

**HUBUNGAN KETAHANAN KELUARGA DENGAN KUALITAS
HIDUP PADA LANSIA PENDERITA DM TIPE 2**

SKRIPSI

OLEH :

**JULI PITRIANI
NIM. 19010022**



**PROGRAM STUDI KEPEREWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2023**

HUBUNGAN KETAHANAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA PENDERITA DM TIPE 2

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :

**JULI PITRIANI
NIM. 19010022**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2023**

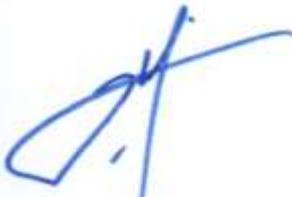
LEMBAR PENGESAHAN

**PERAWATAN DIRI LANSIA YANG MENGALAMI
GANGGUAN POLA TIDUR**

Skripsi Ini Telah Diseminarkan dan Dipertahankan di Hadapan
Tim Penguji Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan
di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, Agustus 2023

Pembimbing Utama



**Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M.Kep
NIDN. 0126071201**

Pembimbing Pendamping



**Arinil Hidayah, SKM. M.Kes
NIDN. 0118108703**

**Ketua Program Studi
Keperawatan Program Sarjana**



**Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep
NIDN.0111048402**

Dekan Fakultas Kesehatan



**Arinil Hidayah, SKM. M.Kes
NIDN. 0118108703**

HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Laila Warda Siregar
Nim : 19010025
Program Studi : Keperawatan

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul "Perawatan Diri Lansia Yang Mengalami Gangguan Pola Tidur" benar bebas dari plagiat, dan apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padangsidempuan Juli 2023

Penulis



Laila Warda Siregar

IDENTITAS PENELITIAN

Nama : Juli Pitriani
NIM : 19010022
Tempat/Tanggal Lahir : Sitinjak, 18 Juli 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Sitinjak, Kecamatan Angkola Barat
Kabupaten Tapanuli Selatan

Riwayat Pendidikan:

1. SD 100040 Sitinjak : Lulus 2013
2. Mts YPKS Padangsidimpuan : Lulus 2016
3. SMA Negeri 1 Angkola Barat : Lulus 2019
4. S1 Keperawatan Universitas Afa Royhan : Lulus 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-NYA peneliti dapat menyusun skripsi dengan judul “Hubungan Ketahanan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Penderita DM Tipe 2 “, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan di Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.

Dalam proses penyusunan skripsi ini peneliti banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
2. Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep selaku ketua program studi keperawatan program sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
3. Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Lola Pebrianthy, SST, M.Keb, selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Ns. Asnil Adli Simamora, M.Kep, selaku ketua penguji yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.

6. Yanna Wari Harahap,SKM,MPH, selaku anggota penguji yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini
7. Seluruh dosen Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
8. Teristimewa peneliti ucapkan terimakasih kepada ayahanda dan ibunda tersayang,serta abang dan seluruh keluarga yang telah memberikan motivasi dan cinta serta Do'a restu selama saya menjalani pendidikan.
9. Kepada teman-teman yang telah banyak membantu dan memberi dorongan untuk menyelesaikan skripsi ini.

Kritik dan saran yang bersifat membangun penelitian harapan guna perbaikan dimasa mendatang.Mudah-mudahan penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan .Aamin.

Padangsidempuan, Juni 2023

Peneliti

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN**

Laporan Penelitian, Juni 2023

Juli Pitriani

**HUBUNGAN KETAHANAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
PADA LANSIA PENDERITA DM TIPE 2**

ABSTRAK

Diabetes Melitus tipe 2 merupakan salah satu penyakit kronis yang memerlukan penanganan serius yang melibatkan penderita dan keluarga dalam perawatan DM tipe 2. Ketahanan keluarga sangat membantu penderita DM tipe 2 untuk meningkatkan kualitas hidup. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif korelasi menggunakan pendekatan *cross sectional studi*. Populasi penelitian ini adalah lansia yang menderita DM tipe 2 dan sampel penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling* sebanyak 51 responden. Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner diabetes Quality Of Life (DQOL) dengan 15 pertanyaan. Dan kuesioner FRAS dengan 54 pertanyaan. Analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat, jenis data analisa bivariat menggunakan uji chi square. Hasil penelitian dengan nilai $p = \text{value } 0,02 < 0,05$ menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara ketahanan keluarga dengan kualitas hidup. Kesimpulan penelitian ini yaitu kualitas hidup dipengaruhi oleh ketahanan keluarga.

Kata kunci: Ketahanan keluarga, kualitas hidup, DM tipe 2, lansia

Daftar pustaka: 2012-2021 (38)

ABSTRACT

NURSING PROGRAM OF HEALTH FACULTY AT AUFA ROYHAN UNIVERSITY IN PADANGSIDIMPUAN

Report of research, July 2023

Laila Warda Siregar

THE SELF-CARE OF ELDERLY WHO EXPERIENCE DISTURBANCES SLEEP PATTERNS

ABSTRACT

Sleep pattern disturbance is a major problem experienced by the elderly, this occurs due to a comprehensive decline in body function in the elderly. High self-care can reduce sleep pattern disorders in the elderly. The purpose of this study was to explore the self-care of the elderly who experience sleep pattern disorders. This type of research is descriptive qualitative with descriptive phenomenology research design. This research was conducted in Working Area Padangmatinggi Public Health Center. The population in this study were all elderly people who suffered from sleep pattern disorders. The number of participants in this study was 8 people with purposive sampling technique. The Data collection techniques in this study used in-depth interview methods. The results of this study obtained 3 themes. Self-care of the elderly who experience sleep pattern disorders, namely (1) Handling sleep interruptions, (2) Bedtime habits, (3) Family support. Self-care has an important role in controlling sleep pattern disorders experienced by the elderly. This self-care consists of activities before bed, handling sleep interruptions to the importance of family support.

Keywords: Self-care, elderly, sleep pattern disorder

Bibliography: 2004 - 2022 (29)

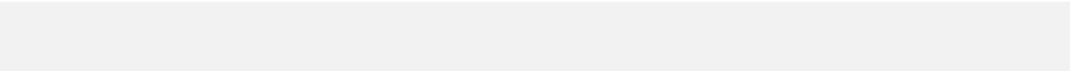


DAFTAR ISI

halaman

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	ii
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Praktis.....	6
1.4.2 Manfaat Teoritis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Lansia	8
2.1.1 Definisi Lansia.....	8
2.1.2 Ciri ciri lansia	8
2.1.3 Batasan lansia	9
2.1.4 Masalah pada lansia	10
2.1.5 Tipe pada lansia	11
2.1.6 Permasalahan Kesehatan Lansia.....	12
2.2 Diabetes Melitus	13
2.2.1 Defenisi.....	13
2.2.2 Etiologi.....	14
2.2.3 Patofisiologi	15
2.2.4 Klasifikasi	18
2.2.5 Tanda dan Gejala.....	19
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.2.7 Penatalaksanaan	21
2.2.8 Komplikasi.....	25
2.3 Ketahanan Keluarga	26
2.3.1 Definisi	26
2.3.2 Dimensi Resiliensi Keluarga	26
2.3.3 Alat Ukur Resiliensi Keluarga	30
2.4 Kualitas Hidup	31
2.4.1 Definisi	31
2.4.2 Aspek-aspek Kualitas Hidup.	33
2.4.3 Faktor-faktor Kualitas Hidup.....	34

2.4.4 Penggunaan Kualitas Hidup.....	36
2.4.5 Pengukuran Kualitas Hidup.....	36
2.5 Kerangka Konsep.....	37
2.6 Hipotesis.....	38
BAB 3 METODE PENELITIAN	39
3.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	39
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	39
3.2.1 Tempat Penelitian.....	39
3.2.2 Waktu Penelitian.....	39
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	40
3.3.1 Populasi Penelitian.....	40
3.3.2 Sampel Penelitian.....	40
3.4 Etika Penelitian.....	41
3.5 Alat Ukur Pengumpulan Data.....	44
3.5.1 Kuesioner Ketahanan Keluarga.....	44
3.5.2 Kuesioner Kualitas Hidup.....	44
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	45
3.6.1 Tahap persiapan.....	45
3.6.2 Tahap pelaksanaan / Intervensi.....	45
3.6.3 Tahap Terminasi.....	46
3.7 Defenisi Operasional.....	46
3.8 Cara Pengolahan Data.....	47
3.9 Analisa Data.....	48
3.9.1 Analisa Univariat.....	48
3.9.2 Analisa Bivariat.....	48
BAB 4 HASIL PENELITIAN.....	51
4.1 Hasil Penelitian.....	51
4.2 Analisa Univariat.....	51
4.2.1 Jenis Kelamin.....	51
4.2.2 Pendidikan.....	52
4.2.3 Pekerjaan.....	52
4.2.4 Penyakit Penyerta.....	53
4.2.5 Ketahanan Keluarga.....	54
4.2.6 Kualitas Hidup.....	54
4.3 Analisa Bivariat.....	55
BAB 5 PEMBAHASAN	56
5.1 Analisa Univariat.....	56
5.1.1 Karakteristik Responden.....	56
5.2 Analisa Bivariat.....	60
5.2.1 Hubungan Ketahanan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Lansia Penderita DM Tipe 2.....	60



