
- *Self care* kurang jika skor total < 81

3. Kuesioner Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga pada penderita DM Tipe II diukur dengan kuesioner HDFSS (*Hensarling Diabetes Family Support Scale*), yang mengevaluasi empat dimensi dukungan: emosional, penghargaan, instrumen, dan informasi. Kuesioner ini terdiri dari 25 pertanyaan menggunakan skala Likert dengan kisi-kisi sebagai berikut :

Tabel 3. 3 Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga

Aspek	Positif	Negatif	Jumlah pertanyaan
Dukungan Informasi	1, 2, 3	-	3
Dukungan emosional	4, 5, 6, 7, 8, 10, 11	9	6
Dukungan penghargaan	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	-	7
Dukungan instrumental	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	-	7

Skor Pengukuran :

- Pertanyaan positif : 1= tidak pernah, 2= jarang, 3= sering, 4= selalu
- Pertanyaan negatif : 1= selalu, 2= sering, 3= jarang, 4= tidak pernah

Skor dari seluruh pertanyaan dijumlahkan menjadi satu skor total dengan rentang nilai 25-100. Untuk menentukan kategori dukungan keluarga, dilakukan perhitungan panjang kelas (P) berdasarkan rentang skor dan jumlah kategori.

Rumus panjang kelas:

$$\text{Panjang kelas (P)} = \frac{\text{Rentang Kelas}}{\text{Banyak kelas}}$$

$$\text{Panjang kelas (P)} = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{Banyak kelas}}$$

$$\text{Panjang kelas (P)} = \frac{100 - 25}{2}$$

$$\text{Panjang kelas (P)} = \frac{75}{2}$$

$$\text{Panjang kelas (P)} = 37,5 \text{ bulatkan menjadi } 38$$

Dengan panjang kelas P = 38, dan dua kategori (mendukung dan kurang mendukung), maka pengkategorian skor dukungan keluarga adalah sebagai berikut:

- Mendukung: 63 – 100
- Kurang mendukung: 25 – 62

4. Kuesioner Kualitas Hidup

Instrumen penelitian kualitas hidup menggunakan modifikasi kuesioner WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life*) dalam penelitian Tumanggor (2019) ³⁸. Kuesioner ini terdiri atas 26 pertanyaan dengan kisi-kisi sebagai berikut :

Tabel 3. 4 Kisi-Kisi Kuesioner Kualitas Hidup (WHOQOL-BREF)

No	Komponen Kualitas hidup	<i>Favorable</i> (Positif)	<i>Unfavorable</i> (Negatif)
1.	Domain kesehatan fisik	4, 5, 6, 7	1, 2, 3
2.	Domain psikologis	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14,15	-
3.	Domain hubungan sosial	16, 17, 18, 19, 20	-
4.	Domain lingkungan	21, 22, 23, 24, 25, 26	-

Skor Pengukuran:

- Pertanyaan positif : 1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sering, 4= selalu
- Pertanyaan negatif : 1=selalu, 2=sering, 3=kadang-kadang, 4=tidak pernah

Skor dari seluruh pertanyaan dijumlahkan menjadi satu skor dengan kisaran nilai 26-104. Sebelum dilakukan pengkategorian, dilakukan uji normalitas terhadap skor total menggunakan uji Kolmogorov. Hasil uji yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini menunjukkan bahwa data berdistribusi tidak normal, maka pengkategorian dilakukan berdasarkan nilai median, yaitu 88.50. Kategori kualitas hidup ditentukan sebagai berikut:

- Kualitas hidup baik jika skor ≥ 88.50
- Kualitas hidup kurang jika skor < 88.50

F. Prosedur Penelitian

1. Tahap Persiapan

Tahapan persiapan merupakan langkah awal yang dilakukan sebelum melakukan penelitian. Adapun langkah – langkah yang dilakukan yaitu:

- a. Pengurusan surat izin pengambilan data ke Sekretaris Prodi Sarjana Terapan Keperawatan
 - b. Mengirimkan surat izin ke Dinas Kesehatan Kota Padang
 - c. Menyerahkan surat izin penelitian ke Kantor Puskesmas Belimbing. Serta menyampaikan maksud dan tujuan datang ke Puskesmas Belimbing.
 - d. Surat diterima oleh bagian tata usaha dan di ACC oleh pimpinan Puskesmas Belimbing untuk mengadakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.
2. Tahap Pelaksanaan
- a. Peneliti melakukan persamaan persepsi dengan 7 enumerator yang membantu dalam pengumpulan data
 - b. Peneliti menentukan pasien DM tipe II berdasarkan kriteria dengan teknik *probability* dengan *teknik random sampling*.
 - c. Peneliti menyebarkan kuesioner kepada responden yang terpilih dari undian acak dengan melibatkan kader dan ketua RT di wilayah kerja Puskesmas Belimbing secara *door to door*
 - d. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan kepada responden, serta memberikan *informed consent*.
 - e. Peneliti mengumpulkan kuesioner
 - f. Setelah kuesioner lengkap dan memenuhi sampel, peneliti lalu melakukan pengolahan data
3. Tahapan Akhir
- Tahapan akhir dilakukan pemeriksaan kembali data yang telah diolah, penarikan kesimpulan, dan pendokumentasian hasil penelitian.

G. Teknik Pengolahan Data

Langkah-langkah dari pengolahan data, meliputi :

1. Editing

Editing atau penyuntingan data adalah tahapan di mana data yang sudah dikumpulkan dari hasil pengisian kuesioner disunting kelengkapan

jawabannya. Jika pada tahapan penyuntingan ternyata ditemukan ketidaklengkapan dalam pengisian jawaban, maka harus melakukan pengumpulan data ulang.

2. *Coding*

Coding adalah kegiatan merubah data dalam bentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka/bilangan. Kode adalah simbol tertentu dalam bentuk huruf atau angka untuk memberikan identitas data.

a. Data Demografi

1) Jenis kelamin

1 = Laki-laki

2 = Perempuan

2) Umur

1 = Dewasa awal (26-35 tahun)

2 = Dewasa akhir (36-45 tahun)

3 = Lansia awal (46-55 tahun)

4 = Lansia akhir (56-65 tahun)

3) Sosioekonomi

1 ≤ Rp 2.994.193 (UMR)

2 > Rp 2.994.193 (UMR)

4) Komplikasi DM

1 = Tidak ada komplikasi

2 = Ada komplikasi

b. Variabel Kualitas Hidup

1 = Kualitas hidup baik

2 = Kualitas hidup kurang baik

c. Variabel *Self Care*

1 = *Self care* baik

2 = *Self care* kurang baik

d. Variabel Dukungan Keluarga

1 = Mendukung

2 = Kurang mendukung

3. *Data Entry*

Data entry adalah mengisi kolom dengan kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

4. *Processing*

Processing adalah proses setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar serta telah dikode jawaban responden pada kuesioner ke dalam aplikasi pengolahan data di komputer.

5. *Cleaning Data*

Cleaning data adalah pengecekan kembali data yang sudah dientri apakah sudah betul atau ada kesalahan pada saat memasukan data ⁵⁵.

H. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini adalah analisis menggambarkan distribusi karakteristik masing-masing variabel yang diteliti ⁵⁶. Variabel yang dianalisis secara univariat dalam desain penelitian ini adalah karakteristik responden, serta distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel yaitu *self care*, dukungan keluarga, dan kualitas hidup.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan metode yang digunakan untuk melihat dua variabel yaitu variabel *independent* (bebas) dan variabel *dependent* (terikat). Analisa data yang digunakan adalah analisis statistic berupa *Chi Square Test* dengan CI 95%. Berdasarkan hasil analisis dapat dinyatakan bahwa, bila $p \leq 0,05$ maka ada hubungan bermakna (H_a diterima). Bila $p > 0,05$ berarti tidak ada hubungan bermakna (H_a ditolak atau H_o diterima).

