

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF CARE*
ACTIVITY PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO
SAMARINDA**

SKRIPSI



**DYAN NITARAHAYU
NIM. P07220215017**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
SAMARINDA
2019**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF CARE*
ACTIVITY PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO
SAMARINDA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh
gelar Sarjana Terapan Keperawatan



Disusun dan diajukan oleh
DYAN NITARAHAYU
NIM. P07220215017

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
SAMARINDA
2019**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF CARE*
ACTIVITY PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO
SAMARINDA**

SKRIPSI

Disusun dan diajukan oleh

DYAN NITARAHAYU
NIM. P07220215017

Telah diperiksa dan disetujui untuk diseminarkan

Samarinda, 20 Mei 2019

Pembimbing Utama



H. Azhari, SKM., M.Kes
NIDN. 4020106302

Pembimbing Pendamping



Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIDN. 4001078101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-IV Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim



Ns. Anis Parelangi, S. Kep., M. Kep., M.H
NIP. 197512152002121004

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF CARE*
ACTIVITY PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO
SAMARINDA**

SKRIPSI

Disusun dan diajukan oleh

DYAN NITARAHAYU
NIM P07220215017

Telah dipertahankan dalam sidang seminar hasil
Pada tanggal 20 Mei 2019
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.


Menyetujui,


Panitia Penguji


Penguji I

Penguji II

Penguji III



Ns. Puellangi, M.Kep., MH.Kes
NIDN 4015127503


H. Azhari, SKM., M.Kes
NIDN 4020106302


Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIDN 4001078101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-IV Keperawatan
Poltekkes Kalimantan Timur


Ns. Puellangi, M.Kep., MH.Kes
NIP 197512152002121004

ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *SELF CARE* *ACTIVITY* PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIDOMULYO SAMARINDA

Dyan Nitarahayu¹⁾, H. Azhari²⁾, Tini³⁾

¹⁾Mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

²⁾Dosen Jurusan Analis Kesehatan, Poltekkes Kaltim

³⁾Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

Pendahuluan: DM merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan berisiko menimbulkan komplikasi. Guna mencegah komplikasi, pasien DM perlu melakukan *self care*. Terdapat faktor yang mempengaruhi perilaku *self care activity* diantaranya adalah dukungan keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

Metode: Jenis penelitian ini adalah studi analitik korelasi dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Besar sampel adalah 50 orang dengan teknik *purposive sampling* di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruhnya keluarga mendukung sebanyak 48 orang (96%) dan rata-rata *self care activity* responden adalah 4,26 hari dalam seminggu. Hasil uji hipotesis dengan *korelasi pearson* didapatkan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan *self care activity* dengan *p value* 0,345.

Kesimpulan: Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

Saran: Perlu ada penelitian lebih lanjut tentang variabel yang mempengaruhi perilaku *self care activity* pada pasien DM.

Kata Kunci: Dukungan Keluarga, *Self Care Activity*, DM tipe 2

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT AND SELF-CARE ACTIVITY IN THE PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN THE PUSKESMAS SIDOMULYO SAMARINDA AREA

Dyan Nitarahayu¹⁾, H. Azhari²⁾, Tini³⁾

¹⁾Student of Applied Science in Nursing Program, Kaltim Health Polytechnic

²⁾Lecturer of Medical Laboratory Department, Kaltim Health Polytechnic

³⁾Lecturer of Nursing Department, Kaltim Health Polytechnic

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease that cannot be cured and is at risk of causing complications. In order to prevent complications, DM patients need to do self-care. There are factors that influence the behavior of self care including family support. This study aims to determine the relationship between family support and self-care activity in the patient with DM type 2 in the Puskesmas Sidomulyo Samarinda area.

Method: This type of research is a correlation analytic study used a cross sectional research design. The sample size is 50 persons with purposive sampling technique in the Puskesmas Sidomulyo Samarinda area.

Result: The results of the study showed that almost all families supported as many as 48 persons (96%) and the respondent's average self care activity is 4.26 days a week. The result of hypothesis testing with Pearson Correlation there was no relationship between family support and self-care activity with p-value 0.345.

Conclusion: There was no relationship between family support and self-care activity in the patient with DM type 2 in the Puskesmas Sidomulyo Samarinda area.

Suggestion: There need to be further research on variables that affect the behavior of self care activity in the patient with DM.

Keywords: Family Support, Self-Care Activity, DM type 2

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Self Care Activity* Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda”. Shalawat dan salam semoga selalu tercurah kepada junjungan Nabi besar Muhammad SAW, para sahabat dan pengikutnya sampai akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Parellangi, M.Kep., MH.Kes selaku Ketua Program Studi D-IV Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. H. Azhari, SKM., M.Kes selaku Pembimbing Utama.
5. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Pendamping.
6. Pihak Puskesmas Sidomulyo Samarinda

7. Ayah saya Suprayitno dan Ibu saya Suyanti, serta adik laki-laki saya Pramudia Cahya Firdaus yang senantiasa selalu mendukung dan mendoakan saya untuk menyelesaikan skripsi ini.
8. Sahabat dan seluruh teman-teman Prodi D-IV Keperawatan.
9. Kepada semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan pengalaman dan ilmu yang dimiliki penulis. Oleh karena itu, penulis mengharapkan segala bentuk saran dan masukan bahkan kritikan yang membangun dari berbagai pihak. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi para pembaca dan semua pihak.

Samarinda, 20 Mei 2019

Mahasiswa

Dyan Nitarahayu

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN	iv
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Keaslian Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Diabetes Melitus.....	9
B. Self Care Activity.....	17
C. Dukungan Keluarga	32
D. Kerangka Teori.....	42
E. Kerangka Konsep.....	43
F. Hipotesis.....	44
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	45
B. Populasi dan Sampel	45
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	47
D. Definisi Operasional.....	47

E. Instrumen Penelitian.....	49
F. Uji Validitas dan Reliabilitas	51
G. Teknik Pengumpulan Data	52
H. Analisis Data	54
I. Etika Penelitian	55
J. Alur Penelitian	57
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	58
B. Hasil Penelitian	59
C. Pembahasan.....	63
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	78
B. Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	6
Tabel 2.1 Kadar Gula Darah Normal Menurut PERKENI 2015	26
Tabel 2.2 Pengukuran Kuesioner <i>Self Care Activity</i>	31
Tabel 3.1 Definisi Operasional	48
Tabel 3.2 Blue Print Alat Ukur Dukungan Keluarga	49
Tabel 3.3 Blue Print Alat Ukur <i>Self Care Activity</i>	50
Tabel 4.1 Karakteristik Responden Pasien DM Tipe 2	59
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga.....	61
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan <i>Self Care Activity</i>	62
Tabel 4.4 Hasil Uji Korelasi <i>Pearson</i>	63

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	42
Bagan 2.2 Kerangka Konsep	43
Bagan 3.1 Alur Penelitian	57



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent

Lampiran 2. Karakteristik Responden

Lampiran 3. Kuesioner Dukungan Keluarga

Lampiran 4. Kuesioner *Self Care Activity (Summary Diabetes Self Care Activity)*

Lampiran 5. Hasil Uji Validitas Instrumen Dukungan Keluarga

Lampiran 6. Surat Izin Melakukan Uji Validitas Instrumen

Lampiran 7. Surat Izin Penelitian

Lampiran 8. Keterangan *Ethical Clearance*

Lampiran 9. Kartu Bimbingan

Lampiran 10. Jadwal Penelitian

Lampiran 11. Hasil Perhitungan Statistik

Lampiran 12. Dokumentasi Kegiatan Penelitian

Lampiran 13. Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit kronis yang tidak ditularkan dari orang ke orang. PTM merupakan penyebab utama kematian didunia, sekitar 71 % dari semua kematian tahunan. PTM meliputi: asma, kanker, stroke, gagal ginjal kronis, penyakit sendi, diabetes melitus (DM), jantung koroner, hipertensi, dan obesitas (Risikesdas, 2018).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2016, memperkirakan 1,6 juta kematian secara langsung disebabkan oleh DM. Hampir setengah dari semua kematian yang disebabkan oleh glukosa darah tinggi terjadi sebelum usia 70 tahun. WHO memperkirakan bahwa diabetes adalah penyebab utama ketujuh kematian pada tahun 2016 (WHO, 2016).

Data yang diperoleh dari *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2017 Indonesia menempati peringkat keenam di dunia setelah China, India, United States, Brazil dan Mexico, dengan prevalensi penderita sebanyak 10,3 juta jiwa. Pada tahun 2017, Sekitar 425 juta orang dewasa (20-79 tahun) hidup dengan DM, diperkirakan pada tahun 2045 ini akan meningkat menjadi 629 juta. Lebih dari 1.106.500 anak-anak hidup dengan DM tipe 1, Lebih dari 21 juta kelahiran hidup dipengaruhi oleh DM selama kehamilan, 352 juta orang berisiko terkena DM tipe 2 (International Diabetes Federation, 2017).

Prevalensi DM di Indonesia mengalami peningkatan dari (6,9%) menjadi (8,5%) dimana provinsi Kalimantan Timur menempati urutan kedua di Indonesia yang menderita DM. Prevalensi DM ini berdasarkan pemeriksaan darah pada penduduk umur ≥ 15 tahun (Riskesdas, 2018). Data dari Dinas Kesehatan Kota Samarinda jumlah penderita DM pada tahun 2017 sebanyak 1152 kasus dan pada 7 bulan pertama di tahun 2018 sebanyak 364 kasus dengan kasus terbanyak penderita pada usia 20-70 tahun. Puskesmas di Kota Samarinda dengan penderita DM tertinggi adalah Puskesmas Sidomulyo, Puskesmas Segiri, dan Puskesmas Temindung (Dinkes, 2018).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Sidomulyo Samarinda pada tanggal 19 Desember 2018, didapatkan hasil kunjungan penderita DM di Puskesmas Sidomulyo selama bulan November sebanyak 125 kasus. Penderita DM pada laki-laki sebanyak 65 kasus dan penderita DM pada perempuan sebanyak 60 kasus. Kasus terjadi pada usia 20 sampai lebih dari 70 tahun (Rekam Medik Puskesmas Sidomulyo, 2018).

Berdasarkan data tersebut, penderita DM setiap tahunnya terus mengalami peningkatan. DM merupakan penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan, sehingga untuk mencegah komplikasi terjadi diperlukannya perawatan diri bagi penderita DM. Pada penelitian sebelumnya dikatakan bahwa hanya sekitar 7-25% penyandang DM patuh terhadap semua aspek perilaku perawatan diri. Sekitar 40-60% mengalami kegagalan terkait diet, 30-80% tidak patuh terhadap kontrol gula darah dan 70-80% tidak patuh terhadap olahraga (Fahra, Nur Widayati, & Jon Hafan Sutawardana, 2017).

Jika penderita DM tidak patuh terhadap perawatan diri, maka akan menyebabkan komplikasi yang lebih lanjut. Sekitar 1785 pasien DM di Indonesia mengalami komplikasi neuropati sebanyak 63,5%, retinopati diabetes sebanyak 42%, dan nefropati sebanyak 7,3%. Pasien yang mengalami komplikasi makrovaskuler sebanyak 16% dan komplikasi mikrovaskuler sebanyak 27,6% (Soewondo et al., 2010).

Ketidakpatuhan penderita dalam perawatan diri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah dukungan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian Arifin (2015) menunjukkan bahwa responden yang mempunyai dukungan keluarga tinggi, sebagian besar memiliki kepatuhan diet DM tipe 2 dalam kategori patuh yaitu sejumlah 18 responden (66,7%). Responden yang mempunyai dukungan keluarga sedang, sebagian besar memiliki kepatuhan diet DM tipe 2 dalam kategori tidak patuh yaitu sejumlah 14 responden (63,6%).

Penelitian yang dilakukan oleh Al-Kahfi, Palimbo, & Marlina (2016) menyatakan bahwa responden yang mendapatkan dukungan dari keluarga sebagian besar baik dalam mencegah kaki diabetik berjumlah 60 orang (70,6%) sedangkan responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga sebagian besar tidak baik dalam mencegah kaki diabetik yaitu sebanyak 16 orang (18,8%). Hasil penelitian Bertalina (2016) mendeskripsikan bahwa responden dengan lama menderita < 5 tahun yang patuh dalam menjalankan pengontrolan diet sebanyak 5 responden (33%) dan yang tidak patuh sebanyak 10 responden (66,7%) sedangkan ≥ 5 tahun yang patuh terhadap pengontrolan diet sebanyak 7 responden (41,7%) dan yang tidak patuh 8 responden (53,3%). Bertalina juga

mengatakan sebanyak 16,7% responden yang memiliki motivasi yang kurang baik yang patuh terhadap diet sedangkan sebanyak 83,3% responden yang memiliki motivasi yang baik dan patuh terhadap diet.

Keikutsertaan anggota keluarga dalam memotivasi untuk mengkonsumsi obat secara teratur, penyediaan makanan yang sesuai dengan diet, mengingatkan untuk melakukan latihan fisik, mengontrol kadar gula darah secara rutin, dan melakukan perawatan kaki merupakan bentuk peran aktif bagi penatalaksanaan DM. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Self Care Activity* pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda."

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah Puskesmas Sidomulyo Samarinda ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama mengalami DM, mengikuti pendidikan kesehatan tentang DM.
- b. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2
- c. Mengidentifikasi *self care activity* pada pasien DM tipe 2
- d. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien DM tipe 2.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai bahan perkembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan, khususnya di bidang ilmu keperawatan keluarga dari segi aspek perawatannya.