BAB 6 PENUTUP 62
 6.1 Kesimpulan..... 62
 6.2 Saran..... 62

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 3.1. Kegiatan dan waktu pelaksanaan	39
Tabel 3.3. Defenisi Operasional	46
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Jenis Kelamin”	49
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Pendidikan”	50
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Pekerjaan”	50
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Penyakit Penyerta”	51
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Ketahanan Keluarga”	52
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Kualitas Hidup”	52
Tabel 4.7 Hubungan Ketahanan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Penderita DM Tipe 2	53

DAFTAR GAMBAR

halaman

Gambar 1. Kerangka Konsep	37
---------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat izin survey pendahuluan dari Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan
- Lampiran 2 Surat balasan izin survey pendahuluan dari Puskesmas Padangmatinggi
- Lampiran 3 Surat izin penelitian dari Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan
- Lampiran 4 Surat balasan izin penelitian dari Puskesmas Padangmatinggi
- Lampiran 5 Permohonan menjadi responden
- Lampiran 6 Persetujuan menjadi responden (informed consent)
- Lampiran 7 Kuesioner
- Lampiran 8 Master tabel
- Lampiran 9 Output Spss
- Lampiran 10 Lembar Konsultasi
- Lampiran 11 Dokumentasi penelitian

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Data Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035 Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan peningkatan UHH saat lahir dari 69,8 tahun pada tahun 2010 menjadi 70,9 tahun pada tahun 2017 dan diperkirakan akan meningkat menjadi 72,4 pada tahun 2035 mendatang. Inilah yang disebut transisi menuju struktur penduduk tua (ageing population) (Kemenkes RI, 2018).

Indonesia merupakan negara dengan struktur Aging Population, dimana proyeksi proporsi lanjut usia saat ini sebesar 27,08 juta jiwa atau 9,99 % (Kemenkes RI, 2020). Lanjut usia (lansia) merupakan seseorang dengan kriteria sudah mencapai usia 60 tahun ke atas dan mengalami proses penuaan yang berlangsung sepanjang hidup, tidak hanya di mulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Pada masa ini tubuh akan terjadi perubahan fungsi dan penurunan daya tahan tubuh. Tua bukanlah sebuah penyakit, namun proses alami dalam siklus kehidupan manusia. Menurut WHO, lansia di bagi menjadi beberapa kriteria yaitu, usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun, usia tua (old) 75-90 tahun, dan usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun. Sedangkan menurut Depkes RI dijelaskan bahwa usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun, usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas dan usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan (Kurdi, 2021).

Menurut WHO, di kawasan Asia Tenggara populasi lansia sebesar 8% atau sekitar 142 juta jiwa. Pada tahun 2050 diperkirakan populasi lansia meningkat 3

kali lipat dari tahun ini. Pada tahun 2000 jumlah lansia sekitar 5.300.000 (7,4%) dari total populasi, sedangkan pada tahun 2010 jumlah lansia 24.000.000 (9,77%) dari total populasi, dan tahun 2020 diperkirakan jumlah lansia mencapai 28.800.000 (11,34%) dari total populasi. Sedangkan di Indonesia sendiri pada tahun 2020 diperkirakan jumlah lansia sekitar 80.000.000 (kemenkes, 2013).

Organisasi Internasional Diabetes Federation (IDF) memperkirakan sedikitnya terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita diabetes pada tahun 2019 atau setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3 % dari total penduduk pada usia yang sama. Berdasarkan jenis kelamin, IDF memperkirakan prevalensi diabetes di tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka diprediksi terus meningkat hingga menjadi 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045 (Supriyono, 2020).

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan tipe diabetes yang sering ditemukan di dunia. Pada orang dewasa, DM tipe 2 di dunia sebesar 90-95% kasus dari pada tipe diabetes yang lain seperti diabetes mellitus tipe 1 dan gestasional. Penderita DM diantara 29,1 miliar di Amerika Serikat, 8,1 miliar penderita tidak menyadari bahwa mereka memiliki penyakit diabetes ini. Pada usia 20 tahun keatas, lebih dari 10 orang menderita komplikasi akibat diabetes sedangkan pada usia 65 tahun ke-atas, kasus DM tipe 2 ini meningkat 1-4 kali lipat (Meidikayanti,2017).

Studi *International Diabetes Federation* pada tahun 2013 penyakit DM diderita oleh 382 juta orang di seluruh dunia. Pada usia 20 tahun keatas, lebih dari 10 orang menderita komplikasi akibat diabetes sedangkan pada usia 65 tahun ke-

atas, kasus DM tipe 2 ini meningkat 1-4 kali lipat. Kasus DM di Indonesia sebanyak 7,6 juta jiwa, Indonesia menduduki urutan ketujuh dan diperkirakan akan terus meningkat enam persen setiap tahunnya (Meidikayanti, 2017).

Pada Riskesdas 2018, prevalensi diabetes melitus pada usia 55-64 tahun 6,3%, 65-74 tahun 6,0% dan 70 tahun keatas 3,3%. Sedangkan pada Riskesdas 2013, prevalensi Diabetes Melitus pada usia 55-64 tahun 4,8%, 65-74 tahun 4,2% dan 70 tahun keatas 2,8%. Pada 5 tahun terakhir prevalensi pada usia 55-70 tahun menunjukkan peningkatan (Kemenkes, 2020). Data dari Riskesdas dalam angka, Provinsi Sumatera Utara tahun 2018, prevalensi DM pada umur ≥ 15 tahun di Sumatera Utara yang terdiagnosis sebesar 1,8%. (Kemenkes RI, 2019).

Diabetes mellitus selalu mengalami peningkatan setiap tahun dan menjadi ancaman kesehatan dunia. Prevalensi Diabetes Melitus tipe 2 menyumbang 90% dari semua diabetes dan merupakan salah satu yang terbanyak di seluruh dunia. Menurut *Federasi Diabetes Internasional* (IDF) (2019), sekitar setengah miliar orang menderita diabetes. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 2,2 juta kematian akibat penyakit diabetes mellitus. (World Health Organization Global Report, 2016).

Berdasarkan rintisan indeks ketahanan keluarga (R-IKK) Menurut provinsi dan kategori tingkat ketahanan keluarga. Pada pulau sumatera, terlihat bahwa hampir seluruh provinsi memiliki R-IKK yang terkategori tinggi (atau bahkan sangat tinggi), kecuali di provinsi sumatera utara yang memiliki R-IKK dengan kategori cukup (kementerian PPPA, 2016)

Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, kualitas hidup adalah kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik yaitu

aktivitas sehari – hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, self esteem dan kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial. Kualitas hidup dipengaruhi oleh tingkat kemandirian, kondisi fisik dan psikologis, aktifitas sosial, interaksi sosial dan fungsi keluarga. Pada umumnya lanjut usia mengalami keterbatasan, sehingga kualitas hidup pada lanjut usia menjadi mengalami penurunan. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat sehingga memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan lanjut usia untuk meningkatkan kualitas hidup lanjut usia (Supriyani, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Yudianto, et al (2008) dalam penelitian kepada 50 orang (64%) mengatakan bahwa kualitas hidupnya baik. Penelitian tersebut berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Caidir, Wahyuni dan Furkhani (2017) yang menemukan bahwa sebanyak 47 orang responden dari 89 responden, memiliki kualitas hidup yang buruk. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ali, Masi & Kallo (2017) mengatakan bahwa kualitas hidup pasien diabetes mellitus memiliki kualitas hidup buruk dengan jumlah responden 17 orang (56,7%). Penelitian Inge Ruth S (2012) mendapatkan hasil yaitu dari 85 orang responden terdapat penderita DM memiliki kualitas hidup buruk yaitu sebanyak 57 responden.

Menurut Inge Ruth S, all (2012) perubahan yang terjadi seperti pada domain fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan hidup menjadi factor yang mengakibatkan kualitas hidupnya kurang. Adapun factor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan dan lama menderita diabetes mellitus (Umam, 2020).