I. Etika Penelitian

Semua penelitian yang melibatkan manusia sebagai subjek harus menerapkan 4 (empat) prinsip dasar etika penelitian, yaitu:

1. Menghormati atau menghargai subjek (*Respect For Person*). Menghormati atau menghargai orang perlu memperhatikan beberapa hal, diantaranya:

1. Peneliti harus mempertimbangkan secara mendalam terhadap kemungkinan bahaya dan penyalahgunaan penelitian.
2. Terhadap subjek penelitian yang rentan terhadap bahaya penelitian maka diperlukan perlindungan.
2. Manfaat (*Beneficence*). Penelitian diharapkan dapat menghasilkan manfaat yang sebesar-besarnya dan mengurangi kerugian atau risiko bagi subjek penelitian. Oleh karenanya desain penelitian harus memperhatikan keselamatan dan kesehatan dari subjek peneliti.
3. Tidak membahayakan subjek penelitian (*Non Maleficence*). Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa penelitian harus mengurangi kerugian atau risiko bagi subjek penelitian. Sangatlah penting bagi peneliti memperkirakan kemungkinan-kemungkinan apa yang akan terjadi dalam penelitian sehingga dapat mencegah risiko yang membahayakan bagi subjek penelitian.
4. Keadilan (*Justice*). Makna keadilan dalam hal ini adalah tidak membedakan subjek. Perlu diperhatikan bahwa penelitian seimbang antara manfaat dan risikonya. Risiko yang dihadapi sesuai dengan pengertian sehat, yang mencakup: fisik, mental, dan sosial ⁵⁷.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	23	26,1
	Perempuan	65	73,9
Umur	Dewasa awal	2	2,3
	Dewasa akhir	6	6,8
	Lansia awal	26	29,5
	Lansia akhir	54	61,4
Sosioekonomi/ Penghasilan	≤ RP. 2.994.193	30	34,1
	> RP. 2.994.193	58	65,9
Komplikasi	Tidak ada	53	60,2
Penyakit diabetes	Gangguan mata	6	6,8
	Gangguan saraf	4	4,5
	Hipertensi	17	19,3
	Ulkus	8	9,1
Total		88	100 %

Tabel 4.1, dari total 88 responden, lebih dari separuh berjenis kelamin perempuan, yaitu 65 orang (73,9%). Jika dilihat dari kategori umur, lebih dari separuh responden termasuk dalam kategori lansia akhir, yaitu sebanyak 54 orang (61,4%). Dari segi penghasilan, lebih dari separuh responden memiliki pendapatan >Rp 2.994.193, yaitu sebanyak 58 orang (65,9%). Sementara itu, dalam hal komplikasi, lebih dari separuh responden, yaitu sebanyak 53 orang (60,2%) tidak mengalami komplikasi.

2. Analisis Univariat

a) *Self Care*

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi *Self Care* Pada Pasien DM Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang

<i>Self Care</i>	Frekuensi (f)	Persen (%)
<i>Self Care</i> Baik	46	52,3
<i>Self Care</i> Kurang Baik	42	47,7
Total	88	100

Berdasarkan Tabel 4.2, diketahui bahwa dari total 88 responden, hampir setengah responden, yakni 42 orang (47,7%) masih menunjukkan *self care* yang kurang baik.

Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Domain *Self Care*

<i>Self Care</i>	Frekuensi (f)	Persen (%)
Pola makan		
Baik	51	58,0
Kurang baik	37	42,0
Latihan fisik		
Baik	60	68,2
Kurang Baik	28	31,8
Perawatan Kaki		
Baik	48	54,5
Kurang Baik	40	45,5
Minum Obat		
Baik	65	73,9
Kurang Baik	23	26,1
Pemantauan GD		
Baik	31	35,2
Kurang Baik	57	64,8
Total	88	100

Berdasarkan Tabel 4.3, terlihat bahwa masih banyak responden yang memiliki perilaku *self care* kurang baik di berbagai domain. Pada aspek pola makan, sebanyak 37 responden (42,0%) kurang baik dalam menjalankan pola makan yang sesuai. Pada latihan fisik, 28 responden (31,8%) tergolong kurang aktif. Sebanyak 40 responden (45,5%) juga menunjukkan perilaku kurang baik dalam merawat kaki. Pada kepatuhan minum obat, terdapat 23 responden (26,1%) yang tidak

rutin minum obat. Sementara itu, persentase tertinggi ditemukan pada pemantauan glukosa darah, di mana 57 responden (64,8%) kurang baik dalam melakukan pemantauan gula darah secara optimal.

b) Dukungan Keluarga

Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Pada Pasien DM Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persen (%)
Mendukung	74	84,1
Kurang Mendukung	14	15,9
Total	88	100

Berdasarkan Tabel 4.3, diketahui bahwa dari total 88 responden, sebagian kecil, yaitu 14 orang (15,9%) kurang mendapat dukungan keluarga.

Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Domain Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persen (%)
Dukungan informasi		
Baik	42	47,7
Kurang baik	46	52,3
Dukungan emosional		
Baik	50	56,8
Kurang Baik	38	43,2
Dukungan penghargaan		
Baik	39	44,3
Kurang Baik	49	55,7
Dukungan instrumental		
Baik	52	59,1
Kurang Baik	36	40,9
Total	88	100

Berdasarkan Tabel 4.5, masih terdapat persentase yang cukup tinggi dalam kategori dukungan keluarga yang kurang baik pada beberapa domain. Sebanyak 46 responden (52,3%) kurang mendapatkan dukungan informasi, dan 38 responden (43,2%) menerima dukungan emosional yang kurang. Dukungan penghargaan juga tergolong kurang

pada 49 responden (55,7%), sedangkan 36 responden (40,9%) kurang mendapatkan dukungan instrumental secara optimal.

c) **Kualitas Hidup**

Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pada Pasien DM Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang

Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Persen (%)
Kualitas Hidup Baik	44	50,0
Kualitas Hidup kurang Baik	44	50,0
Total	88	100

Berdasarkan Tabel 4.4, diketahui bahwa dari total 88 responden, sebanyak setengah responden, yaitu 44 orang (50,0%) memiliki kualitas hidup kurang baik.

3. Analisis Bivariat

a) Hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien DM tipe II

Tabel 4. 7 Hubungan *self care* dengan kualitas hidup pada pasien DM Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang

Self Care	Kualitas Hidup						p VALUE
	Baik		Kurang		Total		
			Baik				
	f	%	f	%	f	%	
Baik	38	82.6	8	17.4	46	100	0.000
Kurang baik	6	14.3	36	85.7	42	100	
Total	44	50.0	44	50.0	88	100	

Berdasarkan Tabel 4.5, hasil analisis menunjukkan bahwa pasien dengan *self care* baik sebagian besar memiliki kualitas hidup baik (82,6%) dan hanya sebagian kecil (17,4%) yang memiliki kualitas hidup kurang baik, sedangkan pasien dengan *self care* kurang baik sebagian besar memiliki kualitas hidup yang kurang baik (85,7%) dan

hanya sebagian kecil (14,3%) yang menunjukkan kualitas hidup baik. Uji statistik *Chi Square* menunjukkan nilai p sebesar 0,000 ($p < 0,05$), yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.

b) Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe II

Tabel 4.8 Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien DM Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang

Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup						p VALUE
	Baik		Kurang Baik		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Mendukung	43	58.1	31	41.9	74	100	0.001
Kurang Mendukung	1	7.1	13	92.9	14	100	
Total	44	50.0	44	50.0	88	100	

Berdasarkan Tabel 4.6, hasil analisis menunjukkan bahwa pasien diabetes melitus tipe II yang mendapat dukungan keluarga, lebih dari separuh memiliki kualitas hidup baik (58,1%), dan hampir setengahnya (41,9%) memiliki kualitas hidup kurang baik. Sedangkan pasien yang kurang mendapatkan dukungan keluarga, hampir seluruhnya (92,9%) memiliki kualitas hidup yang kurang baik dan hanya sebagian kecil (7,1%) yang kualitas hidupnya baik. Uji *Chi Square* menunjukkan nilai p sebesar 0,001 ($p < 0,05$), yang artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup di Kota Padang.