2. Praktis

- a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Samarinda

Sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan terhadap program-program pencegahan komplikasi DM yang lebih lanjut.

- b. Bagi Puskesmas

Memberikan saran dan acuan penatalaksanaan kepada puskesmas untuk dapat mengembangkan kegiatan yang mampu mencegah komplikasi lebih lanjut pada pasien DM tipe 2 melalui *self care activity*.

c. Bagi Peneliti

Menjadi dasar informasi awal untuk melakukan pencegahan komplikasi dalam meningkatkan *self care activity* melalui dukungan keluarga.

d. Bagi Responden

Menambah pengetahuan klien dan membantu keluarga dalam mencegah komplikasi DM tipe 2 melalui *self care activity*.

E. Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini merupakan matrik yang memuat tentang nama peneliti, tahun penelitian, judul penelitian, metode penelitian, hasil penelitian yang dapat dilihat pada tabel 1.1 dibawah ini.

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Elpriska (2016)	Pengaruh stres, dukungan keluarga dan manajemen diri terhadap komplikasi ulkus kaki diabetik pada penderita DM tipe 2	Independen: - Stres, dukungan keluarga Dependen: - Komplikasi ulkus kaki diabetik	Jenis & Desain: Kuantitatif dengan menggunakan desain case control yang bersifat retrospektif Teknik sampling: <i>Purposive sampling</i> Analisa data: Univariat dan bivariat	Ada pengaruh stres, dukungan keluarga dan manajemen diri terhadap komplikasi ulkus kaki diabetik dimana <i>p value</i> stres 0,000 dengan OR 7.42, dukungan keluarga <i>p value</i> 0,007 dengan OR 3,88 dan manajemen	Variabel dependen, desain penelitian, tempat, dan tahun penelitian

				dengan uji <i>chi-square</i> .	diri <i>p value</i> 0,000 dengan OR 8,77 <i>p value</i> = <0,05	
2.	Arifin (2015)	Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet diabetes melitus tipe 2 di poli penyakit dalam RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro klaten	<p>Independen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan keluarga <p>Dependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penerapan kepatuhan diet diabetes melitus tipe 2 	<p>Jenis & Desain:</p> <p>Kuantitatif dengan rancangan <i>cross sectional study</i>.</p> <p>Teknik sampling:</p> <p><i>Accidental sampling</i></p> <p>Analisa data:</p> <p>Univariat dan bivariat dengan uji <i>chi-square</i> dan uji <i>fisher exact</i>.</p>	<p>Terdapat hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan terapi diet pasien diabetes melitus dalam menjalankan terapi diet dengan nilai keeratan hubungan ditunjukkan oleh korelasi <i>spearman rank p-value</i> sebesar 0,000 (<0,05) dan keeratan sebesar 0,492</p>	Variabel dependen, teknik sampling, tempat, dan tahun penelitian
3.	Al-Kahfi, Palimbo, dan Marlina (2016)	Pengaruh efikasi diri dan dukungan keluarga terhadap pencegahan kaki diabetik pada pasien rawat jalan diabetes mellitus tipe 2 di RSUD Dr. Moch Ansari Saleh Banjarmasin	<p>Independen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efikasi diri, dukungan keluarga <p>Dependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pencegahan kaki diabetik 	<p>Jenis & Desain:</p> <p>Kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>.</p> <p>Teknik sampling:</p> <p><i>Purposive sampling</i>.</p> <p>Analisa data:</p> <p>Univariat dan bivariat dengan <i>chi-square</i>.</p>	<p>Ada hubungan efikasi diri dan dukungan keluarga terhadap pencegahan kaki diabetik ($p = 0,000 < \alpha 0,05$)</p>	Variabel dependen, tempat, dan tahun penelitian
4.	Wahyu Adhitya, Firdaus W,	Hubungan dukungan keluarga terhadap	<p>Independen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan keluarga 	<p>Jenis & Desain:</p> <p>Kuantitatif dengan</p>	<p>Hasil penelitian didapatkan variabel yang</p>	Variabel dependen, tempat, dan tahun

Arwind
a N,
Suharto
(2016)

kepatuhan
pasien
dalam
menjalanka
n 4 pilar
pengelolaa
n diabetes
mellitus
tipe 2 di
Puskesmas
Rowosari

Dependen:

- Kepatuhan pasien dalam menjalankan 4 pilar pengelolaan diabetes melitus tipe 2

pendekatan
*cross
sectional.*

**Teknik
sampling:**
*Purposive
sampling.*

**Analisa
data:**
*Chi-square,
Mann Witney
dan Analisis
stratifikasi
dengan
Mentel
Haenszel.*

berhubungan
dengan
kepatuhan 4
pilar
pengelolaan
DM tipe 2
yaitu status
ekonomi (p
value 0.001),
komplikasi (p
value 0.045).
Terdapat
hubungan
antara
dukungan
keluarga
dengan
kepatuhan
pasien dalam
menjalankan 4
pilar
pengelolaan
DM tipe 2 (p
value 0.001).
Dengan
menggunakan
analisis
stratifikasi
didapatkan
tingkat
pendidikan,
status ekonomi
dan
komplikasi
dapat
mempengaruhi
dukungan
keluarga
terhadap
kepatuhan
dalam
menjalankan 4
pilar
pengelolaan
DM tipe 2

penelitian



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus

1. Pengertian

DM merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah. Akibatnya terjadi peningkatan glukosa di dalam darah atau hiperglikemia (Kemenkes RI, 2014).

DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Seseorang dapat didiagnosa DM apabila mempunyai gejala klasik seperti poliuria (sering kencing), polidipsi (mudah haus), polifagi (mudah lapar) dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya (PERKENI, 2015).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa DM merupakan penyakit gangguan metabolik dengan karakteristik kelebihan kadar glukosa dalam darah yang disertai gejala seperti poliuri, polidipsi, polifagi serta penurunan berta badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.

2. Tanda dan Gejala

Beberapa tanda dan gejala umum menurut PERKENI (2015) yang dapat ditimbulkan atau ditemukan pada penderita DM, diantaranya:

a. Pengeluaran Urin (Poliuria)

Poliuria adalah keadaan dimana volume air kemih dalam 24 jam meningkat melebihi batas normal. Poliuria timbul sebagai gejala DM dikarenakan kadar gula dalam tubuh relatif tinggi sehingga tubuh tidak sanggup untuk mengurainya dan berusaha untuk mengeluarkannya melalui urin. Gejala pengeluaran urin ini lebih sering terjadi pada malam hari dan urin yang dikeluarkan mengandung glukosa.

b. Timbul Rasa Haus (Polidipsia)

Polidipsia adalah rasa haus berlebihan yang timbul karena kadar glukosa terbawa oleh urin sehingga tubuh merespon untuk meningkatkan asupan cairan.

c. Timbul Rasa Lapar (Polifagia)

Pasien DM akan merasa cepat lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi.

d. Penurunan Berat Badan

Penyusutan berat badan pada pasien DM disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energi.

3. Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi DM menurut ADA pada tahun 2018, adalah sebagai berikut:

a. Diabetes Melitus Tipe 1

DM tipe 1 tidak hanya terjadi pada anak-anak lagi, namun anak-anak dengan DM tipe 1 biasanya muncul dengan gejala khas poliuri, polidipsi, dan sekatar sepertiganya disertai dengan ketoasidosis. DM tipe 1 terjadi akibat kerusakan sel β (beta) autoimun, biasanya mengarah pada defisiensi insulin.

b. Diabetes Melitus Tipe 2

DM tipe 2 terjadi karena adanya defek sekresi insulin yang terjadi secara progresif dan berkelanjutan menyebabkan resistensi. Seringkali DM tipe 2 didiagnosis beberapa tahun setelah onset, yaitu setelah komplikasi muncul sehingga tinggi insidensinya sekitar 90% dari penderita DM di seluruh dunia.

c. Diabetes Gestasional

Gestational diabetes mellitus (GDM) adalah diabetes yang didiagnosis selama kehamilan trimester kedua dan ketiga. Wanita dengan diabetes gestasional memiliki peningkatan risiko komplikasi selama kehamilan dan saat melahirkan, serta memiliki risiko DM tipe 2 yang lebih tinggi di masa depan.

d. Tipe Diabetes Lainnya

Pada umumnya disebabkan karena adanya sindrom monogenik diabetes (diabetes neonatal), penyakit eksokrin pada pankreas (fibrosis

kistik, pankreatitis), dan obat-obatan atau bahan kimia yang menginduksi diabetes seperti penggunaan glukokortikoid dalam pengobatan HIV/AIDS, atau setelah transplantasi organ.

4. Etiologi

Menurut Handayani (2015) faktor penyebab penyakit DM bersifat heterogen, akan tetapi dominasi genetik atau keturunan biasanya memiliki peran utama mayoritas penderita DM. Adapun faktor-faktor lain sebagai terjadinya penyebab penyakit DM antara lain:

- a. Kelainan pada sel B pankreas. Berkisar dari hilangnya sel B sampai dengan terjadinya kegagalan pada sel B dalam melepaskan insulin.
- b. Faktor lingkungan sekitar yang dapat mengubah fungsi sel B, antara lain agen yang dapat menimbulkan infeksi, diit dimana pemasukan karbohidrat serta gula yang diproses dalam tubuh secara berlebihan.
- c. Obesitas atau peningkatan berat badan diatas normal indeks masa tubuh dan kehamilan.
- d. Adanya gangguan sistem imunitas pada penderita atau gangguan sistem imunologi.
- e. Adanya kelainan produksi hormon insulin dalam tubuh.
- f. Pola hidup yang tidak sehat sangat mempengaruhi penyakit DM.

5. Patofisiologi DM Tipe 2

DM tipe 2 juga sering disebut dengan non insulin dependent diabetes melitus (NIDDM). Patofisiologi DM tipe 2 adalah adanya keadaan hiperinsulinemia dimana meningkatnya jumlah hormon insulin di dalam

darah tetapi insulin tidak bisa membawa glukosa masuk ke dalam sel karena terjadi resistensi insulin, yaitu menurunnya sensitivitas reseptor insulin sehingga insulin tidak bisa berikatan dengan reseptornya. Selain itu, pada DM tipe 2 juga terjadi karena adanya gangguan sekresi insulin akibat tubuh memberi sinyal kepada sel beta pankreas seakan tubuh kekurangan hormon insulin tersebut, maka dari itu dalam hal ini disebut dengan defisiensi insulin relatif, yaitu sel beta pankreas mampu memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup namun kerja insulin tidak efektif (ADA, 2018).

6. Faktor Risiko

Faktor risiko pada penyakit DM menurut PERKENI (2015) terbagi menjadi dua, yaitu:

a. Faktor risiko yang dapat diubah

- 1) Berat badan lebih ($IMT \geq 23 \text{ kg/m}^2$)
- 2) Kurangnya aktivitas fisik
- 3) Hipertensi ($> 140/90 \text{ mmHg}$)
- 4) Dislipidemia ($HDL < 35 \text{ mg/dl}$ dan atau trigliserida $> 250 \text{ mg/dl}$)
- 5) Diet tidak sehat. Diet dengan tinggi gula dan rendah serat akan meningkatkan risiko menderita prediabetes/intoleransi glukosa dan DM tipe 2.

b. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

- 1) Usia, risiko untuk menderita intoleransi glukosa meningkat seiring dengan meningkatnya usia. Usia > 45 tahun harus dilakukan pemeriksaan DM
- 2) Ras dan etnik
- 3) Riwayat keluarga dengan DM
- 4) Riwayat melahirkan bayi dengan BB lahir bayi > 4000 gram atau riwayat pernah menderita diabetes gestasional.
- 5) Riwayat lahir dengan berat badan rendah, kurang dari 2,5 kg. Bayi yang lahir dengan BB rendah mempunyai risiko yang lebih tinggi dibanding dengan bayi lahir dengan BB normal.

7. Komplikasi

DM yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis. Menurut PERKENI (2015) komplikasi DM dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu:

a. Komplikasi Akut

Hipoglikemia adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (< 50 mg/dl). Hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita DM tipe I yang dapat dialami 1-2 kali per minggu, kadar gula darah yang terlalu rendah menyebabkan sel-sel otak tidak mendapat pasokan energi sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalami kerusakan.

Hiperglikemia adalah apabila kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik, koma hiperosmoler non ketotik (KHNK) dan kemolakto asidosis.

b. **Komplikasi Kronis**

Komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita DM adalah trombotik otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongestif, dan stroke. Komplikasi mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita DM tipe 1 seperti nefropati, diabetik retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dan pengelolaan DM dititik beratkan pada 4 pilar penatalaksanaan DM (PERKENI, 2015), yaitu:

a. **Edukasi**

Tim kesehatan mendampingi pasien dalam perubahan perilaku sehat yang memerlukan partisipasi aktif dari pasien dan keluarga pasien. Upaya edukasi dilakukan secara komprehensif dan berupaya meningkatkan motivasi pasien untuk memiliki perilaku sehat.

Tujuan dari edukasi adalah mendukung usaha pasien penyandang DM untuk mengerti perjalanan alami penyakitnya dan pengelolannya, mengenali masalah kesehatan/komplikasi yang mungkin timbul secara dini/saat masih reversible. Ketaatan perilaku

pemantauan dan pengelolaan penyakit secara mandiri dan perubahan perilaku/kebiasaan kesehatan yang diperlukan.