Dari hasil survey pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di wilayah kerja Puskesmas Padangmatinggi kota Padangsidempuan, didapatkan hasil bahwa kasus Diabetes Melitus pada lansia tahun 2020 adalah sebanyak 80 orang, pada tahun 2021 sebanyak 91 orang dan pada tahun 2022 sebanyak 104 orang.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada Hubungan Ketahanan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Lansia Penderita DM Tipe 2”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Hubungan Ketahanan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Lansia Penderita DM Tipe 2.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik (umur, jenis kelamin, status pekerjaan, pendidikan).
2. Mengidentifikasi ketahanan keluarga pada penderita DM tipe 2.
3. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien DM tipe 2.
4. Mengidentifikasi hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

1. Bagi Responden

Menjadi sumber informasi dan menambah pengetahuan mengenai ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

2. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti dalam merencanakan, melaksanakan dan menyusun suatu penelitian ilmiah serta memberikan pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu keperawatan berkaitan dengan pentingnya ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

3. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai sumber data baru yang bisa digunakan sebagai pemecahan yang ada kaitannya dengan Hubungan Ketahanan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Lansia Penderita DM Tipe 2 sebagai tambahan pengetahuan dari hasil penelitian untuk dikembangkan pada penelitian berikutnya.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi dasar pengembangan penelitian selanjutnya terkait dengan Hubungan Ketahanan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Lansia Penderita DM Tipe 2.

1.4.2 Manfaat Teoritis

Teoritis yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran dan menambahkan wawasan ilmu pengetahuan yang bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan mengenai hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas dan merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut dengan proses penuaan (*aging proses*) (WHO 2018). Lansia dapat juga diartikan sebagai menurunnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejes (Darmojo, 2015).

2.1.2 Ciri ciri lansia

Menurut Depkes RI (2016). Ciri-ciri sebagai berikut :

1. Lansia adalah periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis sehingga motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3. Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia yang buruk pula. Contohnya: lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikir kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.1.3 Batasan lansia

Menurut (Nur Kholifah, 2016) dalam buku keperawatan batasan lansia dibagi menjadi dua yaitu: Menurut *world health Organization (WHO)* pada tahun 2015 menjelaskan batasan lansia adalah berikut:

1. Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun
2. Usia tua (old) antara usia 75-90 tahun
3. Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun

Depkes RI (2016) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

1. Usia lanjut peresenilis yaitu antara usia 45-59 tahun
2. Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas
3. Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 ke atas dengan masalah kesehatan.

2.1.4 Masalah pada lansia

Permasalahan yang muncul pada lansia menurut (Nur Kholifah, 2016) dalam Buku Keperawatan Gerontik diantaranya itu :

1. Masalah fisik

Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra penglihatan yang mulai kabur, indra penglihatan yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga sering sakit.

2. Masalah kognitif (intelektual)

Masalah yang dihadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap suatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar.

3. Masalah emosional

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat

perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar, selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stress akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

4. Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

2.1.5 Tipe pada lansia

Umumnya lansia lebih dapat beradaptasi tinggal daerah rumah sendiri dari pada tinggal bersama anaknya, menurut Nugroho W (2012), adalah :

1. Tipe arif bijaksana : yaitu tipe kaya pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, ramah, rendah hati, menjadi panutan. Tipe mandiri: yaitu mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif. Dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman dan memenuhi undangan
2. Tipe tidak puas: yaitu tipe konflik lahir batin, menentang proses penuaan sehingga. Sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung sulit dilayani, pengkritik Dan banyak menuntut.
3. Tipe pasrah: yaitu lansia yang menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.
4. Tipe bingung: yaitu kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, Menyesal, pasif dan acuh tak acuh. Tipe lain dari lansia adalah tipe

optimis, tipe konstruktif, tipe dependen (ketergantungan), tipe defensive (bertahan), tipe militan dan Serious, tipe pemarah/frustrasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu). Serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri).

2.1.6 Permasalahan Kesehatan Lansia

1. Penurunan Kondisi Fisik

Usia lanjut umumnya ditandai dengan penurunan kondisi fisik yang bersifat patologis berganda (multiple pathology), misalnya tenaga mulai berkurang, kulit makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin rapuh, penglihatan menurun, pendengaran menurun dan sebagainya.

2. Gangguan Psikologis

- a. Rasa tabu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia
- b. Sikap masyarakat yang didukung oleh tradisi dan budaya yang kurang menunjang.
- c. Kurangnya variasi dalam kehidupan.
- d. Meninggalnya pasangan hidup.
- e. Masalah kesehatan jiwa dan disfungsi seksual.

3. Perubahan Sosial

- a. Menurunnya berbagai fungsi tubuh mengakibatkan lansia sering merasa terasing. Hal itu sebaiknya dicegah dengan selalu mengajak mereka melakukan aktivitas, selama yang bersangkutan masih sanggup, agar tidak merasa terasing atau diasingkan. Karena jika keterasingan terjadi akan semakin menolak untuk berkomunikasi

dengan orang lain dan kadangkadang terus muncul perilaku regresi seperti mudah menangis, mengurung diri, mengumpulkan barang-barang tak berguna serta merengek-rengok dan menangis bila bertemu orang lain sehingga perilakunya seperti anak kecil. Menghadapi berbagai permasalahan di atas, beruntunglah lansia yang memiliki keluarga dan masih memegang budaya ketimuran sehingga mau dan siap untuk merawat lansia dengan penuh kesabaran dan pengorbanan, namun bagi lansia yang tidak memiliki keluarga atau kerabat atau memiliki keluarga namun tidak memperhatikan mereka, apalagi lansia yang hidup dalam perantauan seringkali membuat mereka menjadi terlantar (Samal, 2011).

2.2 Diabetes Melitus

2.2.1 Defenisi

Diabetes mellitus adalah kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kinerja insulin atau keduanya (perkeni, 2021). Menurut *International Diabetes Federation (IDF) (2019)*, Diabetes Melitus adalah suatu kondisi kronik serius yang terjadi ketika ada peningkatan kadar glukosa dalam darah karena tubuh tidak dapat menghasilkan cukup hormon insulin atau tidak efektif menggunakan insulin yang dihasilkan.

Diabetes mellitus adalah kondisi kronis yang terjadi bila ada peningkatan kadar glukosa dalam darah karena tubuh tidak dapat menghasilkan insulin atau menggunakan insulin secara efektif. Insulin adalah hormone yang penting di produksi di pancreas kelenjar tubuh, yang merupakan transport glukosa dari aliran

darah kedalam sel-sel tubuh dimana glukosa diubah menjadi energy (Apriyan et al, 2020). Berdasarkan beberapa pengertian diabetes melitus dari berbagai sumber dapat diartikan bahwa diabetes melitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolik yang dapat ditandai dengan kenaikan kadar glukosa darah yang melebihi ambang batas diakibatkan dari kelainan kerja atau produksi insulin.

2.2.2 Etiologi

Etiologi dari penyakit diabetes yaitu gabungan antara factor genetic dan factor lingkungan. Etiologi lain dari diabetes yaitu sekresi atau kerja insulin, abnormalitas metabolic yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok kondisi lain yang mengganggu toleransi glukosa. Diabetes mellitus dapat muncul akibat penyakit eksokrin pancreas ketika terjadi kerusakan pada mayoritas islet dari pancreas. Hormone yang bekerja sebagai antagonis insulin juga dapat menyebabkan diabetes (Lestari et al, 2021).

Kekurangan insulin juga dapat mengganggu metabolisme protein dan lemak, yang menyebabkan penurunan berat badan. Jika terjadi kekurangan insulin, kelebihan protein dalam darah yang bersirkulasi tidak akan disimpan di jaringan. Dengan tidak adanya insulin, semua aspek metabolisme lemak akan meningkat pesat. Biasanya hal ini terjadi di antara waktu makan, saat sekresi insulin minimal, namun saat insulin mendekati, metabolisme lemak pada DM akan meningkat secara signifikan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah pembentukan glukosa dalam darah, diperlukan peningkatan jumlah insulin yang disekresikan oleh sel beta pancreas. Pada penderita gangguan toleransi glukosa, kondisi ini terjadi akibat sekresi insulin berlebihan, dan kadar glukosa akan tetap pada level normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel beta tidak dapat

memenuhi permintaan insulin yang meningkat, maka kadar glukosa akan meningkat dan diabetes tipe 2 akan berkembang (Lestari et al, 2021).

2.2.3 Patofisiologi

Resistensi insulin pada sel otot dan hati, serta kegagalan sel beta pankreas telah dikenal sebagai patofisiologi kerusakan sentral dari DM tipe 2. Hasil penelitian terbaru telah diketahui bahwa kegagalan sel beta terjadi lebih dini dan lebih berat dari yang diperkirakan sebelumnya. Organ lain yang juga terlibat pada DM tipe 2 adalah jaringan lemak (meningkatnya lipolisis), gastrointestinal (defisiensi inkretin), sel alfa pankreas (*hiperglukagonemia*), ginjal (peningkatan absorpsi glukosa), dan otak (resistensi insulin), yang ikut berperan menyebabkan gangguan toleransi glukosa. Saat ini sudah ditemukan tiga jalur patogenesis baru dari ominous octet yang memperantarai terjadinya hiperglikemia pada DM tipe 2 (Perkeni, 2021). Secara garis besar patogenesis hiperglikemia disebabkan oleh sebelas hal (*egregious eleven*) yaitu:

1. Kegagalan sel beta pankreas

Pada saat diagnosis DM tipe 2 ditegakkan, fungsi sel beta sudah sangat berkurang. Obat anti diabetik yang bekerja melalui jalur ini adalah sulfonilurea, meglitinid, agonis glucagon-like peptide (GLP-1) dan penghambat dipeptidil peptidase-4 (DPP-4).