B. Pembahasan

1. Karakteristik

a) Jenis Kelamin

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa lebih dari separuh pasien adalah perempuan sebanyak 65 orang (73,9 %), sedangkan laki-laki sebanyak 23 orang (26,1%). Temuan ini konsisten dengan data dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 yang menunjukkan bahwa perempuan memiliki prevalensi diabetes melitus yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki ⁷.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Suryati (2021) yang menyatakan bahwa, perempuan lebih rentan terkena diabetes melitus karena faktor fisiologis. Secara fisik, perempuan memiliki potensi lebih besar untuk mengalami peningkatan indeks massa tubuh (IMT), yang dapat menyebabkan kelebihan berat badan atau obesitas. Selain itu, perubahan hormon yang terjadi selama masa pramenstruasi dan setelah menopause berkontribusi pada penumpukan lemak di tubuh, karena distribusi lemak menjadi lebih mudah terganggu ⁵⁸. Hal ini juga didukung oleh fakta bahwa persentase lemak tubuh pada perempuan umumnya lebih tinggi, yaitu sekitar 20–25%, dibandingkan laki-laki yang hanya sekitar 15–20%. Dengan perbedaan tersebut, risiko perempuan terkena diabetes dapat mencapai 3–7 kali lipat lebih tinggi dibandingkan laki-laki, yang memiliki risiko antara 2–3 kali lipat ⁵⁸.

Temuan dalam penelitian ini didukung oleh studi Arania et al. (2021) yang dilakukan di Klinik Mardi Waluyo, Lampung Tengah, yang menunjukkan bahwa jumlah penderita diabetes melitus lebih banyak ditemukan pada perempuan, yakni sebanyak 91 orang (72,2%) ⁵⁹. Hasil serupa juga dilaporkan oleh Susilawati (2021), di mana mayoritas penderita diabetes melitus di Puskesmas Tugu, Kecamatan Cimanggis, Kota Depok, adalah perempuan, yaitu sebanyak 172 orang (65,2%) ⁶⁰.

b) Umur

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa lebih dari separuh pasien adalah lansia akhir (56-65 tahun) sebanyak 54 orang (61,4 %). Disusul oleh lansia awal (46-55 tahun) sebanyak 26 orang (29,5%), sementara dewasa akhir (36-45 tahun) hanya berjumlah 6 orang (6,8%), dan dewasa awal (26-35 tahun) merupakan kelompok dengan jumlah paling sedikit, yaitu hanya 2 orang (2,3%).

Temuan dalam penelitian ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa memasuki usia di atas 40 tahun, tubuh mulai mengalami berbagai perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia. Perubahan ini berlangsung di tingkat sel, jaringan, hingga organ. Salah satu konsekuensi dari proses penuaan adalah menurunnya kemampuan sel beta pankreas dalam memproduksi insulin. Kondisi tersebut dapat memicu intoleransi glukosa, yang ditandai dengan gangguan sekresi insulin atau kurang efektifnya penyerapan glukosa oleh sel tubuh, sehingga menyebabkan peningkatan kadar gula darah ⁶¹.

Hasil penelitian ini diperkuat oleh studi yang dilakukan oleh Sudyasih dan Asnindari (2021) di Puskesmas Kasihan II Bantul, yang melaporkan bahwa 52,5% penderita diabetes melitus termasuk dalam kelompok lansia akhir ⁶². Penelitian lain oleh Rifat et al. (2023) di Puskesmas Rejosari, Pekanbaru, juga menunjukkan temuan serupa, di mana 45,5% pasien diabetes berada pada rentang usia 56–65 tahun ⁶³.

c) Sosioekonomi

Penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh pasien, yakni 58 orang (65,9%), memiliki pendapatan bulanan yang melebihi UMR Kota Padang tahun 2025, yaitu Rp 2.994.193. Sementara itu, pasien dengan pendapatan $\leq$ Rp 2.994.193 berjumlah 30 orang (34,1%). Temuan ini mengindikasikan bahwa mayoritas pasien berada pada tingkat kemampuan ekonomi yang lebih baik.

Temuan ini sejalan dengan teori Budiarto (2014) yang menyatakan bahwa kelompok berpendapatan tinggi memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena diabetes melitus dibandingkan mereka yang berpendapatan rendah ⁶⁴. Perubahan status sosial-ekonomi seringkali diikuti oleh pola makan yang tidak teratur. Perubahan ini dapat mengarah pada kebiasaan konsumsi makanan yang kurang sehat, sehingga menjauhkan masyarakat dari pola makan yang seimbang dan bergizi, yang pada akhirnya dapat berdampak negatif terhadap kondisi kesehatan dan status gizi ⁶⁴.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Suwanti et al. (2021), yang menunjukkan bahwa 47 responden (54,7%) memiliki pendapatan $\geq$ UMR²³. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Irawan (2020) di Wilayah Binaan Puskesmas Babakan Sari menunjukkan hasil yang serupa, bahwa sebanyak 30 orang (75%) pasien memiliki penghasilan $\geq$ UMR ⁶⁵.

d) Komplikasi Diabetes Melitus

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa lebih dari separuh pasien tidak mengalami komplikasi, yakni sebanyak 53 orang (60,2%). Sementara itu, 35 orang (39,8%) responden mengalami berbagai jenis komplikasi akibat diabetes mellitus. Komplikasi yang paling banyak dialami adalah hipertensi sebanyak 17 orang (19,3%), ulkus sebanyak 8 orang (9,1%), gangguan mata sebanyak 6 orang (6,8%), dan gangguan saraf sebanyak 4 orang (4,5%). Temuan ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien diabetes melitus dalam penelitian ini belum mengalami komplikasi. namun proporsi yang mengalami komplikasi cukup besar dan perlu mendapat perhatian. Oleh karena itu, dibutuhkan pemantauan dan penatalaksanaan yang tepat guna mencegah berkembangnya komplikasi yang lebih serius di kemudian hari.

Secara teori, komplikasi diabetes melitus terjadi akibat paparan hiperglikemia yang berlangsung lama, yang menyebabkan kerusakan progresif pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) maupun besar (makroangiopati). Risiko komplikasi meningkat seiring lamanya menderita diabetes dan buruknya kontrol gula darah ¹⁰. Menurut *American Diabetes Association* (ADA), kadar gula darah yang terus-menerus tidak terkontrol dapat menyebabkan kerusakan pada berbagai organ tubuh, termasuk ginjal, mata, dan sistem saraf. Oleh karena itu, deteksi dini dan kepatuhan terhadap pengobatan menjadi kunci utama dalam mencegah komplikasi.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Suwanti et al. (2021) di Rumah Sakit Aisyah Madiun, yang melaporkan bahwa sebagian besar pasien, yaitu sebanyak 64 orang (74,4%), tidak mengalami komplikasi terkait penyakitnya ²³. Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan Irawan (2021) di Puskesmas Babakan Sari, di mana mayoritas pasien diabetes melitus, yaitu 88 orang (80%), tidak menunjukkan adanya komplikasi penyakit ⁶⁶.

Temuan lain juga sejalan dengan penelitian ini yang membahas jenis komplikasi spesifik. Sutanto et al. (2025), melaporkan bahwa hipertensi merupakan komplikasi tersering pada pasien DM Tipe II sebanyak 40,3% ⁶⁷. Penelitian lain oleh Ida et al. (2020) di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittingi, ditemukan kejadian ulkus sebanyak 11 orang (20,4%)⁶⁸. Pada penelitian Indawati et al. (2020) di RS Muhammadiyah Palembang, ditemukan 64 pasien (97%) pasien DM memiliki penyakit mata ⁶⁹. Penelitian Rahmi et al. (2022) di RSUP Dr. M. Djamil Padang terdapat 33 pasien (75%) menderita neuropati diabetik ⁷⁰.