Edukasi pada penyandang DM meliputi pemantauan glukosa mandiri, perawatan kaki, ketaatan penggunaan obat-obatan, berhenti merokok, meningkatkan aktifitas fisik dan mengurangi asupan kalori serta diet tinggi lemak.

b. Terapi Gizi Medis

Prinsip pengaturan makan pada penyandang DM yaitu makanan yang seimbang, sesuai dengan kebutuhan kalori masing-masing individu, dengan memperhatikan keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah makanan. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari karbohidrat 45-65%, lemak 20-25%, protein 10-20%, natrium kurang dari 3 g dan diet cukup serat sekitar 25 g/hari.

c. Latihan Jasmani

Latihan jasmani secara teratur 3-4 kali seminggu, masing-masing selama kurang lebih 30 menit. Latihan jasmani dianjurkan yang bersifat *aerobic* seperti berjalan santai, jogging, bersepeda dan berenang. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan meningkatkan sensitivitas insulin. Latihan jasmani disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani.

d. Intervensi Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan peningkatan pengetahuan pasien, pengaturan makan dan latihan jasmani. Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

B. *Self Care Activity*

1. *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1994) dalam Astuti (2014) efikasi diri adalah keyakinan seseorang tentang kemampuan mereka untuk mencapai suatu tingkat kinerja yang mempengaruhi setiap peristiwa dalam hidupnya. Efikasi diri menentukan bagaimana seseorang merasa, berfikir, memotivasi dirinya dan berperilaku. Efikasi diri terbentuk melalui empat proses utama yaitu kognitif, motivasi, afektif dan proses seleksi.

Astuti (2014) mengatakan efikasi diri adalah keyakinan seseorang akan kemampuan dirinya dalam mengatur dan melaksanakan kegiatan yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkan. Mu'arofah (2013) mengatakan seseorang dengan *self efficacy* tinggi percaya bahwa mereka mampu melakukan sesuatu untuk mengubah kejadian-kejadian di sekitarnya dan akan berusaha lebih keras untuk mengatasi tantangan yang ada., sedangkan seseorang dengan *self efficacy* rendah menganggap dirinya pada dasarnya tidak mampu mengerjakan segala sesuatu yang ada di sekitarnya sehingga jika dalam situasi yang sulit, cenderung akan mudah menyerah.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *self efficacy* adalah keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya dalam mengatur, melaksanakan, dan menyelesaikan masalah yang dihadapinya yang mendukung kesehatannya sehingga individu tersebut mampu mengatasi rintangan dan mencapai tujuan serta harapan yang diinginkan.

2. Pengertian *Self Care*

Self care merupakan kunci dalam penatalaksanaan penyakit kronis secara komprehensif. Manajemen diri DM yang efektif diperoleh jika individu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk melakukan pengelolaan DM secara mandiri. Keberhasilan manajemen diri membutuhkan partisipasi aktif pasien, keluarga dan masyarakat (Rahmawati, Tahlil, & Syahrul, 2016).

Manajemen diri pada saat ini menjadi sebuah pendekatan yang sangat efektif dalam mengelola kondisi kronis. *Self care activity* memiliki lima domain utama meliputi manajemen nutrisi, aktivitas fisik, olahraga, pengawasan glukosa/darah, pengobatan medis, dan perawatan kakinya (Elpriska, 2016).

3. Teori *Self Care Orem*

Orem (1980) mengembangkan teori *self care deficit* meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu *self care*, *self care defisit*, dan *nursing system* (Abi Muhlisin, 2010).

a. Teori *Self Care*

1) *Self Care Agency*

Self care agency adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan *self care*. Kemampuan individu untuk melakukan *self care* dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber.

2) *Self Care Therapeutic*

Kebutuhan *Self Care Therapeutic* merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan *self care* dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

3) *Self Care Requisite*

Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasi tiga katagori *self care requisite*:

- a) Universal meliputi; udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.

- b) Developmental, lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut.
- c) Perubahan kesehatan (*Health Deviation*) berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan *self care* akibat suatu penyakit atau injuri.

b. *Self Care Deficit*

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan *self care* secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care*:

- 1) Tindakan untuk atau lakukan untuk orang lain.
- 2) Memberikan petunjuk dan pengarahan.
- 3) Memberikan dukungan fisik dan psikologis.
- 4) Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.

- 5) Pendidikan. Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care*.

c. Nursing System

Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *self care* terapeutik mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self care agency*. Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi *nursing system* yaitu:

1) *Wholly Compensatory System*

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care*, dan menerima *self care* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu; tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *self care* nya.

2) *Partly Compensatory Nursing System*

Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *self care*.

3) *Supportive Educative System*

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau eksternal *self care* tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system*.

4. Lima Domain *Self Care Activity*

Menurut PERKENI (2015), *Self Care Activity* pada penderita DM tipe 2 terbagi menjadi lima, yaitu:

a. Manajemen Nutrisi

DM tipe 2 umumnya terjadi saat adanya perubahan pola gaya hidup dan perilaku. Salah satu modalitas yang dilakukan dalam penatalaksanaan DM adalah terapi non farmakologis, salah satunya yaitu perubahan gaya hidup dengan melakukan pengaturan pola makan yang dikenal dengan terapi gizi medis. Pada pasien DM tipe 2 perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis, dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurunan glukosa darah atau insulin.

Berdasarkan konsesus yang telah disusun oleh PERKENI (2015) terkait dengan manajemen diet DM tipe 2 komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari:

1) Karbohidrat

Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energi. Pembatasan karbohidrat total <130 g/hari tidak dianjurkan pada pasien DM. Makanan harus mengandung karbohidrat terutama yang berserat tinggi. Gula dalam bumbu diperbolehkan sehingga pasien DM dapat makan bersama dengan makanan keluarga yang lain. Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% total asupan energi. Pemanis alternatif dapat digunakan sebagai pengganti gula, asal tidak melebihi batas aman konsumsi harian (*Accepted-Daily Intake*). Jadwal makan yaitu tiga kali sehari untuk mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari. Jika diperlukan dapat diberikan makanan selingan buah atau makanan lain sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari.

2) Lemak

Asupan lemak dianjurkan sekitar 20-25% kebutuhan kalori, tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi. Lemak jenuh <7 % kebutuhan kalori, lemak tidak jenuh ganda <10 %, selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal. Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan

lemak trans antara lain: daging berlemak dan susu penuh. Anjuran konsumsi kolesterol <200 mg/hari.

3) Protein

Dibutuhkan sebesar 10–20% total asupan energi. Sumber protein yang baik adalah *seafood* (ikan, udang, cumi,dll), daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu, dan tempe. Pada pasien dengan nefropati perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/KgBB perhari atau 10% dari kebutuhan energi dan 65% hendaknya bernilai biologik tinggi.

4) Natrium

Anjuran asupan natrium untuk penyandang DM sama dengan anjuran untuk masyarakat umum yaitu tidak lebih dari 3000 mg atau sama dengan 6-7 gram (1 sendok teh) garam dapur. Mereka yang hipertensi, pembatasan natrium sampai 2400 mg. Sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit.

5) Serat

Seperti halnya masyarakat umum penyandang DM dianjurkan mengkonsumsi cukup serat dari kacang-kacangan, buah, dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat, karena mengandung vitamin, mineral, serat, dan bahan lain yang baik untuk kesehatan. Anjuran konsumsi serat adalah ± 25 g/hari.

6) Pemanis Alternatif

Pemanis dikelompokkan menjadi pemanis berkalori dan pemanis tak berkalori. Termasuk pemanis berkalori adalah gula alkohol dan fruktosa. Gula alkohol antara lain isomalt, lactitol, maltitol, mannitol, sorbitol dan xylitol. Dalam penggunaannya, pemanis berkalori perlu diperhitungkan kandungan kalornya sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari. Fruktosa tidak dianjurkan digunakan pada penyandang DM karena efek samping pada lemak darah. Pemanis tak berkalori yang masih dapat digunakan antara lain aspartam, sakarin, acesulfame potassium, sukralose, dan neotame. Pemanis aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake*).

b. Latihan Fisik/Jasmani

Latihan dilakukan apabila pasien tidak mempunyai gangguan nefropati. Latihan fisik yang dilakukan berupa latihan jasmani. Latihan jasmani dilakukan secara teratur 3-5 kali perminggu selama 30-45 menit dengan total 150 menit perminggu. Hal ini bertujuan untuk menjaga kebugaran dan dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin sehingga dapat memperbaiki kendali glukosa darah.

Sebelum melakukan latihan jasmani dianjurkan untuk memeriksa kadar glukosa darah terlebih dahulu. Apabila kadar glukosa darah 250 mg/dl dianjurkan untuk menunda latihan. Latihan jasmani yang

dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang seperti jalan cepat bersepeda santai jogging dan berenang.

c. Monitoring Kadar Glukosa Darah

Monitoring gula darah mandiri merupakan hal penting dalam manajemen diri pasien dengan DM. Monitoring gula darah mandiri biasanya dilakukan dengan mengambil darah kapiler. Waktu yang dianjurkan untuk melakukan monitoring gula darah mandiri yaitu sebelum makan, 2 jam sesudah makan, waktu menjelang tidur, dan diantara siklus tidur untuk melihat hipoglikemia nocturna yang sering ditandai tanpa gejala. Monitoring gula darah mandiri dilakukan 3 atau 4 kali sehari untuk pasien yang menggunakan suntikan insulin, sedangkan pasien terapi noninsulin monitoring gula darah mungkin berguna untuk mencapai kontrol gula darah.

Tabel 2.1 Kadar Gula Darah

	HbA1c (%)	Glukosa darah puasa (mg/dL)	Glukosa plasma 2 jam setelah TTGO (mg/dL)
Diabetes	≥ 6,5	≥ 126	≥ 200
Prediabetes	5,7-6,4	100-125	140-199
Normal	< 5,7	< 100	< 140

Sumber: (PERKENI, 2015)

d. Manajemen Obat

Penyakit DM tipe 2 tidak dapat disembuhkan secara total tetapi dapat dikontrol. Kontrol gula darah dapat dilakukan dengan terapi non-farmakologis seperti pengaturan pola makan, latihan fisik, dan monitoring gula darah mandiri. Tetapi sebagian besar pasien DM memerlukan terapi farmakologis. Obat yang bisa diberikan untuk DM yaitu obat oral dan obat suntikan. Pemberian obat bisa secara tunggal atau secara kombinasi. Apabila terapi menggunakan obat oral tidak bekerja, maka terapi suntik insulin merupakan satu satunya cara untuk mengontrol hiperglikemia. Kepatuhan pasien dalam minum obat merupakan hal penting dalam mencapai sasaran pengobatan.

e. Perawatan Kaki

Komplikasi dari DM tipe 2 salah satunya adalah terjadinya resiko ulkus kaki, sehingga pasien DM harus memahami dasar-dasar perawatan ulkus kaki. Pendidikan perawatan kaki sangat efektif dalam pencegahan ulkus kaki diabetes. Komponen penting dalam manajemen ulkus kaki diabetik meliputi pengendalian keadaan metabolik, pengendalian asupan vaskular, pengendalian terhadap infeksi, pengendalian luka dengan cara membuang jaringan nekrosis dengan teratur, mengurangi tekanan pada kaki, dan penyuluhan agar pasien DM melakukan perawatan kaki secara mandiri. Perawatan kaki yang harus dilakukan pasien DM adalah sebagai berikut:

- 1) Melakukan pemeriksaan kaki setiap hari, yang perlu dilihat adalah kulit retak, melepuh, luka, terkelupas, kemerahan dan perdarahan. Dapat menggunakan cermin untuk melihat bagian bawah kaki, atau bisa meminta bantuan orang lain untuk memeriksa.
- 2) Membersihkan kaki setiap hari pada waktu mandi dengan air bersih dan sabun mandi. Mengeringkan kaki dengan handuk bersih dan lembut, dan mengeringkan sela-sela jari setiap kali keluar dari kamar mandi.
- 3) Menjaga kaki dalam keadaan bersih dan tidak basah, serta menggunakan krim pelembab pada daerah kaki yang kering berfungsi untuk menjaga agar kulit tidak retak.
- 4) Menggantung kuku kaki lurus mengikuti bentuk normal jari kaki, tidak terlalu pendek atau terlalu dekat dengan kulit, lalu kuku dikikir agar tidak terlalu tajam. Membersihkan kuku setiap hari dan menggantung kuku secara teratur.
- 5) Memakai alas kaki sepatu atau sandal untuk melindungi kaki agar tidak terjadi luka, jika berada di luar rumah. Menggunakan sepatu atau sandal yang baik sesuai dengan ukuran dan nyaman digunakan, dengan ruang sepatu yang cukup untuk jari-jari. Menggunakan kaus kaki yang berasal dari bahan katun.
- 6) Memeriksa sepatu sebelum digunakan, apakah ada kerikil, benda-benda tajam seperti jarum dan duri. Melepaskan sepatu setiap 4-6

jam serta menggerakkan pergelangan dan jari-jari kaki agar sirkulasi darah tetap baik terutama pada pemakaian sepatu baru.

- 7) Melakukan pemeriksaan kaki secara rutin ke dokter, dan yang paling utama segera memeriksakan kaki ke dokter jika terjadi luka.