2. Disfungsi sel alfa pancreas

Sel alfa pankreas merupakan organ ke-6 yang berperan dalam hiperglikemia dan sudah diketahui sejak 1970. Sel alfa berfungsi pada sintesis glukagon yang dalam keadaan puasa kadarnya di dalam plasma akan meningkat.

Peningkatan ini menyebabkan produksi glukosa hati (*hepatic glucose production*) dalam keadaan basal meningkat secara bermakna dibanding individu yang normal.

3. Sel lemak

Sel lemak yang resisten terhadap efek anti lipolisis dari insulin, menyebabkan peningkatan proses lipolisis dan kadar asam lemak bebas (*free fatty acid/FFA*) dalam plasma. Peningkatan FFA akan merangsang proses glukoneogenesis, dan mencetuskan resistensi insulin di hepar dan otot, sehingga mengganggu sekresi insulin. Gangguan yang disebabkan oleh FFA ini disebut sebagai lipotoksitas. Obat yang bekerja di jalur ini adalah *tiazolidinedion*.

4. Otot

Pada pasien DM tipe 2 didapatkan gangguan kinerja insulin yang multipel di intramioselular, yang diakibatkan oleh gangguan fosforilasi tirosin, sehingga terjadi gangguan transport glukosa dalam sel otot, penurunan sintesis glikogen, dan penurunan oksidasi glukosa.

5. Hepar

Pada pasien DM tipe 2 terjadi resistensi insulin yang berat dan memicu glukoneogenesis sehingga produksi glukosa dalam keadaan basal oleh hepar (*hepatic glucose production*) meningkat.

6. Otak

Insulin merupakan penekan nafsu makan yang kuat. Pada individu yang obese baik yang DM maupun non-DM, didapatkan hiperinsulinemia yang merupakan mekanisme kompensasi dari resistensi insulin. Pada golongan ini

asupan makanan justru meningkat akibat adanya resistensi insulin yang juga terjadi di otak.

7. Kolon/Mikrobiota

Perubahan komposisi mikrobiota pada kolon berkontribusi dalam keadaan hiperglikemia. Mikrobiota usus terbukti berhubungan dengan DM tipe 1, DM tipe 2, dan obesitas sehingga menjelaskan bahwa hanya sebagian individu berat badan berlebih akan berkembang menjadi DM. Probiotik dan prebiotik diperkirakan sebagai mediator untuk menangani keadaan hiperglikemia.

8. Usus halus

Glukosa yang ditelan memicu respons insulin jauh lebih besar dibanding bila diberikan secara intravena. Efek yang dikenal sebagai efek inkretin ini diperankan oleh 2 hormon yaitu *glucagon-like polypeptide-1 (GLP-1)* dan *glucose-dependent insulinotropic polypeptide* atau disebut juga *gastric inhibitory polypeptide (GIP)*. Pada pasien DM tipe 2 didapatkan defisiensi GLP-1 dan resisten terhadap hormon GIP. Hormon inkretin juga segera dipecah oleh keberadaan enzim DPP-4, sehingga hanya bekerja dalam beberapa menit. Obat yang bekerja menghambat kinerja DPP4 adalah penghambat DPP-4. Saluran pencernaan juga mempunyai peran dalam penyerapan karbohidrat melalui kinerja enzim alfa glukosidase yang akan memecah polisakarida menjadi monosakarida, dan kemudian diserap oleh usus sehingga berakibat meningkatkan glukosa darah setelah makan.

9. Ginjal

Ginjal adalah organ yang diketahui berperan dalam patogenesis DM tipe 2. Ginjal memfiltrasi sekitar 163 gram glukosa sehari. Sembilan puluh persen dari

glukosa terfiltrasi ini akan diserap kembali melalui peran enzim sodium glucose co- transporter -2 (SGLT-2) pada bagian convulated tubulus proksimal, dan 10% sisanya akan diabsorpsi melalui peran sodium glucose co-transporter - 1 (SGLT-1) pada tubulus desenden dan asenden, sehingga akhirnya tidak ada glukosa dalam urin. Pada pasien DM terjadi peningkatan ekspresi gen SGLT-2, sehingga terjadi peningkatan reabsorpsi glukosa di dalam tubulus ginjal dan mengakibatkan peningkatan kadar glukosa darah.

10. Lambung

Penurunan produksi amilin pada diabetes merupakan konsekuensi kerusakan sel beta pankreas. Penurunan kadar amilin menyebabkan percepatan pengosongan lambung dan peningkatan absorpsi glukosa di usus halus, yang berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa postprandial.

11. Sistem imun

Terdapat bukti bahwa sitokin menginduksi respon fase akut (disebut sebagai inflamasi derajat rendah, merupakan bagian dari aktivasi sistem imun bawaan/innate) yang berhubungan erat dengan patogenesis DM tipe 2 dan berkaitan dengan komplikasi seperti dislipidemia dan aterosklerosis. Inflamasi sistemik derajat rendah berperan dalam induksi stres pada endoplasma akibat peningkatan kebutuhan metabolisme untuk insulin.

2.2.4 Klasifikasi

Menurut *American Diabetes Association (ADA) 2019*, diabetes dapat diklasifikasikan ke dalam kategori umum berikut:

1. Diabetes tipe 1 (karena penghancuran sel β autoimun, biasanya menyebabkan defisiensi insulin absolut).

2. Diabetes tipe 2 (karena hilangnya sekresi insulin sel β yang progresif sering kali dengan latar belakang resistensi insulin).
3. Gestational diabetes mellitus (GDM) (diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan yang tidak jelas menunjukkan diabetes sebelum kehamilan).
4. Jenis diabetes tertentu karena penyebab lain, misalnya sindrom diabetes monogenik (seperti diabetes neonatal dan diabetes onset maturitas pada anak muda), penyakit pankreas eksokrin (seperti cystic fibrosis dan pankreatitis), dan obat atau bahan kimia yang diinduksi diabetes (seperti penggunaan glukokortikoid, dalam pengobatan HIV/AIDS, atau setelah transplantasi organ).

2.2.5 Tanda dan Gejala

Perkeni (2021) membagi alur diagnosis Diabetes Melitus menjadi dua bagian besar berdasarkan ada tidaknya gejala khas Diabetes Melitus.

1. Gejala khas Diabetes Melitus terdiri dari trias diabetik yaitu :
 - a. Poliuria (banyak kencing), peningkatan pengeluaran urine terjadi apabila peningkatan glukosa melebihi nilai ambang ginjal untuk reabsorpsi glukosa, maka akan terjadi glukosuria. Hal ini menyebabkan diuresis osmotik yang secara klinis bermanifestasi sebagai poliuria.
 - b. Polidipsi (banyak minum), peningkatan rasa haus terjadi karena tingginya kadar glukosa darah yang menyebabkan dehidrasi berat pada sel di seluruh tubuh. Hal ini terjadi karena glukosa tidak dapat dengan mudah berdifusi melewati poripori membran sel. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk

menggunakan glukosa sebagai energi. Aliran darah yang buruk pada pasien diabetes kronis juga berperan menyebabkan kelelahan.

- c. Polifagia (banyak makan), peningkatan rasa lapar terjadi karena penurunan aktivitas kenyang di hipotalamus. Glukosa sebagai hasil metabolisme karbohidrat tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga menyebabkan terjadinya kelaparan sel. Gejala khas Diabetes Melitus lainnya yaitu ditandai dengan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas.

2. Gejala tidak khas Diabetes Melitus diantaranya lemas, kesemutan, luka yang sulit sembuh, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi (pria) dan pruritus (wanita).

Menurut American Diabetes Association mengatakan bahwa tanda dan gejala Diabetes Melitus ditandai dengan gejala hiperglikemia yang nyata termasuk poliuria, polidipsia, penurunan berat badan, terkadang dengan polifagia, dan kabur penglihatan. Gangguan pertumbuhan dan kerentanan terhadap infeksi tertentu juga dapat menyertai hiperglikemia kronis.

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis DM ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah dan HbA1c. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena. Pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan glukometer. Diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria. Berbagai keluhan dapat ditemukan pada pasien DM. Berikut kriteria diagnosis diabetes melitus (Perkeni, 2021) :

1. Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.

2. Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dL 2-jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram.
3. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL dengan keluhan klasik atau krisis hiperglikemia.
4. Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh National Glycohaemoglobin Standardization Program (NGSP) dan Diabetes Control and Complications Trial assay (DCCT).

Hasil pemeriksaan yang tidak memenuhi kriteria normal atau kriteria DM digolongkan ke dalam kelompok prediabetes yang meliputi toleransi glukosa terganggu (TGT) dan glukosa darah puasa terganggu (GDPT) yang dapat dipaparkan sebagai berikut :

1. Glukosa Darah Puasa Terganggu (GDPT): Hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa antara 100 – 125 mg/dL dan pemeriksaan TTGO glukosa plasma 2-jam < 140 mg/dL.
2. Toleransi Glukosa Terganggu (TGT): Hasil pemeriksaan glukosa plasma 2 - jam setelah TTGO antara 140 – 199 mg/dL dan glukosa plasma puasa < 100 mg/dL.

Pada keadaan yang tidak memungkinkan dan tidak tersedia fasilitas pemeriksaan TTGO, maka pemeriksaan penyaring dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler diperbolehkan untuk patokan diagnosis DM.

2.2.7 Penatalaksanaan

Pilar pengelolaan diabetes terdiri dari penyuluhan, perencanaan makan yang baik, kegiatan jasmani yang menandai dan penggunaan obat berkhasiat menurunkan konsentrasi glukosa darah seperti golongan sekretagog insulin

(sulfonilurea, repaglinid dan nateglinid), golongan metformin, golongan inhibitor alfa glukosidase, golongan tiazolidindion dan insulin. Penatalaksanaan DM dimulai dengan menerapkan pola hidup sehat (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) bersamaan dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan/atau suntikan. Obat anti hiperglikemia oral dapat diberikan sebagai terapi tunggal atau kombinasi. Pada keadaan emergensi dengan dekompensasi metabolik berat, misalnya ketoasidosis, stres berat, berat badan yang menurun dengan cepat, atau adanya ketonuria, harus segera dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder atau tersier (Perkeni, 2021).

1. Terapi nutrisi medis

Merupakan bagian penting dari penatalaksanaan DM secara komprehensif. Prinsip pengaturan makan pada pasien DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pasien DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri.

2. Latihan fisik

Merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM tipe 2. Program latihan fisik secara teratur dilakukan 3 – 5 hari seminggu selama sekitar 30 – 45 menit, dengan total 150 menit per minggu, dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Kegiatan sehari-hari atau aktivitas sehari-hari bukan termasuk dalam latihan fisik. Latihan fisik selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan

memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan fisik yang dianjurkan berupa latihan fisik yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang (50 – 70% denyut jantung maksimal) seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Denyut jantung maksimal dihitung dengan cara mengurangi 220 dengan usia pasien.

Pasien diabetes dengan usia muda dan bugar dapat melakukan 90 menit/minggu dengan latihan aerobik berat, mencapai > 70% denyut jantung maksimal. Pemeriksaan glukosa darah dianjurkan sebelum latihan fisik. Pasien dengan kadar glukosa darah < 100 mg/dL harus mengonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila > 250 mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan fisik. Pasien diabetes asimtomatik tidak diperlukan pemeriksaan medis khusus sebelum memulai aktivitas fisik intensitas ringan-sedang, seperti berjalan cepat. Subyek yang akan melakukan latihan intensitas tinggi atau memiliki kriteria risiko tinggi harus dilakukan pemeriksaan medis dan uji latih sebelum latihan fisik.

3. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan:

a. Obat anti hiperglikemia oral :

- 1) Pemacu Sekresi Insulin (Insulin Secretagogue) : Sulfonilurea dan Glinid
- 2) Peningkat Sensitivitas terhadap Insulin (Insulin Sensitizers): Metformin dan Tiazolidinedion (TZD)
- 3) Penghambat Alfa Glukosidase : Acarbose
- 4) Penghambat enzim Dipeptidil Peptidase-4
- 5) Penghambat enzim Sodium Glucose co-Transporter 2

b. Obat Anti hiperglikemia Suntik :

Termasuk anti hiperglikemia suntik, yaitu insulin, GLP-1 RA dan kombinasi insulin dan GLP-1 RA:

1. Insulin

Insulin dibagi menjadi beberapa jenis berdasarkan jenis dan lama kerja insulin, yaitu Insulin kerja cepat (Rapid-acting insulin), Insulin kerja pendek (Short-acting insulin), Insulin kerja menengah (Intermediate-acting insulin), Insulin kerja panjang (Long-acting insulin), Insulin kerja ultra panjang (Ultra longacting insulin), Insulin campuran tetap, kerja pendek dengan menengah dan kerja cepat dengan menengah (Premixed insulin), Insulin campuran tetap, kerja ultra panjang dengan kerja cepat.

2. GLP-1 RA

GLP-1 RA adalah obat yang disuntikkan secara subkutan untuk menurunkan kadar glukosa darah, dengan cara meningkatkan jumlah GLP-1 dalam darah. Berdasarkan cara kerjanya golongan obat ini dibagi menjadi 2 yakni kerja pendek dan kerja panjang. GLP-1 RA kerja pendek memiliki waktu paruh kurang dari 24 jam yang diberikan sebanyak 2 kali dalam sehari, contohnya adalah exenatide sedangkan GLP-1 RA kerja panjang diberikan 1 kali dalam sehari, contohnya adalah liraglutide dan lixisenatide, serta ada sediaan yang diberikan 1 kali dalam seminggu yaitu exenatide LAR, dulaglutide dan semaglutid.

3. Kombinasi Insulin Basal dengan GLP-1 RA

Manfaat insulin basal terutama adalah menurunkan glukosa darah puasa, sedangkan GLP-1 RA akan menurunkan glukosa darah setelah makan, dengan

target akhir adalah penurunan HbA1c. Manfaat lain dari kombinasi insulin basal dengan GLP-1 RA adalah rendahnya risiko hipoglikemia dan mengurangi potensi peningkatan berat badan.

2.2.8 Komplikasi

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

1. Komplikasi akut

Hipoglikemia, adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (< 50 mg/dl). Hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita DM tipe 1 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.

2. Komplikasi Kronis

komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita DM adalah trombotik otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami trombotik otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongestif, dan stroke.

Komplikasi mikrovaskuler, komplikasi mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita DM tipe 1 seperti nefropati, diabetik retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi (Fatimah, 2015).

2.3 Ketahanan Keluarga

2.3.1 Definisi

Ketahanan keluarga adalah kondisi dinamik suatu keluarga yang memiliki suatu keuletan dan ketahanan, serta mengandung ketahanan fisik material dan psikis mental spiritual guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dan meningkatkan kesejahteraan lahir batin. Resiliensi keluarga berkembang dengan adanya kepercayaan yang di yakini bersama sehingga dapat membantu anggota keluarga untuk memaknai situasi krisis yang mereka hadapi. Selain itu dengan membentuk sistem kepercayaan bersama, anggota keluarga dapat membangun pandangan yang positif atau penuh harapan terhadap masa depan, juga memenuhi nilai atau tujuan spiritualitas (Handayani, 2021).

2.3.2 Dimensi Resiliensi Keluarga

1. Membangun Sistem kepercayaan (Belief System)

Sistem kepercayaan keluarga biasanya memfasilitasi cara pandang keluarga dalam menilai stressor, peristiwa, penderitaan, dan pilihan. Resiliensi dipupuk oleh kepercayaan bersama sehingga hal ini akan mengingatkan kemampuan untuk memecahkan masalah. Hal ini membantu keluarga pada masa krisis, menumbuhkan harapan, pandangan positif, dan menawarkan tambatan transeden atau spiritual, Sistem kepercayaan keluarga terdiri dari tiga sub proses, yaitu :

1. Membuat makna kesulitan (Making Meaning of Adversity)

Keluarga yang mendapat stresor atau mengalami peristiwa krisis dalam hidupnya, hal ini dapat memfasilitasi keluarga untuk menemukan kekuatan dan melihat kesulitan menjadi pengalaman bersama. Keluarga mampu menormalkan keadaan mereka, dan mengakui bahwa kesengsaraan adalah bagian alami dari siklus hidup keluarga. Memahami peristiwa yang penuh tekanan tersebut juga akan membuat keluarga mengubah kesulitan menjadi tantangan yang dapat dipahami dan dikelola. Keluarga juga akan berusaha untuk memahami kesulitan mereka dengan meninjau ulang seperti bagaimana peristiwa itu terjadi, mengapa hal itu terjadi, dan apa yang bisa dilakukan.

2. Berpikiran Positif

Harapan dan optimisme adalah sifat vital bagi keluarga dalam meningkatkan resiliensi. Optimisme dan harapan telah dikaitkan dengan penanganan dalam mengatasi rintangan menuju kesuksesan. Salah satu cara untuk memperkuat harapan dan optimisme adalah dengan memperkuat hubungan keluarga dan hubungan sosial.