Asumsi peneliti dalam penelitian ini adalah bahwa variasi jenis komplikasi yang dialami pasien sangat dipengaruhi oleh tingkat

kontrol glukosa darah, kepatuhan pengobatan, serta durasi menderita diabetes. Hipertensi kemungkinan menjadi komplikasi terbanyak karena berkaitan dengan resistensi insulin yang memicu retensi natrium, aktivasi saraf simpatis, dan vasokonstriksi, sehingga tekanan darah meningkat. Ulkus diabetikum dapat disebabkan oleh gangguan sirkulasi perifer dan neuropati sensorik yang tidak terdeteksi. Gangguan mata dan saraf juga mencerminkan dampak kumulatif hiperglikemia terhadap jaringan sensitif seperti retina dan neuron perifer. Dengan demikian, jenis komplikasi yang muncul pada pasien DM menggambarkan kompleksitas perjalanan penyakit.

Keberadaan komplikasi sebagai bagian dari karakteristik responden memberikan gambaran tambahan yang penting dalam memahami kondisi pasien secara menyeluruh. Beragam jenis komplikasi yang dialami, seperti hipertensi, ulkus, gangguan mata, dan gangguan saraf, berpotensi memengaruhi kualitas hidup, baik secara fisik maupun psikologis.

2. Analisis Univariat

a) *Self Care*

Hasil analisis univariat untuk variabel *self care* menunjukkan bahwa lebih dari separuh pasien DM memiliki *self care* yang baik sebanyak 46 orang (52,3%). Pasien DM yang memiliki *self care* kurang berjumlah 42 orang (47,7%). Selisih antara kedua kategori cukup kecil, menunjukkan distribusi yang hampir seimbang. Meskipun demikian, upaya peningkatan *self care* tetap perlu dilakukan pada kelompok dengan *self care* kurang.

Temuan penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Dorothea Orem (1959), yang menjelaskan bahwa, *self-care* adalah tindakan yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup, menjaga kesehatan, mencapai kesejahteraan, baik saat sehat maupun

sakit¹⁸. Dalam konteks diabetes, *self care* mencakup berbagai perilaku mandiri seperti mengatur pola makan, rutin beraktivitas fisik, memantau kadar gula darah, menjalani terapi obat, serta merawat kaki. Seluruh aktivitas tersebut bertujuan untuk membantu individu dalam mengelola penyakitnya secara mandiri. Dengan melakukan *self care* secara optimal, penderita diabetes dapat mengontrol penyakitnya, mengurangi komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup¹⁷.

Selain itu, temuan penelitian ini juga selaras dengan hasil studi sebelumnya. Penelitian oleh Despitari et al. (2022) terhadap pasien DM Tipe II di Puskesmas Andalas, Kota Padang, menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki *self care* baik, yakni sebanyak 54 orang (74,0%)¹⁵. Hasil serupa ditemukan dalam penelitian Harahap et al. (2024) di wilayah kerja Puskesmas Batunadua, di mana dari 73 responden, sebanyak 39 orang (53,4%) memiliki *self care* yang baik⁷¹.

Berdasarkan analisis jawaban responden, ditemukan bahwa masih terdapat beberapa aspek *self care* yang belum dilakukan secara optimal. Pada soal nomor 8 tentang latihan fisik, setengah responden (50%) menjawab tidak pernah melakukan aktivitas atau sesi latihan khusus (seperti : berenang, senam, atau bersepeda) dalam 7 hari terakhir. Hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman akan pentingnya latihan fisik dalam pengelolaan diabetes melitus, kurangnya waktu luang, serta keterbatasan akses terhadap fasilitas olahraga. Selain itu, Pada soal nomor 16 tentang pemantauan gula darah, sebanyak 20 orang (22,7%) tidak melakukan pengecekan gula darah selama 7 hari terakhir. Hal ini disebabkan oleh tidak tersedianya alat cek gula darah pribadi, sehingga pengukuran hanya bisa dilakukan saat kunjungan ke Puskesmas.

Asumsi peneliti berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hampir setengah dari jumlah responden yang memiliki *self*

care kurang baik, yaitu 42 orang (47,7%). Hal ini diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti rendahnya kesadaran terhadap pentingnya aktivitas fisik, kurangnya edukasi berkelanjutan, keterbatasan waktu, serta tidak tersedianya alat cek gula darah pribadi di rumah. Faktor-faktor ini menjadi dasar bahwa perlu adanya intervensi yang lebih terarah untuk mendukung peningkatan perilaku *self care* pada pasien DM.

Berdasarkan asumsi tersebut, upaya peningkatan *self care* pada pasien diabetes dapat dilakukan melalui kegiatan berbasis komunitas yang bersifat produktif, seperti pelatihan membuat prakarya dari pakaian bekas menjadi barang bernilai guna. Kegiatan ini tidak hanya berfungsi sebagai aktivitas fisik ringan, tetapi juga memiliki efek terapeutik dalam menurunkan kecemasan dan meningkatkan rasa percaya diri, sebagaimana ditunjukkan dalam penelitian Butar-Butar et al (2022)⁷².

Dengan pelaksanaan kegiatan komunitas yang produktif dan bersifat terapeutik tersebut, diharapkan pasien mampu meningkatkan kemampuan *self care*, mengelola stres dan menjaga aktivitas fisik secara berkelanjutan. Solusi jangka panjang yang dituju adalah terciptanya kemandirian pasien dalam menjalankan perawatan diri, disertai peningkatan kesejahteraan psikologis dan sosial yang pada akhirnya berkontribusi terhadap perbaikan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II.

b) Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil analisis univariat pada variabel dukungan keluarga, diketahui bahwa sebagian besar pasien DM berada dalam kategori mendukung, yaitu sebanyak 74 orang (84,1%). Sementara itu, hanya 14 orang (15,9%) berada dalam kategori kurang mendukung. Persentase yang tinggi pada kategori mendukung menunjukkan bahwa

peran serta keluarga sangat penting dalam membantu pasien menjalani pengobatan dan mengelola diabetes dengan lebih optimal.

Penelitian ini mendukung pandangan Friedman (2010), yang mengungkapkan bahwa dukungan keluarga meliputi berbagai bentuk penerimaan, sikap, dan tindakan positif antaranggota keluarga, di mana mereka saling membantu satu sama lain ²¹. Kehadiran keluarga dapat meningkatkan kepercayaan diri individu ketika menghadapi stres sehingga penderita DM merasa mampu untuk mengatasi masalahnya termasuk penyakit yang dihadapi. Dukungan dari keluarga memainkan peranan penting dalam memberikan bantuan, baik secara fisik maupun emosional, kepada penderita diabetes melitus dalam proses pengobatan dan pengelolaan kesehatannya ¹⁰.

Temuan ini juga diperkuat oleh penelitian sebelumnya, Penelitian oleh Suwanti et al. (2021) di Rumah Sakit Islam Siti Aisyah Madiun, menemukan bahwa sebagian besar pasien diabetes tipe II menerima dukungan keluarga yang baik, yaitu sebanyak 62 orang (72,1%)²³. Penelitian Oktavera et al. (2021) di Wilayah Kerja Puskesmas Semerap Kabupaten Kerinci juga memperlihatkan bahwa, mayoritas responden memiliki kualitas hidup yang baik sebanyak 26 orang (52%). Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap hal tersebut adalah tingginya peran dukungan keluarga dalam mendampingi pasien selama menjalani pengobatan ⁷³.

Berdasarkan analisis jawaban responden, pada pertanyaan nomor 15 tentang dorongan keluarga untuk memeriksakan mata ke dokter, sebanyak 44 orang (50%) menjawab “tidak pernah”, sedangkan pada pertanyaan nomor 17 mengenai dorongan untuk memeriksakan gigi, sebanyak 73 orang (83%) juga menjawab “tidak pernah”. Persentase ini menggambarkan kurangnya dukungan keluarga dalam mendorong pasien menjalani deteksi dini terhadap kemungkinan komplikasi diabetes. Hal ini penting mengingat pemeriksaan mata dan gigi secara

rutin berperan dalam mencegah komplikasi seperti retinopati diabetik dan penyakit periodontal, yang keduanya dapat memperburuk kondisi diabetes bila tidak ditangani sejak dini.