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Self Care* pada Penderita Diabetes Melitus

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang melakukan *self care* DM yaitu:

a. Usia

Menurut Kusniawati (2011) semakin bertambahnya usia, seseorang akan mulai berfikir secara rasional dalam manfaat yang akan dicapai saat melakukan *self care* DM dalam kehidupan sehari-harinya. Menurut Imonah (2008) usia mempengaruhi kemampuan dalam melakukan *self care management* DM, karena semakin bertambah usia seseorang memiliki kemampuan yang semakin mantap, selanjutnya kemampuan tersebut akan mulai berkurang bila seseorang telah memasuki pada tahap lansia. Sesuai dengan tahap perkembangan dewasa awal, pada usia 40-65 tahun disebut sebagai tahun keberhasilan, pada masa tersebut merupakan waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing diri sendiri, dan menilai diri sendiri.

b. Lama DM yang diderita

Kusniawati (2011) mengatakan bahwa pasien yang menderita DM lebih lama akan memiliki skor *self care* DM lebih tinggi

dibandingkan dengan pasien yang menderita DM dalam waktu singkat. Menurut Ismonah (2008) seseorang yang sudah didiagnosa DM lama, telah memiliki pendidikan dan pengetahuan tentang penyakit yang cukup tentunya akan mampu melakukan perawatan diri sendiri. Akan tetapi, bila seseorang sudah disertai dengan komplikasi, hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap kemampuan *self care management* DM. Dengan adanya komplikasi yang menyertai akan mengubah kondisi fisik dan kemampuan dalam melakukan perawatan diri.

Dari hasil penelitian Bertalina (2016) mendeskripsikan bahwa responden dengan lama menderita < 5 tahun yang patuh dalam menjalankan pengontrolan diet sebanyak 5 responden (33%) dan yang tidak patuh sebanyak 10 responden (66,7%) sedangkan ≥ 5 tahun yang patuh terhadap pengontrolan diet sebanyak 7 responden (41,7%) dan yang tidak patuh 8 responden (53,3%).

c. Pengetahuan

Menurut Ismonah (2008) dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan mempermudah proses transfer pengetahuan tentang penyakit yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Kusniawati (2011) mengatakan pasien dengan tingkat pengetahuan tinggi akan melakukan *self care* secara mandiri dengan baik sedangkan pasien yang memiliki tingkat pengetahuan rendah maka perlakuan *self care* DM menjadi kurang.

d. Dukungan Keluarga

Rata-rata pada penderita DM tipe 2 cenderung mengalami stress akibat perkembangan penyakit maupun penatalaksanaanya yang dapat mempengaruhi perilaku perawatan diri. Oleh karena itu dukungan dari keluarga merupakan faktor pendukung dalam melakukan *self care* (Kusniawati, 2011).

6. Pengukuran *Self Care Activity*

Self Care Activity pada DM tipe 2 diukur dengan menggunakan kuesioner *Summary of Diabetes Self Care Activities (SDSCA)-Revised* (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000). Instrumen *SDSCA* menggunakan 16 item pertanyaan. Responden diminta untuk menilai berapa banyak dari 7 hari terakhir mereka berpartisipasi dalam setiap perilaku *self care activity*. Jika responden sakit selama 7 hari terakhir, maka responden diminta untuk menilai aktivitas perawatan dirinya 7 hari sebelum sakit. Instrumen ini terdiri dari 8 pilihan jawaban yaitu 0 hari sampai dengan 7 hari dengan skor terendah adalah 0 dan skor tertinggi adalah 7.

Tabel 2.2 Pengukuran Kuesioner *Self Care Activity*

No.	Bentuk Soal	No. Soal	Skor
1.	Favorable	1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16	0-0, 1-1, 2-2, 3-3, 4-4, 5-5, 6-6, 7-7
2.	Unfavorable	4	0-7, 1-6, 2-5, 3-4, 4-3, 5-2, 6-1, 7-0

Hasil skor dari pengukuran dinyatakan dalam *mean* dengan menghitung jumlah skor kumulatif *self care activity* DM dibagi dengan jumlah item pertanyaan. Untuk mengukur tingkat *self care activity* pada DM tipe 2, dilihat dari skor tertinggi dari masing-masing subskala. Subsкала yang memiliki skor tertinggi menunjukkan perilaku *self care activity* yang paling tinggi.

C. Dukungan Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Friedman, 2013).

Setiadi (2008) mengatakan bahwa keluarga dapat terjadi jika terdapat ikatan atau persekutuan, hubungan (darah/adopsi/kesepakatan), tinggal bersama dalam satu atap (serumah), ada peran masing-masing anggota keluarga, dan ikatan emosional.

Dari beberapa pengertian keluarga diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan dua atau lebih individu yang memiliki ikatan hubungan darah dan perkawinan serta tinggal bersama dalam satu atap yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga.

2. Tipe Keluarga

Menurut Gusti (2013) tipe keluarga terbagi menjadi 2 kelompok besar yaitu:

a. Tipe Keluarga Tradisional

Tipe keluarga tradisional terdiri dari keluarga inti (*Nuclear Family*) pada keluarga inti hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya. Tipe dengan keluarga besar (*Extended Family*) terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga yang lain yang masih mempunyai hubungan darah seperti paman, bibi, kakek, nenek, keponakan, saudara sepupu, dan lain-lain.

Tipe yang lain disebut dengan *Dyadic Family* adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya. Adapun keluarga dengan tipe orang tua tunggal (*Single Parent Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

Tipe keluarga *The Single Adult Living Alone* adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah. Tipe yang lain disebut *The Unmarried Teenage Mother* adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan. Serta tipe keluarga usila (*Niddle Age / Aging Couple*) dimana suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal dirumah karena sekolah/perkawinan/meniti karir.

b. Tipe Keluarga Non Tradisional

Tipe Keluarga Non Tradisional terdiri dari *Commune Family* dimana terdapat satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah. Ada juga tipe keluarga dengan orang tua (ayah dan ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga. Terakhir disebut dengan tipe keluarga homoseksual adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga.

3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2013), fungsi keluarga dibagi menjadi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi kesehatan. Lima fungsi keluarga tersebut adalah sebagai berikut:

a. Fungsi Afektif (memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga)

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga untuk mengajarkan segala sesuatu mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam. Dengan demikian, keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri positif.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah :

- 1) Saling mengasuh; cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain. Maka kemampuan untuk memberikan kasih sayang akan meningkat, yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat saling mendukung. Hubungan intim didalam keluarga merupakan modal dasar dalam memberi hubungan dengan orang lain di luar keluarga/masyarakat.
- 2) Saling menghargai. Bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim positif, maka fungsi afektif akan tercapai.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Sosialisasi dimulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya, dan perilaku melalui hubungan dan interaksi keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang

sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah meneruskan keturunan.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan makan, pakaian, dan tempat tinggal.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Keluarga juga berperan untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan.

Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut

- 1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya
- 2) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberikan perawatan anggota keluarga yang sakit
- 4) Memodifikasi lingkungan
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia

4. Pengertian Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013), dukungan keluarga adalah proses yang terjadi terus menerus disepanjang masa kehidupan seorang manusia. Dukungan keluarga memiliki fokus pada interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individu. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga menurut Retnowati (2014) dapat diartikan sebagai dukungan yang diperoleh dari anggota keluarga, dimana dukungan tersebut dapat berupa perhatian, pemberian afeksi, sikap menghargai, dan dukungan moril lainnya yang langsung diberikan pada seseorang

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan oleh peneliti bahwa dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya yang sakit dapat sehingga mampu memberikan pengaruh dalam perawatan diri penderita terutama dalam pengobatan.

5. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013) sumber dukungan keluarga terdapat berbagai macam bentuk, seperti:

- a. Dukungan informasional yaitu dimana keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, dan informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah.

- b. Dukungan penghargaan atau penilaian yaitu keluarga yang bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, perhatian, dan penghargaan.
- c. Dukungan instrumental, dalam hal ini keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal keuangan, istirahat, makan dan minum.
- d. Dukungan emosional yaitu keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat serta pemulihan dan membantu penguasaan terhadap emosi. Dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk adanya kepercayaan dan perhatian.

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Pumawan (2008) dalam Sutini (2018) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

a. Faktor Internal

1) Tahap Perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

2) Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang

pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

3) Faktor Emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan coping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.

4) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

b. Faktor Eksternal

1) Praktik di Keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

2) Faktor Sosio Ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

3) Latar Belakang Budaya

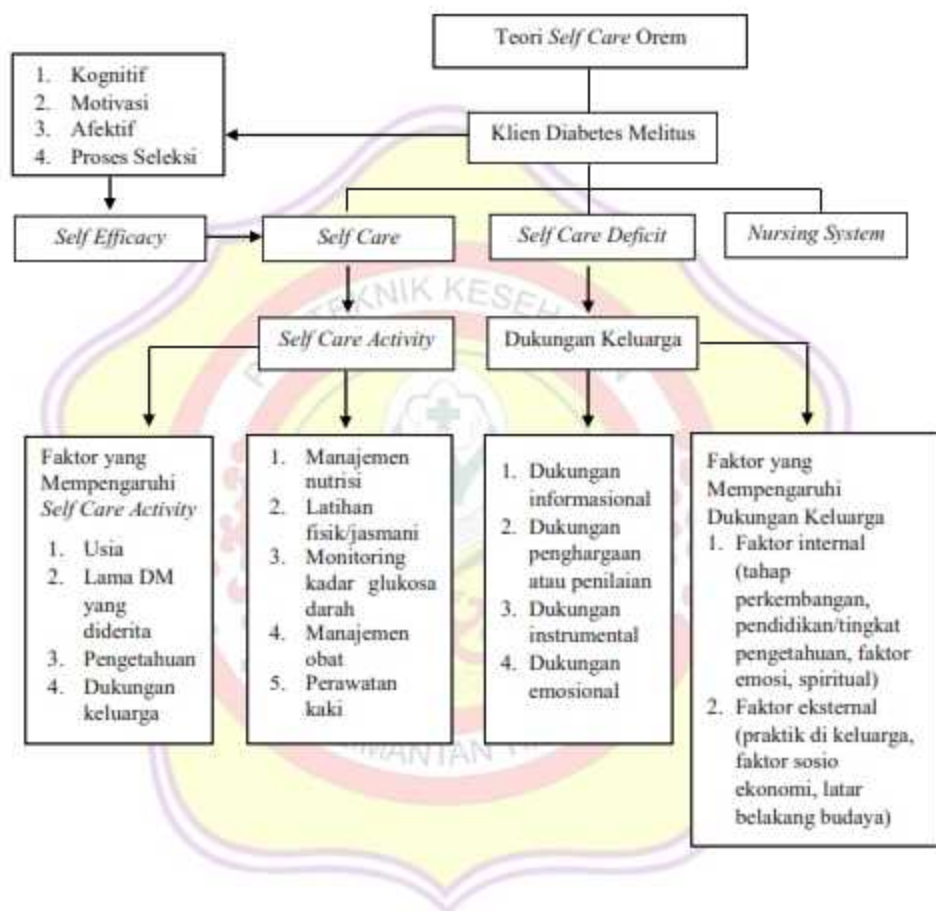
Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

7. Pengukuran Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga diukur menggunakan kuesioner dukungan keluarga yang berisi 26 item pertanyaan. Responden diminta untuk menilai dukungan keluarga terhadap sakit yang dideritanya. Instrumen terdiri dari 2 pilihan jawaban yaitu ya dan tidak. Seluruh item pernyataan adalah positif, skor yang diberikan jika ya adalah 1 dan jika tidak adalah 0. Jumlah skor tertinggi adalah 26 dan skor terendah adalah 0. Hasil skor dari pengukuran dinyatakan mendukung jika skor akhir $\geq 50\%$, dan tidak mendukung jika skor akhir $< 50\%$.



D. Kerangka Teori

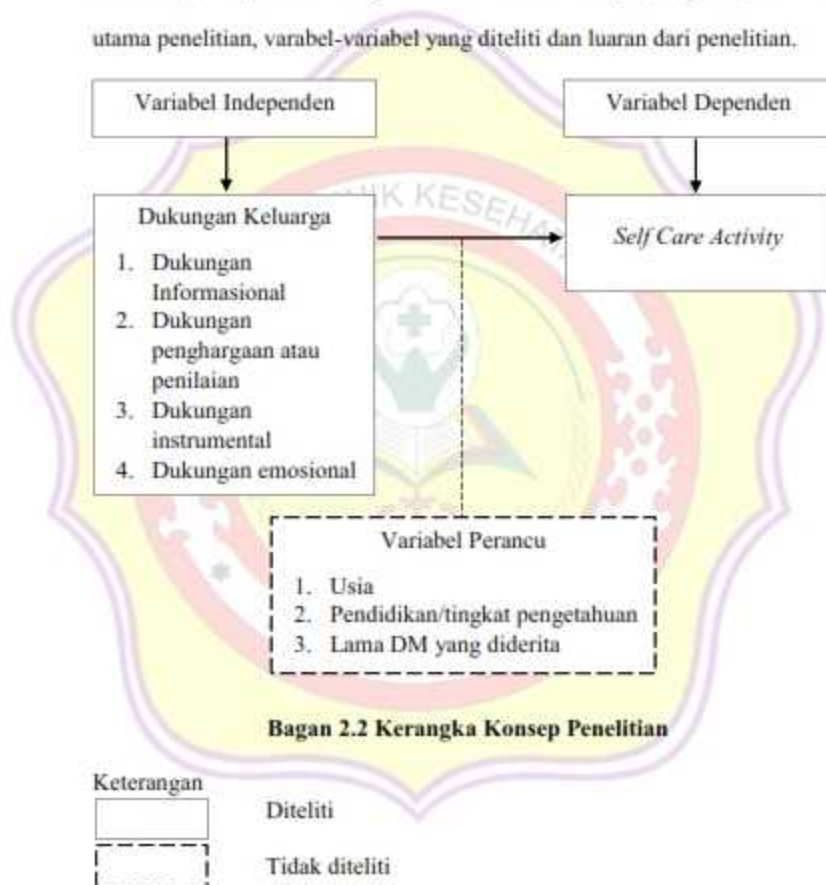


Bagan 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber: PERKENI (2015), Bandura (1994), Orem (1980), Kusniawati (2011), Ismonah (2008), Purnawan (2008), Friedman (2013).