3. Transendensi dan Spiritualitas (Transcendence and Spirituality)

Keyakinan budaya dan agama dapat memfasilitasi kekuatan, kenyamanan, dan bimbingan pada keluarga dengan cara memberikan makna dan tujuan dari kesengsaraan. Penelitian Walsh menemukan bahwa hubungan pada dua hal ini memfasilitasi resiliensi keluarga (Handayani, 2021).

2. Mengatur Pola Organisasi Keluarga (Family Organizational Pattern)

Resiliensi keluarga dipengaruhi oleh fleksibilitas dalam keluarga, kohesi, serta sumber daya sosial dan ekonomi yang berinteraksi untuk membuat pola

berfungsinya. Pola pada keluarga menyebabkan fungsi keluarga menjadi sehat atau tidak sehat. Keluarga berfungsi sehat adalah keluarga yang seimbang, atau tidak ekstrem dalam kohesi atau fleksibilitas. Keluarga yang tidak sehat akan cenderung tidak seimbang dan ekstrim dalam kohesi dan fleksibilitasnya. Memiliki hubungan sosial dan keadaan ekonomi yang baik merupakan faktor penting bagi keluarga selama kejadian buruk atau penuh tekanan (Handayani, 2021). Pola Organisasi Keluarga memiliki tiga sub proses, yaitu:

a. Fleksibilitas (Flexibility)

Fleksibilitas adalah kemampuan keluarga untuk berubah dan beradaptasi dengan kejadian kehidupan. Sebuah keluarga yang telah menetapkan peraturan, peran, dan batasan namun masih fleksibel, cenderung dapat beradaptasi dengan baik untuk berubah. Keluarga dengan fungsi yang sehat berusaha menjaga stabilitas dan kontinuitas sistem keluarga sambil beradaptasi dengan berbagai masalah kehidupan. Fungsi sehat dapat membantu keluarga saat menghadapi perubahan yang merugikan.

b. Keterhubungan (Connectedness)

Keterhubungan adalah kolaborasi, persatuan, kesetiaan, dan sikap saling mendukung dalam keluarga. Keluarga yang resilen atau tangguh adalah keluarga yang bisa saling mendukung, memberikan kenyamanan, dan pengertian namun tetap mempertahankan nilai individual mereka.

c. Sumber Daya Sosial dan Ekonomi (Social and Economic Resources)

Hubungan pribadi seperti teman, keluarga besar, organisasi keagamaan dll adalah bagian vital dari resiliensi. Masalah ketahanan finansial juga penting dalam aspek resiliensi. Berkurangnya ekonomi keluarga untuk membiayai perawatan.

penyakit kronis atau cacat tubuh bisa menjadi stresor tersendiri bagi keluarga. Akses terhadap layanan berkualitas dan kondisi kerja yang fleksibel membantu menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk memperbaiki resiliensi dalam keluarga yang berjuang secara finansial.

3. Proses Komunikasi/Pemecahan Masalah(Communication/Problem Solving Processes)

Komunikasi keluarga memungkinkan pemahaman keluarga terhadap kejadian buruk yang terjadi, menumbuhkan ekspresi perasaan, dan menyediakan sarana untuk pemecahan masalah. Komunikasi keluarga berguna untuk mendorong fungsi keluarga yang efektif. Ada dua fungsi komunikasi, yang pertama adalah konten mengacu pada informasi, pendapat atau perasaan yang dibagi ke seluruh keluarga. Kedua, komunikasi mendefinisikan sifat dari kejelasan hubungan. Vetra, A, dan D. Bertule.2016. Proses komunikasi atau pemecahan masalah memiliki tiga sub proses, yaitu:

a. Kejelasan (Clarity)

Kejelasan mengacu pada pesan konsisten yang jelas dalam komunikasi keluarga. Fungsi keluarga meningkat ketika komunikasi berjalan secara kongruen dan jelas. Menyembunyikan masalah pada anggota keluarga terutama pasangan dapat menyebabkan kecemasan yang tidak perlu, seperti membayangkan bahwa masalah akan menjadi lebih besar daripada sebenarnya. Klarifikasi berperan penting untuk informasi situasi krisis dan harapan dimasa depan, seperti prognosis medis, memaknai situasi, pengambilan keputusan yang tepat. Berkebalikan dengan ambiguitas atau kerahasiaan yang dapat menghalangi pemahaman, kedekatan, dan penguasaan. Menutupi dan penolakan situasi dapat menyebabkan

keterasingan antar anggota keluarga dan menghambat pemulihan. Disisi lain, saling berbagi dan berkomunikasi antar anggota keluarga mendorong penyembuhan.

b. Ekspresi Emosional (Emotional Expression)

Perubahan, stres, dan efek samping yang terjadi bisa menyebabkan emosi antar anggota keluarga. Ekspresi emosional adalah komunikasi terbuka dalam lingkungan saling percaya, empati dan toleransi. Selama kejadian buruk, penting bagi keluarga mendorong perasaan positif dan interaksi agar bisa mengimbangi perasaan negatif dan interaksi. Interaksi positif ini membantu keluarga dalam menghadapi dan mengatasi kesusahan mereka dengan segera.

c. Pemecahan Masalah Kolaboratif (Collaborative Problem Solving)

Pemecahan masalah kolaboratif adalah brainstorming dan solusi antar anggota keluarga. Pemecahan masalah ini melibatkan setiap anggota keluarga dalam penetapan tujuan dan langkah-langkah untuk mencapai tujuan tersebut. Keluarga tangguh membangun kesuksesan mereka dan belajar dari kegagalan. Keluarga yang menunjukkan hal ini lebih mampu untuk mengelola efek samping, mempromosikan kohesi, prediktabilitas, pernikahan, dan kepuasan dalam keluarga (Handayani, 2021).

2.3.3 Alat Ukur Resiliensi Keluarga

Pengukuran menggunakan metode FRAS yang didasarkan pada model *Walsh's Family Resiliensi* yang terdiri dari 9 faktor, yaitu membuat makna kesulitan (*making meaning of adversity*), outlook positif (*positive outlook*), transendensi dan spiritualitas (*transcendence and spirituality*), fleksibilitas (*flexibility*), keterhubungan (*connectedness*), sumber daya

sosial dan ekonomi (*social and economic resources*), kejelasan (*clarity*), ekspresi emosional (*emotional expression*), dan pemecahan masalah kolaboratif (*collaborative problem solving*).

Kuesioner ini menggunakan skala likert dengan empat pilihan jawaban yaitu Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (ST), Setuju (S), Sangat Setuju (SS). Kuesioner ini terdiri dari 54 pertanyaan, yaitu 6 item pertanyaan yang mengindikasikan *making meaning of adversity*, 7 item pertanyaan yang mengindikasikan *positive outlook*, 4 item pertanyaan yang mengindikasikan *transcendence and spirituality*, 3 item pertanyaan yang mengindikasikan *flexibility*, 6 item pertanyaan yang mengindikasikan *connectedness*, 11 item pertanyaan yang mengindikasikan *social and economic resources*, 6 item pertanyaan yang mengindikasikan *clarity*, 5 item pertanyaan yang mengindikasikan *emotional expression*, dan 7 item pertanyaan yang mengindikasikan *collaborative problem solving*. Nilai jawaban untuk kuesioner FRAS yaitu, Sangat Tidak Setuju=1, Tidak Setuju=2, Setuju=3, Sangat Setuju=4. Skor minimal adalah 54 dan maksimal adalah 216.

2.4 Kualitas Hidup

2.4.1 Definisi

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupan yang dijalannya sesuai dengan budaya dan nilai-nilai tempat individu tersebut tinggal serta membandingkan kehidupannya tersebut dengan tujuan, harapan, standar dan tujuan yang telah ditetapkan oleh individu. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* mendefinisikan kualitas hidup lebih fokus

pada persepsi individu terhadap kondisi kesehatan fisik dan mental serta hubungannya dengan risiko dan kondisi kesehatan, status fungsional, dukungan sosial dan status sosial ekonomi (Endarti, 2015).

Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar, dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada (Nursalam, 2017). Kualitas hidup lanjut usia merupakan komponen yang kompleks, mencakup usia harapan hidup, kepuasan dalam kehidupan, kesehatan psikologis dan mental, fungsi kognitif, kesehatan dan fungsi fisik, pendapatan, kondisi tempat tinggal, dukungan sosial dan jaringan sosial (Sari and Yulianti, 2017). Menurut World Health Organization Quality of Life (WHOQoL), kualitas hidup adalah kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, self esteem dan kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial (Yuliatiet al., 2014).

2.4.2 Aspek-aspek Kualitas Hidup.

Aspek dilihat dari seluruh kualitas hidup dan kesehatan secara umum (WHOQOL-BREF).