Berdasarkan temuan penelitian, peneliti berasumsi bahwa sebagian besar pasien diabetes melitus telah memperoleh dukungan yang baik dari keluarga, dengan jumlah sebanyak 74 orang (84,1%). masih terdapat sejumlah kecil responden, yakni 14 orang (15,9%), yang tergolong memiliki dukungan keluarga yang kurang. Keterbatasan ini kemungkinan dipengaruhi oleh kurangnya pemahaman keluarga mengenai peran mereka dalam pengelolaan diabetes dan rendahnya partisipasi aktif dalam kegiatan perawatan pasien.

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas dukungan keluarga yaitu, puskesmas dapat memberikan leaflet kepada anggota keluarga yang memuat informasi tentang pentingnya peran keluarga dalam mendukung pasien, baik secara fisik, emosional, sosial, maupun spiritual. Pemberian informasi ini dapat dilengkapi dengan edukasi langsung saat kunjungan pasien, sehingga keluarga memiliki pemahaman yang lebih baik dalam mendampingi pasien menjalani perawatan.

Sebagai solusi jangka panjang, diharapkan keluarga dapat terlibat secara aktif dan berkesinambungan dalam proses perawatan pasien, tidak hanya sebagai pendamping, tetapi juga sebagai sumber dukungan utama dalam pengelolaan penyakit. Keterlibatan ini diharapkan mampu menciptakan lingkungan rumah yang suportif, meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan, serta berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II secara menyeluruh.

c) Kualitas Hidup

Hasil analisis univariat pada variabel kualitas hidup menunjukkan bahwa dari 88 pasien diabetes melitus, sebanyak 44 orang (50%) memiliki kualitas hidup yang baik, sedangkan 44 orang lainnya (50%) masih berada pada kategori kualitas hidup yang kurang baik. Temuan ini mencerminkan bahwa setengah dari jumlah responden belum mencapai kondisi hidup yang optimal, meskipun mereka telah menjalani perawatan dan pengobatan secara rutin.

Temuan penelitian ini sejalan dengan pandangan Martin Seligman (2005), yang mengatakan bahwa salah satu cara untuk bahagia adalah *Have a meaningful life (life of contribution)*, yaitu pada saat seseorang dapat memberikan manfaat kepada orang lain. Mereka merasa hidupnya memiliki makna yang lebih tinggi jika bisa melakukan sesuatu untuk kemanusiaan¹². Kualitas hidup adalah gambaran holistik tentang bagaimana seseorang merasa berfungsi dalam kehidupan mereka sehari-hari¹¹.

Temuan ini turut didukung oleh hasil penelitian sebelumnya. Saragih et al. (2022) dalam penelitiannya di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, melaporkan bahwa sebagian besar pasien diabetes tipe II memiliki kualitas hidup yang baik, yaitu sebanyak 60 orang (85,7%)⁷⁴. Penelitian lain oleh Hijrianart et al. (2023) di Wilayah Kerja Puskesmas Bandar Baru, Kabupaten Pidie Jaya, di mana dari 42 responden, sebanyak 23 orang (54,8%) kualitas hidup yang baik⁷⁵.

Berdasarkan analisis jawaban responden, pada pertanyaan nomor 10 mengenai kecemasan terhadap kondisi penyakit (“Saya merasa tidak cemas dengan kondisi sakit yang saya alami”), sebanyak 11 orang (12,5%) menjawab “tidak pernah”, dan 24 orang (27,3%) menjawab “kadang-kadang”. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian pasien

DM masih mengalami kecemasan terkait kondisi kesehatannya. Hal ini mengindikasikan bahwa aspek psikologis, khususnya kecemasan dan ketenangan batin, masih menjadi tantangan yang perlu diperhatikan dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien DM. Sedangkan pada pertanyaan nomor 21 mengenai kepuasan terhadap istirahat tidur, sebanyak 11 orang (12,5%) menjawab “tidak pernah” merasa puas dengan tidurnya dan sebanyak 39 orang (44,3%) juga menjawab "kadang-kadang". Hal ini mengindikasikan bahwa aspek psikologis dan fisik, khususnya kualitas tidur dan makna diri, menjadi faktor yang masih lemah dalam mendukung kualitas hidup pasien DM.

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti berasumsi bahwa setengah dari pasien diabetes melitus masih memiliki kualitas hidup yang kurang optimal, yaitu sebanyak 44 orang (50,0%). Keseimbangan ini mengindikasikan adanya tantangan dalam pemenuhan kebutuhan psikologi dan lingkungan secara menyeluruh pada pasien DM, terutama terkait kecemasan terhadap kondisi penyakit dan kepuasan terhadap istirahat tidur. Hal ini mencerminkan bahwa dukungan terhadap aspek non-medis, seperti kesehatan psikologis dan kenyamanan lingkungan, belum sepenuhnya optimal, sehingga berpotensi menghambat kemampuan pasien dalam beradaptasi dan menjalani kehidupan sehari-hari secara produktif dan bermakna.

Peningkatan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II dapat dilakukan melalui penguatan *self care* dan peran keluarga. Kegiatan komunitas yang bersifat produktif, seperti pelatihan prakarya dari pakaian bekas, efektif sebagai aktivitas fisik ringan sekaligus terapi untuk mengurangi stres⁷². Di sisi lain, pemberian leaflet dan edukasi langsung kepada keluarga mengenai dukungan fisik, emosional, sosial, dan spiritual dapat meningkatkan keterlibatan dalam perawatan. Kedua upaya ini berpotensi menciptakan lingkungan yang mendukung perawatan berkelanjutan dan kualitas hidup yang lebih baik.

3. Analisis Bivariat

a) Hubungan *self care* dengan kualitas hidup

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki kemampuan *self care* yang baik juga memiliki kualitas hidup yang baik, yaitu sebanyak 38 orang (82,6%). Sebaliknya, responden dengan *self care* yang kurang baik cenderung memiliki kualitas hidup yang kurang baik, yaitu sebanyak 36 orang (85,7%). Berdasarkan hasil uji Chi Square diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$), yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *self care* dan kualitas hidup pada pasien DM Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Syatriani (2023), yang menyatakan bahwa *self care* merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi kualitas hidup penderita diabetes melitus. *Self care* merupakan kemampuan individu dalam mengelola kondisi kesehatannya secara mandiri, termasuk kepatuhan dalam mengontrol gula darah, menjaga pola makan, rutin berolahraga, mematuhi pengobatan, dan perawatan kaki¹⁸. Ketika *self care* dilakukan secara konsisten dan benar, maka komplikasi dapat dicegah, kondisi tubuh tetap stabil, dan pasien merasa lebih mampu mengendalikan hidupnya, yang secara langsung berdampak pada meningkatnya kualitas hidup.

Asumsi peneliti terhadap temuan dalam penelitian ini sejalan dengan teori yang menyebutkan adanya keterkaitan antara kemampuan *self care* dan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $p\text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$) berdasarkan uji *Chi Square*, yang berarti hubungan tersebut signifikan. Ketika pasien mampu menjalankan perawatan mandiri secara konsisten, mereka cenderung lebih sehat, merasa lebih berdaya, dan memiliki persepsi kualitas hidup yang lebih baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Zaura et al. (2021) di Puskesmas Jeumpa Kabupaten Bireuen, menunjukkan bahwa nilai $p = 0.000 < 0.05$, yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di kabupaten Bireuen⁷⁶. Hal ini mengindikasikan bahwa semakin baik *self care* yang dilakukan pasien, maka semakin baik pula kualitas hidup yang mereka rasakan. *Self care* yang optimal membantu pasien mengelola kondisi fisik dan emosional secara lebih efektif.

Hasil penelitian lain oleh Despitasi et al (2023) di Kelurahan Jati Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang, menunjukkan bahwa dari 32 pasien dengan *self care* yang baik, sebanyak 22 orang (68,8%) memiliki kualitas hidup yang baik. Sementara itu, dari 35 pasien dengan *self care* yang kurang baik, mayoritas yaitu 28 orang (80%) memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), yang mengindikasikan adanya hubungan yang signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II¹⁹.