E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep menggambarkan variabel independen yaitu dukungan keluarga, variabel dependen yaitu *self care activity*. Melalui kerangka konsep ini diharapkan pembaca dengan mudah memahami apa yang menjadi fokus utama penelitian, variabel-variabel yang diteliti dan luaran dari penelitian.



F. Hipotesis

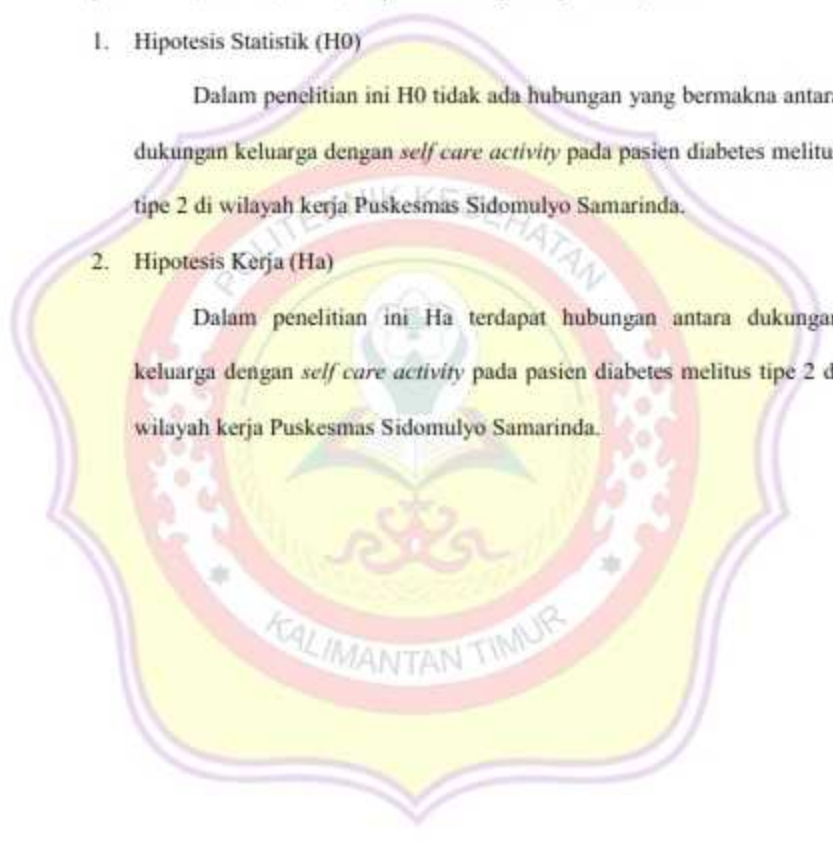
Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Dharma, 2017). Hipotesis dibagi menjadi dua yaitu:

1. Hipotesis Statistik (H_0)

Dalam penelitian ini H_0 tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

2. Hipotesis Kerja (H_a)

Dalam penelitian ini H_a terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi analitik korelasi dengan desain *cross sectional* (potong lintang) yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independen dukungan keluarga dan variabel dependen *self care activity* diidentifikasi pada satu satuan waktu (Dharma, 2017).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah unit dimana suatu hasil penelitian akan diterapkan yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang di tetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Dharma, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda pada tahun 2018 berjumlah 373 orang.

2. Sampel

Sampel penelitian sebagai unit yang lebih kecil lagi adalah sekelompok individu yang merupakan bagian dari populasi terjangkau dimana peneliti langsung mengumpulkan data atau melakukan pengamatan/pengukuran pada unit ini (Dharma, 2017).

Sampel dalam penelitian ini adalah responden yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dari populasi telah menandatangani *informed consent*. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang dapat berkomunikasi secara verbal
- 3) Pasien dengan kesadaran utuh
- 4) Pasien yang tinggal satu rumah dengan keluarganya
- 5) Usia pasien lebih dari atau sama dengan 35 tahun

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien DM dengan komplikasi, seperti: kaki diabetik, stroke

3. Besar Sampel

Tujuan menentukan besar sampel adalah agar sampel yang diambil dapat mewakili populasi, sehingga penelitian yang dilakukan menjadi efisien baik dari segi waktu, biaya dan sumber daya. Besar sampel yang diambil dalam penelitian ini menggunakan rumus perkiraan besar sampel penelitian analitik korelasi yang sebelumnya digunakan Yusra (2011) dengan judul hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di Poliklinik penyakit dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta dengan menetapkan kesalahan tipe I α sebesar 5%, kesalahan tipe II β sebesar 20%, dan koefisien korelasi sebesar 0,4.

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \log_n \frac{1+r}{1-r}} \right)^2 + 3$$

$$n \geq \left(\frac{1,96 + 0,842}{\frac{1}{2} \log_n \frac{1+0,4}{1-0,4}} \right)^2 + 3$$

$$n \geq 47$$

Keterangan:

n - Jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ - Standar normal deviasi untuk α (1,96)

$Z_{1-\beta}$ - Standar normal deviasi untuk β (0,842)

r - koefisien korelasi (0,4)

Jadi, banyaknya sampel minimal dalam penelitian ini adalah 47 orang.

4. Metode Sampling

Besar sampel ditentukan dengan cara *non probability sampling* dengan metode *puposive sampling*, yakni teknik sampling yang dilakukan berdasarkan populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi (Dharma, 2017).

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda pada bulan Maret tahun 2019.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan tentang hal-hal apa saja yang dijadikan indikator untuk mengukur variabel, bagaimana mengukurnya, alat ukur yang digunakan, skala pengukuran dan data hasil pengukuran (Dharma, 2017).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Independen					
1.	Dukungan Keluarga	Sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya yang sakit melalui dukungan emosional, penghargaan atau penilaian, instrumental, dan informasional	Lembar kuesioner berisi 34 pertanyaan, dengan nilai: 0 – tidak ya (Skala <i>Guttman</i>)	- Skor jawaban < 50% – tidak mendukung - Skor jawaban > 50% – mendukung	Nominal
Dependen					
2.	<i>Self care activity</i>	Aktivitas atau kegiatan pasien dalam mengatur dan melakukan perawatan diri sendiri, meliputi: manajemen nutrisi/diet, latihan fisik/jasmani, monitoring glukosa darah, pengobatan, dan perawatan kaki.	Lembar kuesioner SDSCA dengan 16 pertanyaan Nilai 0-7	Mean	Rasio

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu fenomena (Dharma, 2017). Jenis Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner *Summary of Diabetes Self Care Activities/SDSCA* oleh Toobert, Hampson, & Glasgow (2000), diterjemahkan oleh Lembaga Bahasa dan Pendidikan Profesional LIA Medan, 2014.

1. Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga digunakan untuk menggambarkan bentuk dukungan keluarga terhadap sakit yang diderita pasien DM tipe 2. Kuesioner dukungan keluarga berisi 26 item pernyataan yang terdiri dari 4 bentuk dukungan keluarga yaitu dukungan emosional yang terdapat dalam instrumen penelitian ini pada nomor 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, dukungan penghargaan atau penilaian yang terdapat pada nomor 11,12, dukungan instrumental yang terdapat pada nomor 13,14,15,16,17, dan dukungan informasional yang terdapat pada nomor 18,19,20,21,22,23,24,25,26.

Tabel 3.2 Blue Print Alat Ukur Dukungan Keluarga

No.	Bentuk Dukungan	No. Soal	Jumlah Soal
1.	Dukungan emosional	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10
2.	Dukungan penghargaan atau penilaian	11,12	2
3.	Dukungan instrumental	13,14,15,16,17	5
4.	Dukungan informasional	18,19,20,21,22,23,24,25,26	9
	Jumlah		26

Jenis kuesioner yang dipakai untuk variabel independen ini adalah kuisisioner tertutup karena sudah disediakan pilihan jawabannya, sehingga responden hanya memberi tanda centang (√) pada kolom yang telah disediakan.

2. Kuesioner *Self Care Activity*

Kuesioner *Self Care Activity* menggunakan kuesioner *Summary of Diabetes Self Care Activities* berisi 16 item pertanyaan yang terdiri dari 5 item *self care* yaitu diet yang terdapat dalam instrumen penelitian ini pada nomor 1,2,3,4,5, latihan fisik yang terdapat pada nomor 6,7, manajemen obat yang terdapat pada nomor 8,9, monitoring kadar glukosa darah yang terdapat pada nomor 10,11, dan perawatan kaki yang terdapat pada nomor 12,13,14,15,16.

Tabel 3.3 Blue Print Alat Ukur *Self Care Activity*

No.	Domain <i>Self Care</i>	No. Soal	Jumlah Soal
1.	Diet	1,2,3,4,5	5
2.	Latihan fisik	6,7	2
3.	Manajemen obat	8,9	2
4.	Monitoring kadar glukosa darah	10,11	2
5.	Perawatan kaki	12,13,14,15,16	5
	Jumlah		16

Jenis kuisisioner yang dipakai untuk variabel dependen ini adalah kuisisioner tertutup karena sudah disediakan pilihan jawabannya, sehingga responden hanya melingkari jawaban yang tepat pada kolom yang telah disediakan.

F. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas adalah syarat mutlak bagi suatu alat ukur agar dapat digunakan dalam suatu pengukuran (Dharma, 2017). Suatu kuesioner dan lembar observasi dikatakan valid jika komponen yang digunakan mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur. Dalam hal ini uji validitas kuesioner dukungan keluarga telah dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Air Putih Samarinda. Dari 33 pertanyaan pada kuesioner dukungan keluarga terdapat 7 pertanyaan yang tidak valid.

Berdasarkan penelitian Astuti (2014) hasil uji validitas konstruk pada kuesioner manajemen diri SDSCA *Revised* yang terdiri dari 16 item pertanyaan, diperoleh nilai r pada rentang 0,322-0,687. Ada 10 item pernyataan yang memiliki nilai r hitung $> 0,361$ dan dinyatakan valid, sedangkan ada 4 item pernyataan yang memiliki nilai r hitung $< 0,361$ adalah item nomor 7 ($r=0,353$), 13 ($r=0,322$), 15 ($r=0,331$), dan 16 ($r=0,352$). Sugiyono (2014), menyatakan instrumen penelitian dapat dinyatakan valid secara konstruk jika nilai koefisien korelasi $> 0,30$. Sehingga semua item pertanyaan dikatakan valid.

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Tujuan dari dilakukannya uji reliabilitas adalah untuk mengetahui apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrumen digunakan kembali secara berulang (Dharma, 2017). Menurut Sugiyono (2014) syarat

minimum yang dianggap memenuhi syarat adalah apabila koefisien alpha cronbach's yang didapat 0,6. Jika koefisien yang didapat kurang dari 0,6 maka instrumen penelitian tersebut dinyatakan tidak reliabel.

Hasil uji reliabilitas kuesioner dukungan keluarga pada bentuk dukungan emosional adalah 0,813, bentuk dukungan penghargaan atau penilaian adalah 0,395, bentuk dukungan instrumental adalah 0,677, dan bentuk dukungan informasional adalah 0,891 sehingga dapat dikatakan kuesioner dukungan keluarga dalam bentuk dukungan emosional, instrumental dan informasional adalah reliabel. Hasil uji reliabilitas kuesioner manajemen diri SDSCA-*Revised* pada penelitian Astuti (2014) adalah 0,715 sehingga kuesioner SDSCA dapat dikatakan reliabel.

G. Teknik Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

- a. Mengurus surat izin penelitian ke kantor Program Studi D-IV Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
- b. Melakukan survei pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Samarinda untuk mengetahui jumlah penderita DM di kota Samarinda dan Puskesmas di Samarinda.
- c. Melakukan survei pendahuluan di Puskesmas Sidomulyo Samarinda untuk mengetahui nama, identitas dan jumlah pasien penderita DM di Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan penelitian kepada responden.
- b. Peneliti memberikan informasi tentang penelitian dan meminta kesediaan responden untuk terlibat dalam penelitian.
- c. Peneliti memberikan lembar persetujuan (*Informed Consent*) bagi responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

3. Tahap Akhir

Data yang telah terkumpul kemudian diolah dan dianalisis menggunakan *software* statistik melalui beberapa tahap. Pengolahan data merupakan salah satu rangkaian kegiatan penelitian setelah pengambilan data selesai. Adapun tahapan dalam pengolahan data, yaitu (Notoatmodjo, 2015):

- a. *Editing*: merupakan pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner. Apakah semua pertanyaan terisi, isinya jelas dan jawaban konsisten antara pertanyaan satu dengan yang lain.
- b. *Coding*: merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka.
- c. *Processing*: pemrosesan data dengan memasukkan ke paket program komputer.
- d. *Cleaning*: pembersihan data (*cleaning*) merupakan kegiatan pengecekan kembali apakah data yang dimasukkan ada kesalahan atau tidak.