1. Kesehatan fisik

Kesehatan fisik meliputi aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan perawatan medis, tingkat energi dan kelelahan, mobilitas, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas bekerja. Diabetes mellitus mempengaruhi kesehatan fisik penderita. Pengelolaan penyakit, perawatan diri, dan manajemen sakit efektif untuk meningkatkan kualitas hidup penderita.

2. Psikologis

Psikologis meliputi citra tubuh dan penampilan, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, spiritualitas, serta berpikir, belajar, memori dan konsentrasi. Hubungan antara stresor harian, optimisme, regulasi diri dengan kualitas hidup individu pada penderita diabetes melitus tipe 2.

3. Hubungan sosial

Hubungan sosial meliputi hubungan pribadi, kehidupan sosial dan aktivitas seksual. Hubungan sosial berperan dalam kualitas hidup penderita DM tipe 2 dalam praktik kehidupan dan manajemen diri.

4. Lingkungan

Lingkungan meliputi sumber keuangan, kebebasan, keamanan fisik dan keamanan perawatan kesehatan dan sosial (aksesibilitas dan kualitas), lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan peluang untuk rekreasi / olahraga, lingkungan fisik

(polusi / suara / lalu lintas / iklim), dan transportasi. Kualitas hidup pada penderita DM dapat ditingkatkan dengan intervensi tertentu, termasuk pengenalan glukosa darah, perubahan sistem pengiriman insulin, serta program pendidikan dan konseling yang dirancang untuk memfasilitasi pengembangan keterampilan mengatasi DM.

2.4.3 Faktor-faktor Kualitas Hidup

Menurut Kumar & Majundar (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah:

1. Usia

Usia sangat mempengaruhi kualitas hidup individu, karena individu yang semakin tua akan semakin turun kualitas hidupnya. Semakin bertambahnya usia, munculnya rasa putus asa akan terjadinya hal-hal yang lebih baik dimasa yang akan datang. Individu mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi pada usia madya.

2. Jenis Kelamin

Moons & Marquet menyatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini karena ditemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-lakidan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baikdaripada kualitas hidup perempuan.

3. Pendidikan

Pendidikan juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Hal tersebut terjadi karena individu

yang memiliki pendidikan yang rendah akan merasa tidak percaya diri dan merasa bahwa dirinya tidak berguna.

4. Status pernikahan

Individu yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah. Karena pasangan yang menikah akan merasa lebih bahagia dengan adanya pasangan yang selalu menemaninya.

5. Keluarga

Keluarga juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup individu yang memiliki keluarga yang utuh dan harmonis akan lebih tinggi kualitas hidupnya. Dikarenakan keluarga dapat memberikan dukungan dan kasih sayang untuk meningkatkan kualitas hidup.

6. Keteraturan berobat

Penyakit stroke sering disebut *the silent killer* atau pembunuh diam-diam, karena pada umumnya penderita tidak mengetahui dirinya mengidap stroke sebelum memeriksakan kesehatannya. Kepatuhan menjalani pengobatan sangat diperlukan untuk mengetahui faktor pencetus stroke seperti tekanan darah serta mencegah terjadinya komplikasi. Keteraturan berobat dikatakan teratur apabila dilakukan berturut-turut dalam beberapa bulan terakhir dan tidak teratur apabila tidak dilakukan berturut-turut dalam beberapa bulan terakhir.

7. Pekerjaan

Individu yang tidak bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding dengan individu yang bekerja. Beban pekerjaan yang tinggi dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang dalam melakukan aktivitas pekerjaan dan menjadi stresor yang mempengaruhi kualitas hidup penderita.

8. Merokok

Hasil studi dari Jerman mengungkapkan, perokok yang telah mengalami adiksi terhadap nikotin memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah daripada perokok yang belum mengalami adiksi nikotin dan gangguan fisik yang mempengaruhi kualitas hidup individu yang mengkonsumsi rokok.

2.4.4 Penggunaan Kualitas Hidup

Awalnya kualitas hidup digunakan untuk mengukur dampak dari penyakit kronis dan pengobatannya terhadap pasien serta menggambarkan status kesehatan individu . Namun pada perkembangannya penerapan kualitas hidup ini tidak hanya pada individu tetapi juga dapat digunakan pada level populasi untuk mengukur status kesehatan masyarakat. Sehingga sekarang ini dalam setiap survey kesehatan populasi, pertanyaan tentang kualitas hidup (Kemenkes, 2013) menjadi salah satu variabel yang diukur (Endarti, 2015).

2.4.5 Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup menggunakan instrumen DQOL (Diabetes Quality of Life). Instrumen ini digunakan dalam bidang medis untuk menilai kualitas hidup pasien DM tipe 1 dan 2. Kualitas hidup dari pasien DM sangat penting sebagai gambaran dari persepsi penderita dalam kepuasan dalam derajat kesehatan dan keterbatasan yang perlu dievaluasi guna meningkatkan pengobatan (Febrianti, 2022).

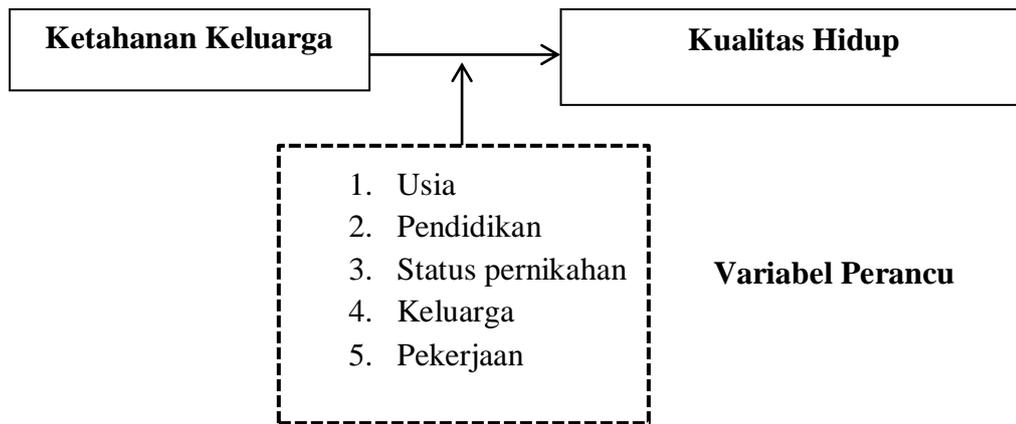
Instrumen terdiri dari 15 item pertanyaan yang mencakup tentang kepuasan, dampak dari penyakit dan kekhawatiran tentang fungsi fisik serta masalah psikologis dan sosial. Jawaban dari pertanyaan kepuasan berdasarkan skala likert yaitu 4 = sangat puas, 3 = puas, 2 = tidak puas, 1 = sangat tidak puas.

Selanjutnya untuk dampak, pada pertanyaan positif yaitu 1= tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering, 4 = selalu, sedang pertanyaan negatif yaitu 4 = tidak pernah, 3 = jarang, 2 = sering, 1 = setiap saat. Nilai tertinggi 60 dan terendah 12.

2.5 Kerangka Konsep

Variabel Independen

Variabel Dependen



Bagan 2.1 Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan dugaan atau jawaban sementara terhadap apa yang kita teliti atau rumusan masalah penelitian dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Angraini, 2013).

Ha: Ada hubungan antara ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

Ho: Tidak ada hubungan antara ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, desain yang dilakukan peneliti adalah deskriptif korelasi, yang artinya penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan dua variabel yaitu ketahanan keluarga sebagai variabel bebas dan kualitas hidup lansia sebagai variabel terikat, rancangan penelitian yang dilakukan yaitu cross sectional. Menurut Notoatmodjo (2012), *cross sectional* adalah mencari hubungan antar variabel dan subjek penelitian dikumpulkan dan diukur dalam waktu bersamaan.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Padangmatinggi dengan alasan memilih lokasi ini karena setiap tahunnya pasien DM Tipe 2 pada lansia di Puskesmas Padangmatinggi selalu meningkat.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan mulai bulan November 2022 sampai dengan juni 2023. Dengan rincian kegiatan survey pendahuluan, pembuatan proposal penelitian, penelitian lapangan dan membuat laporan hasil penelitian.