Peneliti berasumsi bahwa kualitas hidup pasien diabetes ditentukan oleh sejauh mana mereka mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Ketika *self care* dilakukan dengan benar dan teratur, pasien akan merasa lebih sehat, memiliki kontrol glikemik yang baik, percaya diri, dan mampu mengelola penyakitnya dengan baik, yang berdampak positif pada persepsi mereka terhadap kualitas hidup. Sebaliknya, pasien dengan *self care* yang buruk lebih berisiko mengalami komplikasi, stres, dan ketidakpuasan terhadap hidupnya.

Meskipun hubungan antara *self care* dan kualitas hidup menunjukkan hasil yang signifikan, ditemukan beberapa kasus yang tidak berbanding lurus. Terdapat pasien dengan *self care* baik namun tetap

memiliki kualitas hidup yang kurang, yang kemungkinan disebabkan oleh faktor lain seperti komplikasi, kondisi psikososial, atau keterbatasan ekonomi. Sebaliknya, ada pasien dengan *self care* kurang baik namun kualitas hidupnya baik, yang mungkin terbantu oleh dukungan keluarga atau persepsi hidup yang positif. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas hidup bersifat multifaktorial dan tidak hanya ditentukan oleh *self care* semata.

Upaya yang dapat untuk meningkatkan *self care* adalah puskesmas bisa menyelenggarakan intervensi berbasis komunitas yang bersifat produktif seperti membuat prakarya dari pakaian bekas menjadi produk baru yang berdaya guna. Kegiatan ini terbukti mampu mengurangi kecemasan dan memberikan efek menenangkan bagi pasien, meningkatkan rasa percaya diri serta membuka peluang ekonomi, seperti yang ditunjukkan dalam penelitian Butar-Butar et al (2022)⁷². Selain bermanfaat secara psikologis, pendekatan ini juga menciptakan suasana sosial yang mendukung dan mendorong keterlibatan pasien dalam aktivitas harian.

Pelibatan anggota keluarga turut memperkuat efektivitas intervensi komunitas dalam meningkatkan *self care* pasien diabetes melitus tipe II. Intervensi pelibatan keluarga terbukti dalam mendorong kepatuhan perawatan diri melalui edukasi dan dukungan emosional (Pramita et al., 2021)⁷⁷. Pendekatan ini merupakan strategi holistik yang mendukung peningkatan kualitas hidup pasien secara berkelanjutan.

b) Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup

Berdasarkan hasil analisis bivariat terlihat bahwa sebagian besar responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki kualitas hidup yang juga baik, yaitu sebanyak 43 orang (58,1%). Sementara itu, responden dengan dukungan keluarga kurang mendukung sebagian besar memiliki kualitas hidup yang kurang baik,

yaitu sebanyak 13 orang (92,9%). Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,001$ ($p < 0,05$), yang menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pada pasien DM Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang.

Penelitian ini sejalan dengan teori Syatriani (2023), yang menyebutkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang memengaruhi kualitas hidup penderita diabetes melitus.¹⁰ Dukungan keluarga yang memadai membuat pasien merasa lebih tenang, dihargai, serta tidak merasa sendiri dalam menghadapi penyakitnya¹⁸. Kehadiran dan keterlibatan keluarga dalam proses perawatan memberikan kekuatan psikologis yang besar bagi pasien untuk tetap semangat menjalani hidup. Sebaliknya, ketika dukungan keluarga kurang, pasien lebih rentan mengalami tekanan mental dan emosional yang berdampak negatif pada kualitas hidup mereka.

Penelitian ini mendukung temuan Hardinet al. (2020) di Puskesmas Lubuk Begalung Padang, bahwa dari 39 pasien yang mendapat dukungan keluarga yang mendukung, sebanyak 17 orang (43,6%) memiliki kualitas hidup yang baik dan 22 orang (56,4%) memiliki kualitas hidup yang buruk. Sementara itu, dari 40 pasien dengan dukungan keluarga yang kurang mendukung, sebagian besar, yaitu 34 orang (85%), memiliki kualitas hidup yang buruk. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,011$ ($p < 0,05$), yang artinya ada hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien diabetes melitus²². Semakin baik dukungan keluarga, maka kualitas hidup pasien cenderung lebih baik.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Suwanti et al. (2021) di Rumah Sakit Islam Siti Aisyah Madiun, yang menunjukkan bahwa mayoritas pasien yang memperoleh dukungan keluarga cenderung memiliki

kualitas hidup yang baik. Dari total responden, 62 orang (72,1%) menerima dukungan keluarga yang baik, dan sebanyak 53 orang (61,6%) dilaporkan memiliki kualitas hidup yang baik. Analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus Tipe 2 di poli penyakit dalam Rumah Sakit Islam Siti Aisyah Madiun, dengan $p = 0,000$ ($p < 0,05$)²³.

Asumsi peneliti dalam penelitian ini adalah bahwa kualitas hidup pasien diabetes sangat dipengaruhi oleh keberadaan dan peran keluarga dalam perawatan. Ketika pasien merasa didukung, mereka lebih termotivasi untuk menjaga kondisi kesehatannya. Sebaliknya, kurangnya dukungan dapat menimbulkan stres, keputusan, dan penurunan kualitas hidup. Oleh karena itu, peran keluarga menjadi faktor yang tidak bisa diabaikan dalam pengelolaan penyakit kronis seperti diabetes.

Meskipun hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup menunjukkan hasil yang bermakna, ditemukan beberapa kasus yang tidak berbanding lurus. Terdapat pasien dengan dukungan keluarga yang baik namun memiliki kualitas hidup yang kurang baik, yang kemungkinan disebabkan oleh faktor lain seperti komplikasi, stres psikologis, status merokok, pendidikan, atau jenis kelamin. Sebaliknya, ada juga pasien yang memiliki dukungan keluarga yang kurang, namun memiliki kualitas hidup yang baik, yang mungkin dipengaruhi oleh tingkat kemandirian yang tinggi atau coping yang baik. Temuan ini menunjukkan bahwa kualitas hidup bersifat multidimensional.

Selain itu, peneliti juga mempertimbangkan bahwa tipe keluarga dapat memengaruhi bentuk dan intensitas dukungan yang diberikan kepada pasien. Berdasarkan data yang dikumpulkan, lebih dari separuh berasal

dari keluarga inti (72,7%), sedangkan sisanya dari keluarga besar (27,3%). Keluarga inti, yang secara umum terdiri dari ayah, ibu, dan anak, cenderung memiliki interaksi yang lebih intens dan terfokus, sehingga memungkinkan pemberian dukungan yang lebih langsung dan konsisten. Sebaliknya, dalam keluarga besar, meskipun terdapat lebih banyak anggota, peran dan tanggung jawab seringkali terbagi, yang dapat memengaruhi kualitas dukungan yang diterima pasien.

Hal ini sejalan dengan pendapat Mubarak (2009), yang menyatakan bahwa peran, tipe, dan struktur keluarga secara menyeluruh memiliki dampak besar terhadap kondisi kesehatan anggota keluarga, baik dalam aspek fisik maupun psikologis. Sebaliknya, kondisi kesehatan individu dalam keluarga juga dapat memengaruhi dinamika dan fungsi keluarga tersebut ⁷⁸.

Upaya untuk meningkatkan dukungan keluarga dapat dilakukan melalui pemberian leaflet yang memuat informasi mengenai peran keluarga dalam perawatan pasien diabetes melitus tipe II, baik secara fisik, emosional, sosial, maupun spiritual. Leaflet dapat dibagikan saat kunjungan ke Puskesmas atau melalui kunjungan rumah, disertai edukasi langsung oleh petugas kesehatan guna memperkuat pemahaman. Strategi ini diharapkan mendorong keterlibatan aktif keluarga dalam perawatan, sehingga berdampak positif terhadap kualitas hidup pasien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang didapatkan hasil, sebagai berikut :

1. Karakteristik pasien DM Tipe II pada penelitian ini didapatkan lebih dari separuh pasien berjenis kelamin perempuan sebanyak 59 orang, berada pada kelompok usia lansia akhir sebanyak 50 orang, memiliki pendapatan > RP. 2.994.193 sebanyak 53 orang, dan lebih dari separuh tidak memiliki komplikasi sebanyak 50 orang.
2. Hampir setengah pasien DM tipe II pada penelitian ini, yakni 39 orang memiliki *self care* yang kurang baik.
3. Sebagian kecil pasien DM tipe II pada penelitian ini, yakni 12 orang kurang mendapat dukungan keluarga.
4. Terdapat setengah pasien DM Tipe II pada penelitian ini, yakni 40 orang memiliki kualitas hidup jurang baik.
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing dengan $p\text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$).
6. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing dengan $p\text{ value} = 0,001$ ($p < 0,05$).