H. Analisis Data

1. Uji Normalitas

Uji normalitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Shapiro Wilk*, dikarenakan data yang akan diuji berjumlah kurang dari 50 responden. Jika hasil uji normalitas memperoleh nilai *p value* > 0,05 maka dikatakan data terdistribusi normal, jika nilai *p value* < 0,05 maka data dikatakan tidak terdistribusi normal.

2. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendiskripsikan setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari setiap variabel (Notoadmodjo, 2015). Dalam penelitian ini analisis univariat ditampilkan dalam bentuk proporsi dan karakteristik (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama menderita DM tipe 2, dan mengikuti pendidikan kesehatan) pasien di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda yang menjadi responden. Selain itu, analisis univariat juga dilakukan pada masing-masing variabel, yakni independen dukungan keluarga dan *self care activity* sebagai variabel dependen.

Langkah-langkah analisis univariat adalah sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

P – Proporsi

f – Frekuensi kategori

n – Jumlah sampel

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji korelasi pearson karena pada penelitian ini menggunakan data parametrik (ratio) dimana terdiri dari variabel independen (1 buah kategorik) dan variabel dependen (1 buah numerik) dengan syarat distribusi data harus normal.

Kegunaan uji korelasi *pearson* adalah untuk menguji hubungan antara variabel independen dukungan keluarga dan variabel dependen *self care activity*. Nilai koefisien korelasi (nilai r) menunjukkan besarnya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

Tabel 3.4 Interpretasi Koefisien Korelasi

Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
0.80 - 1.000	Sangat kuat
0.60 - 0.799	Kuat
0.40 - 0.599	Cukup
0.20 - 0.399	Rendah
0.00 - 0.199	Sangat Rendah

Sumber: (Sugiyono, 2014)

Namun jika data tidak terdistribusi normal dan telah dilakukan transformasi data, hasil transformasi berdistribusi tidak normal maka uji alternatif yang dapat digunakan adalah uji *spearman rank* yang digunakan untuk menguji hubungan antara variabel independen dan variabel dependen berskala ordinal.

I. Etika Penelitian

Saat melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan *ethical clearance* di Poltekkes Kaltim dan dinyatakan telah lulus uji etik. Selanjutnya mengajukan

permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Kepala Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

Ketika mendapat persetujuan, peneliti melakukan penelitian dengan menerapkan empat prinsip etik umum (Dahlan, 2010).

1. Menghormati Harkat dan Martabat Manusia

Pada prinsip ini penelitian harus dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Subjek memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian (*autonomy*). Tidak boleh ada paksaan atau penekanan tertentu agar subjek bersedia ikut dalam penelitian.

2. Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek

Pada prinsip ini manusia sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi.

3. Menghormati Keadilan dan Inklusivitas

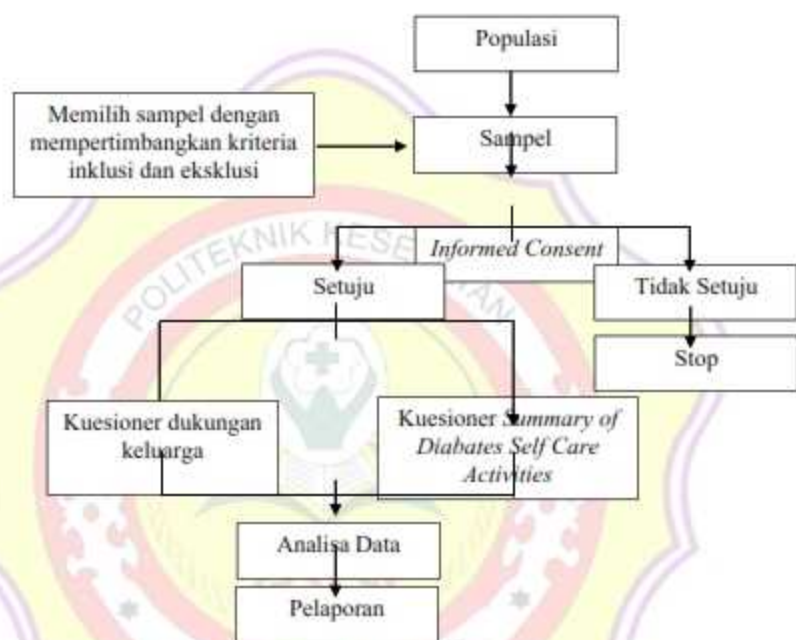
Pada prinsip ini keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek.

4. Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang ditimbulkan

Pada prinsip ini mengandung bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian diterapkan.

J. Alur Penelitian

Alur penelitian berisi tentang perjalanan penelitian sehingga mempermudah pembaca yang dapat dilihat dibawah ini.



Bagan 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Sidomulyo Samarinda yang terletak di Jalan Jelawat Gang 6 RT 08, Kelurahan Sidodamai, Kecamatan Samarinda Ilir, Kota Samarinda, Kalimantan Timur dengan kode pos 75116 merupakan Puskesmas non rawat inap yang memiliki wilayah kerja di Kelurahan Sidomulyo, Sidodamai, Sungai Dama, Selili, dan Pelita dengan luas wilayah ± 17,33 KM².

Puskesmas Sidomulyo Samarinda memiliki motto "Melayani dengan senyum, sapa, dan santun (3S) dari hati untuk memberikan yang terbaik kepada masyarakat"

Visi:

Terdepan dalam mewujudkan Samarinda Ilir sehat dan menjadi pilihan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Misi:

1. Senantiasa menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan lingkungan.
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat.
3. Memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan mengutamakan perilaku hidup sehat.
4. Senantiasa meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara profesional dan mengutamakan kepuasan masyarakat.

B. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 14 Maret – 27 April 2019 terhadap 50 responden. Didapatkan hasil penelitian dengan karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, lama mengalami DM, mengikuti pendidikan kesehatan tentang DM, dukungan keluarga, dan *self care activity*.

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden pada Pasien DM Tipe 2

Karakteristik responden pada pasien DM tipe 2 akan disajikan dalam tabel 4.1 berikut :

Tabel 4.1
Karakteristik Respoden pada Pasien DM Tipe 2 di
Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda

No.	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	11	22
	Perempuan	39	78
2.	Usia (tahun)		
	40-50	6	12
	50-60	21	42
	>60	23	46
3.	Pendidikan		
	SD	25	50
	SMP	9	18
	SMA	10	20
	Perguruan Tinggi	2	4
	Tidak Sekolah	4	8
4.	Pekerjaan		
	PNS	1	2
	Karyawan Swasta	2	4
	Wiraswasta	10	20
	IRT	32	64
	Pensiunan	4	8
	Tidak Bekerja	1	2

No.	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
5.	Lama Mengalami DM (bulan)		
	1-60	33	66
	>60	17	34
6.	Mengikuti Pendidikan Kesehatan tentang DM		
	Pernah	7	14
	Tidak Pernah	43	86
	Total	50	100

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel 4.1 diatas, diketahui karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin hampir seluruhnya responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 39 orang (78%) dan hampir sebagian berjenis kelamin laki-laki sebanyak 11 orang (22%). Karakteristik responden berdasarkan usia diketahui sebagian besar berusia ≥ 60 tahun sebanyak 23 orang (46%) dan sebagian kecil berusia 40-50 tahun sebanyak 6 orang (12%).

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir diketahui setengahnya berpendidikan SD sebanyak 25 responden (50%), sedangkan sebagian kecil berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 2 responden (4%). Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan diketahui sebagian besar adalah ibu rumah tangga sebanyak 32 responden (64%), sedangkan sebagian kecil adalah PNS sebanyak 1 responden (2%).

Karakteristik responden berdasarkan lama mengalami DM diketahui sebagian besar mengalami DM selama 1-60 bulan atau dibawah 5 tahun sebanyak 33 orang (66%) dan hampir sebagian

mengalami DM selama > 60 bulan atau diatas 5 tahun sebanyak 17 orang (34%). Karakteristik responden berdasarkan mengikuti pendidikan kesehatan tentang DM diketahui hampir seluruhnya tidak pernah mengikuti pendidikan kesehatan tentang DM sebanyak 43 orang (86%) dan sebagian kecil pernah mengikuti pendidikan kesehatan tentang DM sebanyak 7 orang (14%).

b. Dukungan Keluarga pada Pasien DM Tipe 2

Karakteristik responden berdasarkan dukungan keluarga akan disajikan dalam tabel 4.2 berikut :

Tabel 4.2
Karakteristik Responen Berdasarkan Dukungan Keluarga pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda

Dukungan Keluarga	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Mendukung	48	96
Tidak Mendukung	2	4
Total	50	100

Sumber : *Analisa Data Primer, 2019*

Berdasarkan Tabel 4.2 diatas dapat dilihat bahwa dukungan keluarga pada pasien DM Tipe 2 hampir seluruhnya keluarga responden mendukung sebanyak 48 orang (96%), dan sebagian kecil keluarga responden tidak mendukung sebanyak 2 orang (4%).

c. Self Care Activity pada Pasien DM Tipe 2

Karakteristik responden berdasarkan *self care activity* akan disajikan dalam tabel 4.3 berikut :

Tabel 4.3
Karakteristik Responden Berdasarkan *Self Care Activity* pada
Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo
Samarinda

Variabel	Mean	SD	Min – Max
<i>Self Care Activity</i>	4,26	0,754	1,81 – 5,56
Subskala:			
Diet	5,99	1,14	2,6 – 7,0
Aktivitas Fisik	2,91	1,89	0 – 7
Manajemen Obat	6,46	1,71	0 – 7
Monitoring Glukosa Darah	0,86	0,40	0 – 2
Perawatan Kaki	3,59	1,36	1,4 – 6,2

Sumber : Analisa Data Primer, 2019

Berdasarkan Tabel 4.3 diatas dapat dilihat bahwa responden melakukan *self care activity* rata-rata 4,26 hari dalam seminggu. Responden memiliki *self care activity* yang paling tinggi yaitu pada manajemen obat dengan rata-rata 6,46 hari dalam seminggu dan *self care activity* responden yang paling rendah yaitu melakukan monitoring glukosa darah dengan rata-rata 0,86 hari dalam seminggu.

2. Analisis Bivariat

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *korelasi pearson* untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan *self care activity* yang sebelumnya semua data telah dilakukan uji normalitas menggunakan uji *shapiro wilk* dengan hasil signifikasi pada dukungan keluarga 0,191 ($>0,05$) dan *self care activity* 0,246 ($>0,05$) sehingga dapat dikatakan semua data terdistribusi normal. Uji *korelasi pearson* yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.4 dibawah ini:

Tabel 4.4
Uji Korelasi *Pearson* antara Dukungan Keluarga dan *Self Care Activity* pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda

	<i>P Value</i>	Korelasi <i>Pearson (r)</i>
Dukungan keluarga dengan <i>self care activity</i>	0,345	0,136

Sumber : *Analisa Data Primer, 2019*

Berdasarkan Tabel 4.4, dengan menggunakan uji *korelasi Pearson* didapatkan *p value* 0,345 ($p > 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien DM Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda.

C. Pembahasan

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda

1) Jenis Kelamin

Hasil penelitian pada 50 responden didapatkan bahwa yang terkena DM tipe 2 hampir seluruhnya berjenis kelamin perempuan. Hal ini didukung oleh penelitian Irawan (2010) yang mengatakan bahwa perempuan lebih berisiko mengidap penyakit DM karena fisik perempuan mempunyai peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar. Perempuan lebih berpeluang untuk terjadi DM dibandingkan laki-laki dengan alasan faktor hormonal dan metabolisme. Perempuan mengalami siklus bulanan dan

menopause yang berkontribusi membuat distribusi peningkatan jumlah lemak tubuh menjadi sangat mudah terakumulasi.

Sejalan dengan penelitian (Isnaini, 2018) yang mengatakan bahwa ada hubungan antara IMT dengan kejadian DM tipe 2 karena orang dengan IMT obesitas mengalami peningkatan asam lemak atau *free fatty acid* (FFA) dalam sel dan akan menyebabkan menurunnya pengambilan glukosa ke dalam membran plasma, dan terjadinya resistensi insulin pada jaringan otot dan adipose.

Menurut asumsi peneliti, jenis kelamin dapat menjadi risiko seseorang mengalami DM karena kondisi hormonal yang terjadi pada wanita dapat menyebabkan peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar daripada laki-laki, sehingga wanita mengalami peningkatan asam lemak dan akan menyebabkan tubuh menjadi resisten terhadap insulin.

2) *Usia

Pada penelitian ini didapatkan usia responden antara 40-50 tahun sebanyak 6 orang (12%), usia antara 51-60 tahun sebanyak 21 orang (42%), dan usia > 61 tahun sebanyak 23 orang (46%). Hal ini didukung juga oleh penelitian Djawa (2018) yang memiliki jumlah responden 80 orang dengan usia responden dewasa 19-59 tahun sebanyak 23 orang (28,8%) dan usia responden lansia > 59 tahun sebanyak 57 orang (71,2 %).

Selaras dengan penelitian Isnaini (2018) yang menyatakan bahwa semakin meningkat umur seseorang maka semakin besar kejadian DM tipe 2. Faktor usia memengaruhi penurunan pada semua sistem tubuh, tidak terkecuali sistem endokrin. Penambahan usia menyebabkan kondisi resistensi pada insulin yang berakibat tidak stabilnya kadar gula darah sehingga banyaknya kejadian DM.