B. Saran

1. Bagi Masyarakat
 - a) Diharapkan pasien diabetes melitus tipe II dapat mengikuti kegiatan komunitas yang produktif, seperti pelatihan membuat prakarya dari pakaian bekas, yang bermanfaat sebagai aktivitas fisik ringan sekaligus terapi untuk menurunkan stres dan meningkatkan rasa percaya diri.

- b) Keluarga diharapkan terlibat aktif dalam mendampingi pasien, baik secara fisik, emosional, sosial, maupun spiritual, guna menciptakan lingkungan yang mendukung perawatan berkelanjutan di rumah.
- c) Pasien dan keluarga perlu meningkatkan pemahaman terhadap pentingnya *self care* secara mandiri untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup.

2. Bagi Puskesmas:

- a) Puskesmas dapat menyelenggarakan intervensi berbasis komunitas berupa kegiatan produktif seperti pelatihan membuat prakarya dari bahan bekas, yang terbukti efektif dalam mengurangi kecemasan, meningkatkan aktivitas fisik, dan membangun suasana sosial yang mendukung *self care* pasien.
- b) Memberikan leaflet kepada keluarga pasien yang berisi informasi peran keluarga dalam perawatan pasien, mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual.
- c) Melakukan edukasi langsung kepada keluarga saat kunjungan pasien atau melalui penyuluhan di Puskesmas untuk meningkatkan pemahaman dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya:

Peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti faktor-faktor lain yang mungkin memengaruhi kualitas hidup pasien diabetes, seperti obesitas, kesepian, dukungan tenaga kesehatan, atau lingkungan sosial. Selain itu, penggunaan metode campuran seperti wawancara mendalam atau diskusi kelompok terfokus juga perlu dipertimbangkan guna menggali lebih dalam faktor-faktor psikososial dan budaya yang memengaruhi kualitas hidup pasien DM Tipe II.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Ditjen P2P Laporan Kinerja Semester I Tahun 2023. Kemenkes RI. 2023.
2. WHO. World Health Statistics. 2022. 34 p.
3. Maulana M. Mengenal Diabetes Melitus. Kata Hati; 2021.
4. Kepmenkes. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2020.
5. Pranata S, Khasanah DU. Merawat Penderita Diabetes Melitus. Yogyakarta: Pustaka Panasea; 2017. 45–53 p.
6. IDF. IDF Diabetes Atlas - 10th edition. Diabetes Research and Clinical Practice. International Diabetes Federation; 2021.
7. SKI. Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023. 2023. 1–68 p.
8. Riskesdas. Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Barat Tahun 2018. Laporan Riskesdas Nasional 2018. 2018. 1–478 p.
9. Dinas Kesehatan Kota Padang. Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2023. Dinas Kesehatan Kota Padang. 2024. 213 p.
10. Syatriani S. Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus. Yogyakarta: Rizmedia Pustaka Indonesia; 2023.
11. Setyo BD. Strategi Holistik Peningkatan Kualitas Hidup Lansia. Penerbit Amerta Media; 2020.
12. Sarmadi S. Psikologi Positif. Yogyakarta: Titah Surga; 2018. 1–117 p.
13. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. 5th ed. Surabaya: Salemba Medika; 2020. 84 p.
14. Kardela W, Bellatasie R, Rahmidasari A, Wahyuni S, Wahyuni F. Penilaian Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Andalas Kota Padang. J Farm Higea. 2022;14(2):110.
15. Despitasari L, Afrizal, Sastra L, Alisa F, Amelia W, Desnita R, et al. Hubungan Self Efficacy dengan Self Care Pada Pasien Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Andalas. J Amanah Kesehat. 2022;4(2):117–26.
16. Fadilla Ramadhani. Hubungan Self Care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2023. J Nurs Public Heal. 2023;(18089014028):1–12.

17. Morewitz SJ. Chronic Diseases and Health Care. United States of America: Springer Science Business Media; 2006.
18. Yanto A, Setyawati D. Asuhan Keperawatan Psikososial Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. Kudus: Cipta Prima Nusantara; 2023. 36 p.
19. Despitasaki L, Alisa F, Sastra L, Amelia W, Fadhila RD. Hubungan Self-Care Management Terhadap Kualitas Hidup Pada Penderita Dm Tipe 2 Di Kelurahan Jati Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang. 2023;5(1):39–47.
20. Hasan MN, Permana I, Wahyudin D. Hubungan Self Care Dengan Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Di Desa Cibaregbeg Wilayah Kerja Puskesmas Sagaranten Kabupaten Sukabumi. J Heal Soc. 2023;12(1):7–15.
21. Friedman. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. 5th ed. EGC Medical Publisher; 2010.
22. Hardin F, Dhila SN. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien DM di Puskesmas Lubuk Begalung. J Kesehat Lentera 'Aisyiyah. 2020;3(1):374–7.
23. Suwanti E, Andarmoyo S, Purwanti LE. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. Heal Sci J. 2021;5:70.
24. Laporan Tahunan Puskesmas Belimbing. Laporan Tahunan Puskesmas Belimbing 2023. 2023.
25. PERKENI. Pedoman Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia. PB.PERKENI; 2021.
26. Gayatri RW, Kistianita AN, Virrizqi VS, Sima AP. Diabetes Mellitus Dalam Era 4 . 0. Wineka Media. 2019. 1–132 p.
27. Decroli E. Diabetes Meltus Tipe 2. Padang: Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas; 2019. 1 p.
28. Widagdo W, Mumpuni, Yetty Mariani Tambun. Diabetes Mellitus dan Remaja. 2024. 230 p.
29. Dewi R. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus. Deepublish; 2022.
30. Amiruddin R. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular, Kualitas Keperawatan Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus. Trans Info Media; 2023.
31. Ekasari MF, Riasmini NM, Hartini T. Meningkatkan Kualitas Hidup

Lansia. Wineka Media; 2018.

32. Amalia M, Oktarina Y, Nurhusna N. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Simpang IV Sipin Kota Jambi. *Jik J Ilmu Kesehat*. 2024;8(1):33.
33. Peterman F, Leiva AM, Martínez MA, Garrido-Méndez A, Poblete-Valderrama F, Díaz-Martínez X, et al. Risk factors associated with type 2 diabetes in Chile. *Nutr Hosp*. 2018;35(2):400–7.
34. Sormin MH, Tenrilemba F. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 Di UPTD Puskesmas Tunggakjati Kecamatan Karawang Barat. *J Kesehat Masy*. 2019;3(2):120–46.
35. Melinda F. Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *J Ilm Farm*. 2024;13(1):33–4.
36. Elisabeth E, Suhartina S, Wienaldi W. Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Diabetes Mellitus Tipe II di Rumah Sakit Royal Prima Medan. *J Heal Res Sci*. 2024;4(02):222–31.
37. Ferawati F, Hadi Sulistyoo AA. Hubungan Antara Kejadian Komplikasi Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Pasien Prolanis Di Wilayah Kerja Puskesmas Dander. *J Ilm Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya*. 2020;15(2):269–77.
38. Tumanggor WA. Hubungan Self Care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Santa Elizabeth Medan. 2019;
39. Ch Salim O, Sudharma NI, Kusumaratna RK, Hidayat A. Validity And Reliability Of World Health Organization Quality Of Life-BREF To Assess The Quality Of Life In The Elderly. 2007;26(1):27–38.
40. Kodim Y. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media; 2015.
41. Luthfa I. Implementasi Self Care Activity Penderita Diabetes Mellitus di Wilayah Puskesmas Bangetayu Semarang. *Bul Penelit Kesehat*. 2019;47(1):23–8.
42. Sugiharto. Pilar Perawatan Mandiri Diabetes Mellitus. *J Ilm Keperawatan (Scientific J Nursing)*. 2021;7(2):127–33.
43. Putri LR. Gambaran Self Care Penderita Diabetes Melitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Srandol Semarang. *Univ Diponegoro*. 2019;(Dm):1–180.
44. Ratnawati E. Keperawatan Komunitas. Pustaka Baru Press; 2019.
45. Seran B, Anderson E, Manoppo A. Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup. 2023;3:1–23.

46. Rahmi H, Malini H, Huriani E. Peran Dukungan Keluarga Dalam Menurunkan Diabetes Distress Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II. *J Kesehat Andalas*. 2020;8(4):127–33.
47. Widya Hendrawati G, Hartanto AE, Purwaningsih Y. Pemberdayaan Keluarga dalam Perawatan Penderita Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Ngrandu Kabupaten Ponorogo. *J Idaman*. 2022;6(2):63–7.
48. Yusra A. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. 2011;
49. Erda R, Novitri W, Gemini S, Yunaspi D. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Penderita Diabetes Mellitus. *J Kesehat Mercusuar*. 2021;4(2):82–6.
50. Gubernur Sumatera Barat. SK UMP SUMBAR 2025. 2024.
51. Dinanti. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2023. 2023;2(9):20–95.
52. Adiputra, Trisnadewi NW, Oktaviani NPW, Munthe SA, Hulu VT, Budiastutik I, et al. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Denpasar: Yayasan Kita Menulis; 2021.
53. Darwel, Rahmi Lisdeni. *Manajemen Data Statistik Untuk Penelitian Kesehatan*. Deepublish; 2020.
54. Agung AAP, Yuesti A. *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Denpasar: AB Publisher; 2020. 32 p.
55. Aritonang J, Henny S, Amila. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan*. Ahli Media PRESS; 2021.
56. Sarwono AE, Handayani A. *Metode Kuantitatif*. Unisri Press; 2021.
57. Masriadi, Baharudin A, Samsualam. *Metodologi Penelitian Kesehatan Kedokteran dan Keperawatan*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media; 2022.
58. Suryati I. *Buku Keperawatan Latihan Efektif Untuk Pasien Diabetes Melitus Berbasis Hasil Penelitian*. Yogyakarta: Deepublish; 2021.
59. Arania R, Triwahyuni T, Esfandiari F, Nugraha FR. Hubungan Antara Usia, Jenis Kelamin, dan Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Diabetes Melitus Di Klinik Mardi Waluyo Lampung Tengah. 2021;5(September):1–23.
60. Gunawan S, Rahmawati R. Hubungan Usia, Jenis Kelamin dan Hipertensi dengan Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Tugu Kecamatan

- Cimanggis Kota Depok Tahun 2019. ARKESMAS (Arsip Kesehatan Masyarakat). 2021;6(1):15–22.
61. Hans Tandra. Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes. Jakarta: Gramedia Pustaka; 2017.
 62. Sudyasih T, Asnindari LN. Hubungan Usia Dengan Selfcare Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. 2021;9(1).
 63. Rif'at ID, Hasneli Y, Indriati G. Gambaran Komplikasi Diabetes Melitus Pada Penderita Diabetes Melitus. 2023;11.
 64. Budiarto E, Anggraeni D. Pengantar Epidemiologi. 2nd ed. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2014.
 65. Irawan E. Dukungan Keluarga Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di Wilayah Binaan Puskesmas Babakan Sari. J Keperawatan BSI. 2020;7(2):42–9.
 66. Irawan E, Alfatih H, Faishal. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di Puskesmas Babakan Sari. J Keperawatan BSI. 2021;9(1):74–81.
 67. Sutanto GE, Yuswar A, Rizkifani S. Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Menggunakan Instrumen Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire (DQLCTQ). J Berk Ilm Kedokt dan Kesehatan Masy. 2025;3(1):387–95.
 68. Suryati I, Primal D, Pordiaty D. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Lama Menderita Diabetes Mellitus (Dm) Dengan Kejadian Ulkus Diabetikum Pada Pasien DM Tipe 2. J Kesehatan PERINTIS (Perintis's Heal Journal). 2020;6(1):1–8.
 69. Indawaty SN, Ningsih EA, Purwoko M. Gambaran Penyakit Mata yang Menyertai Penyakit Diabetes Mellitus Tipe II pada Lansia. Syifa' Med J Kedokt dan Kesehatan. 2020;10(2):135–40.
 70. Sri Rahmi A, Syafrita Y, Susanti R. Hubungan Lama Menderita DM Tipe 2 Dengan Kejadian Neuropati Diabetik. J JMJ [Internet]. 2022;10(1):20–5. Available from: <https://online-journal.unja.ac.id/kedokteran/article/view/18244>
 71. Harahap MA, Simamora FA, Gintings AF, Rangkuti JA. Gambaran Self Care Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua. J Kesehatan Ilm Indones (Indonesian Heal Sci Journal). 2024;9(1):145–9.
 72. Butar-Butar K, Nurlaila, Wari Y. Penerapan Kreatifitas Membuat Prakarya Dari Bahan Bekas Sebagai Terapi Mengurangi Kecemasan Pada Penderita

Diabetes Milletus Di Desa Sidangkal Padangsidimpuan Sumatera Utara. J Pengabd Masy. 2022;5:1844–8.

73. Oktavera A, Putri LM, Dewi R. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus Tipe-II. REAL Nurs J. 2021;4(1):6.
74. Saragih H, Sari Dewi Simanullang M, Florentina Br Karo L. Hubungan Self-Care Dengan Kualitas Hidup Penderita DM Tipe II. J Ilm Keperawatan IMELDA. 2022;8(2):147–54.
75. Hijriana I, Yusnita Y, Wati S. Hubungan Dukungan Keluarga dan Self Care Management dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus. J Keperawatan. 2023;15(2):653–60.
76. Zaura TA, Bahri TS, Darliana D. Hubungan Self Care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe II. JIM FKep. 2021;V(1):65–73.
77. Pramita R, Nasution SS, Purba JM. Intervensi Pemberdayaan Berbasis Keluarga terhadap Peningkatan Perilaku Perawatan Diri Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2. J Telenursing. 2021;3(2):784–96.
78. Wahid Iqbal Mubarak, Chayatin N. Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori. Salemba Medika. 2009.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Florien Nisak
Tempat/Tanggal Lahir : Padang /25 Juli 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Nama Ayah : Yohanis
Nama Ibu : Susi Wahyuni
Alamat : Andalas Timur
No. Telp/Hp : 082383005280
Email : florienfa@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

No.	Pendidikan	Tahun Lulus	Tempat
1.	TK Aisyiyah V	2008	Padang
2.	SDN 32 Andalas	2014	Padang
3.	MTSN Model Padang	2017	Padang
4.	MAN 2 Padang	2020	Padang
4.	Poltekkes Kemenkes Padang	2025	Padang

Lampiran Uji Plagiarisme Turnitin

FLORIEN NISAK _SKRIPSI 2025.docx

ORIGINALITY REPORT

16%	13%	12%	5%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikesdrsoebandi.ac.id Internet Source	1%
2	Johan Budhiana, Muhammadden Alwatuni Ma'sum, Rani Indriani Kusumah. "Hubungan dukungan keluarga dan mekanisme koping dengan kualitas hidup pasien Gagal Ginjal Kronis", Journal of Nursing Practice and Education, 2025 Publication	1%
3	123dok.com Internet Source	1%
4	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	1%
5	jurnal.fk.unand.ac.id Internet Source	1%
6	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%
7	repository.stikeselisabethmedan.ac.id Internet Source	<1%
8	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1%
9	ppjp.ulm.ac.id Internet Source	<1%