Peningkatan usia dapat menyebabkan perubahan metabolisme karbohidrat dan perubahan pelepasan insulin yang dipengaruhi oleh glukosa dalam darah dan terhambatnya pelepasan glukosa yang masuk ke dalam sel dipengaruhi oleh insulin. Jika dilihat dari usia responden saat pertama kali menderita DM maka dapat diketahui bahwa semakin meningkatnya umur seseorang maka semakin besar kejadian DM tipe 2. (Brunner and Suddarth, 2013)

Menurut asumsi peneliti usia menjadi faktor risiko seseorang terkena DM karena semakin bertambahnya usia, tubuh mengalami penurunan fungsi pada semua sistem termasuk endokrin, sehingga terjadi perubahan metabolisme karbohidrat yang akan menyebabkan kondisi resisten pada insulin dan tidak stabilnya kadar gula dalam darah.

3) Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian pada 50 responden bahwa yang terkena DM tipe 2 hampir seluruhnya berpendidikan SD. Hal ini didukung oleh

pernyataan Irawan (2010) bahwa tingkat pendidikan menjadi faktor risiko terkena DM karena orang yang tingkat pendidikannya tinggi biasanya akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan.

Dalam penelitian Isnaini (2018) menyebutkan bahwa faktor pendidikan nilai $p = 0,007$ menunjukkan ada pengaruh antara pendidikan dengan kejadian DM. Irawan (2010) menyebutkan bahwa ada keterkaitan antara orang dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih bisa menerima dirinya sebagai orang sakit jika mengalami gejala yang berhubungan dengan suatu penyakit dibandingkan dengan kelompok masyarakat yang lebih rendah pendidikannya. Golongan dengan tingkat pendidikan tinggi juga diindikasikan lebih cepat mencari pertolongan tim kesehatan dibandingkan dengan masyarakat yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Kelompok orang dengan pendidikan tinggi biasanya akan lebih banyak memiliki pengetahuan tentang kesehatan dan dengan pengetahuan tersebut maka kelompok orang yang memiliki pengetahuan tinggi akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya.

Menurut asumsi peneliti, bahwa masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan rendah akan berisiko untuk terkena DM karena kurangnya pengetahuan yang dimiliki masyarakat tentang penyakit DM, dengan adanya pengetahuan tentang kesehatan dapat mengubah aktivitas atau perilaku masyarakat dalam menjalankan

pola hidup sehat sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit DM. Namun, tingkat pendidikan yang tinggi juga harus disertai dengan kesadaran yang tinggi akan kesehatan.

4) Pekerjaan

Hasil penelitian pada 50 responden bahwa yang terkena DM tipe 2 sebagian besar adalah ibu rumah tangga sebanyak 32 responden. Hal ini didukung oleh penelitian Isnaini (2018) bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yang merupakan ibu rumah tangga dimana pekerjaan berhubungan dengan aktifitas fisik dan aktifitas olahraga. Ibu rumah tangga melakukan beberapa aktifitas dirumah seperti mencuci, memasak, dan membersihkan rumah serta banyak aktifitas lainnya yang tidak dapat di deskripsikan.

Aktifitas fisik akan berpengaruh terhadap peningkatan insulin sehingga kadar gula dalam darah akan berkurang. Jika insulin tidak mencukupi untuk mengubah glukosa menjadi energi maka akan timbul DM. Menurut Sukardji dalam Isnaini (2018) pekerjaan sebagai ibu rumah tangga termasuk dalam aktifitas ringan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sujaya dalam Isnaini (2018) bahwa orang yang aktifitas fisiknya ringan memiliki risiko 4,36 kali lebih besar untuk menderita DM tipe 2 dibandingkan dengan orang yang memiliki aktifitas sedang dan berat.

Menurut asumsi peneliti pekerjaan dapat menjadi faktor risiko terjadinya DM tipe 2 karena dengan beraktifitas fisik akan dapat terjadi pembakaran gula darah menjadi energi serta sel tubuh akan lebih sensitif dan lebih banyak menghasilkan insulin juga dapat melancarkan peredaran darah yang akan menurunkan kemungkinan terjadinya DM tipe 2.

b. Hasil Dukungan Keluarga pada Pasien DM Tipe 2

Hasil penelitian yang dilakukan pada 50 responden DM tipe 2 diperoleh skor dukungan keluarga minimal skor 6 dan maksimal skor adalah 26 dengan hampir seluruhnya keluarga responden mendukung sebanyak 48 orang (96%), dan sebagian kecil keluarga responden tidak mendukung sebanyak 2 orang (4%).

Hal ini menunjukkan hampir seluruhnya responden memiliki dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada pasien DM Tipe 2 selama menjalani perawatan berupa dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan memberikan dukungan informasioal yang memberikan dampak pada motivasi dalam menjalani *self care activity* pasien. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Arifin (2015) bahwa sebagian besar responden mempunyai dukungan keluarga dalam kategori tinggi (55,1%) dan sisanya (44,9%) mempunyai dukungan keluarga dalam kategori sedang.

Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang paling dekat hubungannya dengan pasien. Dengan adanya dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan penderita dalam penatalaksanaan diet. Keluarga meyakinkan bahwa pasien mampu mengatasi kesulitan yang sedang pasien alami sekarang, dan keluarga tidak mengabaikan atau meninggalkan pasien saat butuh teman untuk bicara dan berada dalam kondisi sulit.

Faktor umur berpengaruh terhadap dukungan yang diberikan kepada pasien DM Tipe 2, berdasarkan hasil penelitian Arifin (2015) menunjukkan sebagian besar responden berumur > 65 tahun dengan dukungan kategori tinggi. Hal ini disebabkan pada usia > 65 tahun merupakan kelompok usia masa tenang sehingga memiliki kesibukan yang rendah dan memiliki banyak waktu bersama dengan keluarga.

Menurut asumsi peneliti dukungan sosial keluarga memungkinkan keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi dalam kesehatan keluarga serta memenuhi lima tugas kesehatan keluarga. Namun, tidak sepenuhnya dukungan keluarga berpengaruh terhadap kesehatan individu melainkan kesadaran individu sendiri akan kesehatannya yang mampu mengubah perilaku atau aktivitas yang mengarah pada pola hidup sehat.

c. *Self Care Activity* pada Pasien DM Tipe 2

Hasil penelitian pada 50 responden DM tipe 2 menunjukkan bahwa responden melakukan *self care activity* rata-rata 4,26 hari dalam seminggu. Responden memiliki *self care activity* yang paling tinggi yaitu pada manajemen obat dengan rata-rata 6,46 hari dalam seminggu dan *self care activity* responden yang paling rendah yaitu melakukan monitoring glukosa darah dengan rata-rata 0,86 hari dalam seminggu.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Astuti (2014) bahwa keseluruhan responden (n=92) melakukan manajemen diri rata-rata 3,9 hari (SD±1,0) dalam seminggu. Responden memiliki manajemen diri yang paling tinggi yaitu pada medikasi dengan rata-rata 5,8 hari (SD±2,4) dalam seminggu, dan diet dengan rata-rata 5,5 hari (SD±1,4) dalam seminggu. Manajemen diri responden yang paling rendah yaitu melakukan monitoring glukosa darah mandiri dengan rata-rata 1,3 hari (SD±1,0) dalam seminggu, melakukan latihan fisik dengan rata-rata 1,7 hari (SD±2,0) dalam seminggu, dan melakukan perawatan kaki dengan rata-rata 3,3hari (S D±1,4) dalam seminggu.

Self care merupakan kunci dalam penatalaksanaan penyakit kronis secara komprehensif. Manajemen diri DM yang efektif diperoleh jika individu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk melakukan pengelolaan DM secara mandiri. Keberhasilan manajemen diri membutuhkan partisipasi aktif pasien, keluarga dan masyarakat (Rahmawati et al., 2016).

Menurut asumsi peneliti bahwa skor *self care activity* terdiri dari 0-7 yang memiliki makna jika semakin tinggi skor yang diperoleh menandakan semakin bagus perawatan diri yang dilakukan responden dalam seminggu yang terdiri dari diet, aktifitas fisik, manajemen obat, monitoring glukosa darah dan perawatan kaki.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *self care activity* pada pasien DM tipe 2 diantaranya adalah usia, lama mengalami DM, dan pengetahuan.

a) Usia

Pada penelitian ini didapatkan usia responden antara 40-50 tahun sebanyak 6 orang (12%), usia antara 51-60 tahun sebanyak 21 orang (42%), dan usia > 61 tahun sebanyak 23 orang (46%). Hal ini didukung juga oleh penelitian Djawa (2018) yang memiliki jumlah responden 80 orang dengan usia responden dewasa 19-59 tahun sebanyak 23 orang (28,8%) dan usia responden lansia > 59 tahun sebanyak 57 orang (71,2 %)

Selaras dengan penelitian yang dilakukan Isnaini (2018) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara umur dengan kejadian DM tipe 2. Semakin meningkat umur seseorang maka semakin besar kejadian DM tipe 2. Faktor usia memengaruhi penurunan pada semua sistem tubuh, tidak terkecuali sistem endokrin. Penambahan usia menyebabkan kondisi resistensi pada insulin

yang berakibat tidak stabilnya kadar gula darah sehingga banyaknya kejadian DM.

Peningkatan usia dapat menyebabkan perubahan metabolisme karbohidrat dan perubahan pelepasan insulin yang dipengaruhi oleh glukosa dalam darah dan terhambatnya pelepasan glukosa yang masuk ke dalam sel dipengaruhi oleh insulin. Jika dilihat dari usia responden saat pertama kali menderita DM maka dapat diketahui bahwa semakin meningkatnya umur seseorang maka semakin besar kejadian DM tipe 2. (Brunner and Suddarth, 2013)

Menurut asumsi peneliti bahwa usia dapat mempengaruhi *self care activity* karena bertambahnya usia seseorang akan diikuti dengan perubahan fisiologis normal dalam semua sistem tubuh sehingga hal tersebut akan menyulitkan responden melakukan aktifitas, terlebih aktifitas yang dilakukan diluar rumah. Pada usia lansia seseorang mengalami berbagai kemunduran kemampuan dan pengetahuan sehingga lansia mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan diri sendiri.

b) Lama Mengalami DM

Hasil penelitian pada 50 responden bahwa sebagian besar mengalami DM selama 1-60 bulan atau dibawah 5 tahun sebanyak 33 orang (66%) dan hampir sebagian mengalami DM selama > 60 bulan atau diatas 5 tahun sebanyak 17 orang (34%). Kusniawati (2011) mengatakan bahwa pasien yang menderita DM lebih lama

akan memiliki skor *self care* DM lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang menderita DM dalam waktu singkat. Sejalan dengan pendapat Isonah (2008) seseorang yang sudah didiagnosa DM lama, telah memiliki pendidikan dan pengetahuan tentang penyakit yang cukup tentunya akan mampu melakukan perawatan diri sendiri. Akan tetapi, bila seseorang sudah disertai dengan komplikasi, hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap kemampuan *self care management* DM. Dengan adanya komplikasi yang menyertai akan mengubah kondisi fisik dan kemampuan dalam melakukan perawatan diri.

Menurut asumsi peneliti lama mengalami DM dapat mempengaruhi *self care activity* karena dengan lamanya seseorang terkena penyakit akan semakin memiliki pengetahuan yang lebih banyak sehingga mampu melakukan perawatan diri dengan pengetahuan yang dimilikinya berdasarkan pengalaman yang telah dilalui pasien.

c) Mengikuti Pendidikan Kesehatan tentang DM

Hasil penelitian pada 50 responden bahwa hampir seluruhnya tidak pernah mengikuti pendidikan kesehatan tentang DM sebanyak 43 orang (86%) dan sebagian kecil pernah mengikuti pendidikan kesehatan tentang DM sebanyak 7 orang (14%). Selaras dengan penelitian Rahmawati, Tahlil, & Syahrul (2016) yang menyatakan bahwa *Diabetes Self Management Education*

(DSME) berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, pola makan, latihan fisik, terapi farmakologis dan peningkatan monitoring gula darah pada pasien DM tipe 2 yang bermanfaat untuk mengontrol dan mengelola penyakit yang dialaminya.

Hal ini didukung pula oleh penelitian Imonah (2008) bahwa dengan pengetahuan yang cukup akan mendukung pola perilaku manajemen perawatan diri, meliputi monitoring glukosa darah sehingga hasil glukosa darah terkontrol dan pola diet yang sesuai. Rasa peduli pasien akan timbul dengan kondisi sakitnya sehingga akan muncul suatu rasa tanggung jawab untuk mengelola diri sendiri.

Pengetahuan dapat ditingkatkan dengan memberikan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang dilakukan harus sesuai dengan kebutuhan pasien. Adapun materi yang diberikan dalam pendidikan kesehatan adalah diet, aktivitas fisik, pengaturan glukosa darah dan perawatan diri sehari-hari.

Menurut asumsi peneliti pendidikan kesehatan menjadi faktor yang mempengaruhi *self care activity* seseorang karena dengan pengetahuan dan pendidikan kesehatan akan dapat mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi dan penyulit DM serta dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri. Dengan adanya pendidikan kesehatan diharapkan akan terjadi perubahan perilaku dan gaya hidup.

2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan *Self Care Activity* pada Pasien DM Tipe 2

Pada penelitian ini tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan *self care activity* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo dengan *p value* 0,345 ($p > 0,05$) pada uji korelasi *pearson*. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Arifin (2015) yang mengatakan bahwa terdapat hubungan dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan terapi diet pasien DM dalam menjalankan terapi diet.

Kehadiran keluarga memberikan perawatan kesehatan berpengaruh terhadap kondisi psikologis pasien yang sedang mengalami sakit. Pasien DM tipe 2 membutuhkan perhatian dari keluarga agar memiliki motivasi untuk menjaga kesehatannya sehingga menyebabkan pasien DM Tipe 2 merasa cukup mendapatkan kekuatan untuk mengendalikan kesehatan dengan menjaga dan mengendalikan aktivitas diet. Apabila kondisi psikologis pasien terganggu dapat menyebabkan pasien DM Tipe 2 enggan melakukan diet dengan baik.

Penelitian yang juga dilakukan oleh Al-Kahfi, Palimbo, dan Marlina (2016) mengatakan bahwa ada hubungan efikasi diri dan dukungan keluarga terhadap pencegahan kaki diabetik dimana efikasi diri lebih dominan berpengaruh dibandingkan dukungan keluarga terhadap pencegahan kaki diabetik.

Adanya efikasi diri yang tinggi maka secara tidak langsung akan menimbulkan motivasi untuk sembuh sehingga responden dapat mencegah

kaki diabetik secara optimal. Keyakinan diri responden menjadi tinggi atau rendah dapat dibentuk oleh individu itu sendiri. Efikasi diri dapat meningkatkan perilaku responden dalam mencegah kaki diabetik dengan baik.

Pada penelitian yang dilakukan Wahyu Adhitya, Firdaus W, Arwinda N, Suharto (2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan 4 pilar pengelolaan DM tipe 2. Dengan menggunakan analisis stratifikasi didapatkan tingkat pendidikan, status ekonomi dan komplikasi dapat mempengaruhi dukungan keluarga terhadap kepatuhan dalam menjalankan 4 pilar pengelolaan DM tipe 2.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan keluarga dan *self care activity* tidak memiliki hubungan karena keterbatasan peneliti pada kriteria inklusi untuk usia dan lama mengalami DM yang tidak di homogenkan. Sebagian besar responden pada penelitian ini memiliki usia > 60 tahun sehingga aktivitas yang dilakukan responden terbatas karena usia lanjut. Pada peneliti sebelumnya Al-Kahfi, Palimbo, dan Marlina (2016) melakukan penelitian untuk mengetahui pengaruh efikasi diri dan dukungan keluarga terhadap pencegahan kaki diabetik dimana efikasi diri lebih dominan berpengaruh dibandingkan dukungan keluarga terhadap pencegahan kaki diabetik.

Selain itu, pada peneliti sebelumnya Djawa (2018) melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan *self-*

care dengan menentukan kriteria inklusi untuk lama mengalami DM > 6 bulan sehingga dapat dikatakan pasien sudah memiliki pengetahuan mengenai sakit yang dideritanya. Sedangkan pada penelitian ini peneliti tidak memasukkan minimal berapa lama pasien mengalami DM sehingga pada pasien yang baru terdiagnosa DM selama ± 1-5 bulan belum mendapatkan pengetahuan yang cukup mengenai DM.

Pada penelitian yang dilakukan Arifin (2015) juga bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada pasien DM tipe 2 yang merupakan subskala dari *self care activity* sehingga semua responden hanya difokuskan mengenai kepatuhan diet secara lebih detail. Sedangkan pada penelitian ini aktivitas responden tidak difokuskan pada satu subskala saja melainkan seluruh domain *self care activity* yaitu diet, aktivitas fisik, manajemen obat, monitoring glukosa darah, dan perawatan kaki selama seminggu sehingga dapat mempengaruhi hasil korelasinya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Batasan karakteristik responden DM tipe 2 berdasarkan usia pada penelitian ini sebagian besar berusia > 61 tahun sebanyak 23 orang (46%), jenis kelamin responden pada penelitian ini hampir seluruhnya berjenis kelamin perempuan sebanyak 39 orang (78%), pendidikan terakhir responden setengahnya berpendidikan SD sebanyak 25 orang (50%), dan lama mengalami DM sebagian besar dibawah 5 tahun sebanyak 33 orang (66%).
2. Distribusi frekuensi dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2 pada penelitian ini hampir seluruhnya keluarga responden mendukung sebanyak 48 orang (96%) dan sebagian kecil keluarga responden tidak mendukung sebanyak 2 orang (4%).
3. Distribusi frekuensi *self care activity* pada pasien DM tipe 2 yaitu responden melakukan *self care activity* rata-rata 4,26 hari dalam seminggu dengan *self care activity* yang paling tinggi yaitu pada manajemen obat dengan rata-rata 6,46 hari dalam seminggu dan *self care activity* responden yang paling rendah yaitu melakukan monitoring glukosa darah dengan rata-rata 0,86 hari dalam seminggu.

4. Berdasarkan uji korelasi *pearson* tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan *self care activity* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo dengan *p value* > 0,05.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan *self care activity* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Samarinda dengan *p value* 0,345 ($p > 0,05$). Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya usia, lama mengalami DM dan pengetahuan tentang DM. Keberhasilan *self-care* DM tidak hanya membutuhkan partisipasi aktif dari keluarga dan masyarakat saja tetapi juga memerlukan partisipasi aktif dari pasien itu sendiri.

B. Saran

- a. Bagi Dinas Kesehatan Kota Samarinda

Diharapkan Dinas Kesehatan Kota Samarinda dapat mempertimbangkan dan melakukan pengambilan kebijakan terhadap program-program pencegahan komplikasi DM yang lebih lanjut khususnya melalui *self care activity*.

- b. Bagi Puskesmas

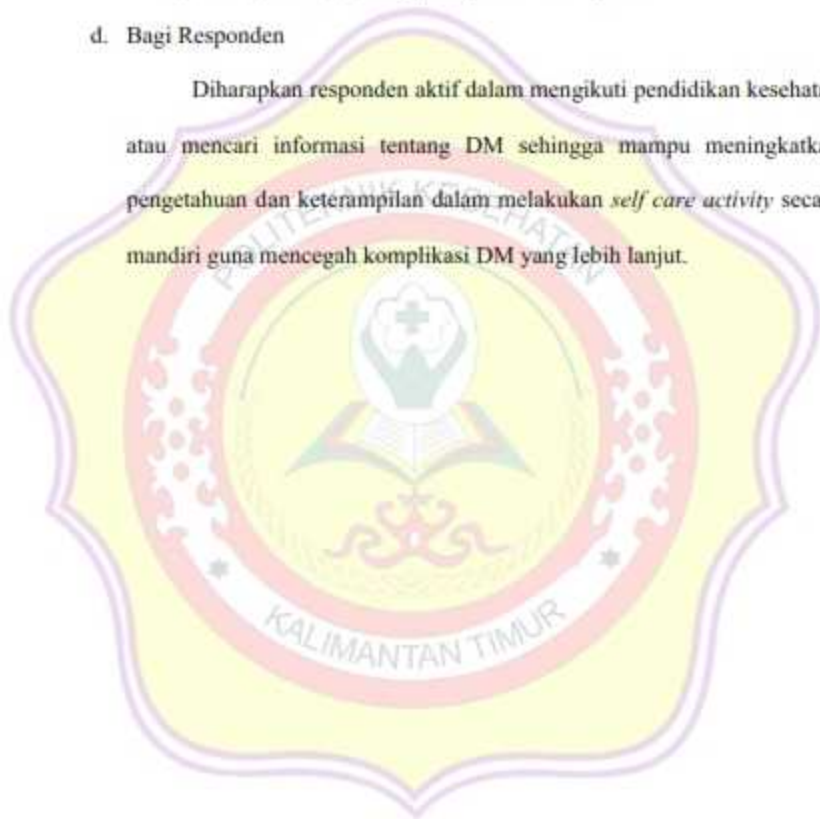
Diharapkan puskesmas dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan pasien DM tipe 2 mengenai *self-care activity* untuk mencegah komplikasi yang lebih lanjut melalui pendidikan kesehatan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan menyertakan variabel lain yang belum diteliti yang berhubungan dengan DM tipe 2 seperti *self efficacy* pada pasien DM tipe 2.

d. Bagi Responden

Diharapkan responden aktif dalam mengikuti pendidikan kesehatan atau mencari informasi tentang DM sehingga mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan *self care activity* secara mandiri guna mencegah komplikasi DM yang lebih lanjut.



DAFTAR PUSTAKA

- Abi Muhlisin, I. (2010). Teori Self Care dari Orem dan Pendekatan Dalam Praktek Keperawatan. *Berita Ilmu Keperawatan*, 2(2), 97–100. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2016.01.002>
- ADA. (2018). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 41(9), 2045–2047. <https://doi.org/10.2337/dc18-su09>
- Al-Kahfi, R., Palimbo, A., & Marlina. (2016). Pencegahan Kaki Diabetik Pada Pasien Rawat Jalan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Rsud Banjarmasin, 7(2).
- Arifin, S. D. (2015). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Diabetes Melitus Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam Klinik Dr . Soeradji Tirtonegoro, II(September), 1–18.
- Astuti, N. (2014). Efikasi Diri Dan Manajemen Diri Pada Pasien Diabetes Tipe 2.
- Bertalina, P. (2016). Hubungan lama sakit, pengetahuan, motivasi pasien dan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pasien diabetes mellitus. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 329–340. Retrieved from <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/211>
- Dahlan, M. S. (2010). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan* (3rd ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: TIM.
- Dinkes. Data Puskesmas Tertinggi dengan penderita DM di Samarinda (2018).
- Djawa, O. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Self Care pada Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Depok III Sleman Yogyakarta. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/evo.13107>.This
- Elpriska. (2016). Pengaruh Stres, Dukungan Keluarga dan Manajemen Diri Terhadap Komplikasi Ulkus Kaki Diabetik Pada Penderita DM Tipe 2 Influences Of Stress, Family Support, And Self Management Toward Complication Of Diabetic Foot Ulcer Of Diabetes Mellitus Type 2 Patiens. *Idea Nursing Journal*, VII(1), 20–25.
- Fahra, R. U., Nur Widayati, & Jon Hafan Sutawardana. (2017). Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator dengan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus

- Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Bina Sehat Jember. *NurseLine Journal*, 2(2), 9. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/197141-ID-correlation-between-the-role-of-nurse-as.pdf>
- Friedman, M. M. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: TIM.
- Handayani, N. (2015). Etiologi Diabetes Melitus, (Dm), 5–31. Retrieved from [http://eprints.ums.ac.id/33983/11/BAB II.pdf](http://eprints.ums.ac.id/33983/11/BAB%20II.pdf)
- International Diabetes Federation. (2017). IDF Worldwide table 2017. *Www.Diabetesatlas.Org*. <https://doi.org/http://www.diabetesatlas.org/>. (accessed 7 December 2015)
- Irawan, D. (2010). Prevalensi dan Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 di Daerah Urabn Indonesia, 1–121. Retrieved from [http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20267101-T 28492-Prevalensi dan faktor-full text.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20267101-T%2028492-Prevalensi%20dan%20faktor%20full%20text.pdf)
- Ismonah. (2008). Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Self Care Management Diabetes Melitus dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RS Panti Wilasa Citarum Semarang.
- Isnaini, N. (2018). Faktor Risiko Mempengaruhi Kejadian Diabetes Mellitus Tipe Dua, 14(1), 59–68. Retrieved from <https://ejournal.unisayogya.ac.id/ejournal/index.php/jkk/article/download/550/233>
- Kemenkes RI. (2014). Infodatin Diabetes. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.35913>
- Kusniawati. (2011). Self Care Diabetes pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Tangerang. *Tesis FIK UI*. Retrieved from [http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20281676-T Kusniawati.pdf](http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20281676-T%20Kusniawati.pdf)
- Mu'arofah. (2013). Self Efikasi, 11–37. Retrieved from http://etheses.uin-malang.ac.id/1748/5/09410110_Bab_2.pdf
- PERKENI. (2015). Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia.
- Prawirasatra Wahyu Adhitya, Firdaus W, Arwinda N, Suharto, B. S. (2016).

Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan 4 Pilar Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Rowosari. *Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro*, 6(2), 1341–1360. Retrieved from http://eprints.undip.ac.id/56273/1/Wahyu_Adhitya_Prawirasatra_22010113120025_Lap.KTI_Bab0.pdf

Rahmawati, Tahlil, T., & Syahrul. (2016). Pengaruh Program Diabetes Self-Management Education Terhadap Manajemen Diri Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 46–58.

Rekam Medik Puskesmas Sidomulyo 2018 (2018).

Retnowati. (2014). Dukungan Keluarga, 3. Retrieved from [http://repository.ump.ac.id/2833/3/BAB II.pdf](http://repository.ump.ac.id/2833/3/BAB%20II.pdf)

Riskesdas. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. *Riset Kesehatan Dasar*, 58. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga* (1st ed.). Yogyakarta: Graha Ilmu.

Soewondo, P., Soegondo, S., Suastika, K., Pranoto, A., Soeatmadji, D. W., & Tjokroprawiro, A. (2010). The DiabCare Asia 2008 study – Outcomes on control and complications of type 2 diabetic patients in Indonesia. *Medical Journal of Indonesia*, 19(4), 235. <https://doi.org/10.13181/mji.v19i4.412>

Sugiyono. (2014). Metode penelitian. *Metode Penelitian*, 35–49.

Sutini. (2018). Konsep Dukungan Keluarga. Retrieved from [http://eprints.umpo.ac.id/3853/4/BAB 2.pdf](http://eprints.umpo.ac.id/3853/4/BAB%202.pdf)

WHO. (2016). Diabetes. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Yusra, A. (2011). Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Fatmawati Jakarta.