Tabel 3.1 Jadwal dan Waktu Penelitian

No	Kegiatan	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun
1	Pengajuan judul	■							
2	Penyusunan proposal		■	■					
3	Seminar proposal			■					
4	Revisi proposal				■	■			
5	Pengolahan data						■	■	■
6	Seminar skripsi								■

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan unit dalam pengamatan yang dilakukan. Adapun yang menjadi populasi data penelitian ini adalah seluruh lansia yang terdiagnosa penyakit DM Tipe 2 yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Padangmatinggi yang berjumlah 104 orang pada tahun 2022.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah non probability sampling, dengan teknik *simple random sampling* yang artinya teknik pengambilan sampel yang memberikan peluang yang sama bagi setiap anggota populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel dan dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi tersebut (Sugiyono, 2017)

Adapun cara untuk menentukan jumlah sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan rumus *slovin*, sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n = Ukuran sampel/ jumlah populasi

N = Ukuran populasi

E = Presentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih ditolerir, e = 0,1

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{104}{1 + 104(0,10)^2}$$

$$n = \frac{104}{1 + 104(0,01)}$$

$$n = \frac{104}{1 + 1,04}$$

$$n = \frac{104}{2,04}$$

$$n = 50,9$$

sampel = 51 orang

Jadi sampel dalam penelitian ini berjumlah 51 orang.

A. Kriteria Inklusi

1. Lansia yang berumur 60 tahun keatas yang berdomisili di wilayah kerja puskesmas padangmatinggi.
2. Lansia yang memiliki riwayat DM Tipe 2 di wilayah kerja puskesmas padangmatinggi.
3. Lansia di wilayah kerja puskesmas padangmatinggi yang bias membaca dan berbahasa Indonesia yang baik dan benar.

B. Kriteria Eksklusi

1. Lansia yang tidak berumur 60 tahun keatas.
2. Lansia penderita DM Tipe 2 yang tidak bias membaca.
3. Pasien yang tidak bersedia menjadi responden

3.4 Etika Penelitian

Peneliti berusaha memperhatikan hak partisipan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian. Prinsip-prinsip etika yang harus diperhatikan dalam melakukan penelitian adalah (Afiyanti & Rachmawati, 2014):

1. *Nonmaleficence*

Peneliti memiliki kewajiban untuk menghindari, mencegah, dan meminimalkan bahaya yang ditimbulkan apabila subyek penelitian adalah manusia (Polit & Beck, 2012). Penelitian ini diyakini tidak menimbulkan bahaya bagi partisipan, karena metode yang digunakan adalah wawancara. Selama proses wawancara tidak terjadi hal-hal yang dapat membahayakan bagi partisipan misalnya partisipan memiliki keluhan-keluhan karena sakitnya, merasa tidak nyaman, maka wawancara akan terus dilanjutkan.

2. *Beneficence*

Peneliti memiliki kewajiban untuk meminimalkan kerugian dan memaksimalkan keuntungan. Penelitian dengan subyek manusia harus menghasilkan manfaat bagi peserta (Polit & Beck, 2012). *Beneficence* merupakan prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang ditujukan kepada kebaikan partisipan. Hasil temuan tema penting tentang makna pengalaman pasien post-meningoensefalitis tentang kualitas hidup akan memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu keperawatan dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan terkait penilaian kualitas hidup yang diinginkan partisipan.

3. *Autonomy*

Partisipan penelitian ini memiliki hak mengungkapkan secara penuh untuk bertanya, menolak, dan mengakhiri partisipasinya (Polit & Beck, 2012). Partisipan berhak menentukan ikut berpartisipasi dalam penelitian atau tidak setelah diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, dan waktu

penelitian. Selama tidak ada pernyataan pengunduran diri dari partisipan yang telah menandatangani *informed consent*.

4. *Anonymity*

Sebagian besar penelitian yang melibatkan manusia akan mengganggu kehidupan pribadinya. Peneliti harus memastikan tidak mengganggu privasi partisipan, diperlukan untuk menjaga privasi agar dipertahankan terus menerus. Partisipan memiliki hak bahwa segala informasi dan data mereka akan disimpan dalam kerahasiaan (*anonymity*) (Polit & Beck, 2012). Peneliti menjaga kerahasiaan dengan memberikan kode peserta mengenai identitasnya. Penulisan transkrip verbatim akan diberikan inisial P1, P2, P3 dan seterusnya.

5. *Justice*

Prinsip memberikan keadilan dan kesetaraan dalam penelitian, dengan memberikan perlakuan yang sama kepada semua partisipan (Polit & Beck, 2012). Setiap partisipan diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian. Peneliti menghormati dan menghargai partisipan apa adanya tanpa membedakan latar belakang budaya. Peneliti berusaha menuliskan segala kejadian secara jujur.

6. *Informed Consent*

Sebelum penelitian dilakukan, informasi dijelaskan secara lengkap tentang penelitian yang akan dilakukan dan memberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak menjadi partisipan. Setelah partisipan bersedia maka diminta untuk menandatangani *informed consent*.

7. *Veracity*

Kejujuran merupakan suatu dasar penelitian yang harus dimiliki peneliti untuk kemajuan ilmu pengetahuan, sehingga ilmu pengetahuan tersebut dapat diterima dan tidak diragukan validitasnya (Sarosa, 2017). Peneliti menuliskan hasil penelitian berdasarkan temuan yang ada dan disusun secara sistematis.

8. *Confidentiality*

Prinsip memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah (Hidayat, 2014). Peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti.

3.5 Alat Ukur Pengumpulan Data

3.5.1 Kuesioner Ketahanan Keluarga

Kuesioner mengenai ketahanan keluarga yang terdiri dari 54 pertanyaan yang di adopsi dari FRAS. Skor masing-masing item sebagai berikut: 1= sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = sangat setuju 4= setuju. Total semua skor jawaban dijumlah dengan hasil sebagai berikut: Skor Nilai Minimal: 54 nilai Maksimal: 216.

3.5.2 Kuesioner Kualitas Hidup

Kuesioner mengenai kualitas hidup di adopsi dari DQOL (Diabetes Quality of Life) untuk menilai kualitas hidup pasien DM tipe 2 yang menanyakan terkait 15 pertanyaan.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data (Sugiyono, 2013). Peneliti menggunakan beberapa tahap untuk mengumpulkan data sebagai berikut :

3.6.1 Tahap persiapan

1. Persiapan administratif

Peneliti mengajukan surat izin pengambilan data dari Program Sarjana Keperawatan yang ditujukan kepada Puskesmas Padangmatinggi.

2. Setelah surat ijin pengambilan data diterbitkan, peneliti berkoordinasi dengan kepala bagian keperawatan Puskesmas Padangmatinggi yang digunakan sebagai tempat penelitian.

Peneliti menjelaskan kepada kepala bagian keperawatan mengenai penelitian yang akan dilakukan, tujuan penelitian, lama penelitian, dan manfaat dari penelitian yang akan diterima pihak puskesmas terutama bagi lansia yang menderita DM Tipe 2.

3.6.2 Tahap pelaksanaan / Intervensi.

1. Memberikan penjelasan kepada responden tentang maksud dan tujuan penelitian.
2. Pemilihan sampel sesuai karakteristik sampel dengan teknik *Purposive Sampling*.
3. Peneliti meminta responden mengisi dan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) menjadi responden dan mengisi kuesioner yang telah dilampirkan.

4. Mengumpulkan data dari kuesioner yang telah dibagikan

3.6.3 Tahap Terminasi

Pada tahap ini peneliti nantinya melakukan rekapitulasi data setelah data terkumpul semua dari responden. Peneliti akan melakukan pengolahan dan analisis data. Setelah itu peneliti akan menyampaikan bahwa penelitian telah selesai dan mengucapkan terimakasih kepada responden atas kerjasama yang baik. Setelah itu peneliti menuliskan hasil dan membuat pembahasan dari hasil penelitian tersebut.

3.7 Defenisi Operasional

Definisi operasional adalah pembatas ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati/diteliti dan juga sebagai pengaruh kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrument (Notoatmodjo, 2018). Definisi operasional yang diberikan kepada variabel dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3.2 Definisi Operasional:

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel Independen:				
Ketahanan keluarga	Kemampuan keluarga untuk mengolah sumber daya dan masalah yang dihadapi keluarga	Menggunakan kuesioner Reselience Assesment (FRAS) Sejumlah 54 pertanyaan dengan pilihan jawaban : 1 = Sangat tidak setuju 2 = Tidak setuju 3 = Setuju 4 = Sangat setuju	Ordinal	Skor yang diperoleh: a. ≥ 180 diartikan sebagai ketahanan keluarga tinggi b. ≤ 180 diartikan sebagai ketahanan keluarga yang rendah
Variabel Dependen:				
Kualitas hidup lansia	Kualitas merupakan persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya	DQOL (Diabetes quality of Life) merupakan instrumen untuk	Ordinal	Skor yang diperoleh: a. ≥ 34 Diartikan sebagai

<p>dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya.</p>	<p>mengukur kualitas hidup yang terdiri dari 15 item pertanyaan dengan skala likert. Sangat puas=4, cukup puas=3, biasa-biasa saja=2, cukup tidak puas=1</p>	<p>kualitas hidup yang tinggi. b. \leq 34 Diartikan sebagai kualitas hidup yang rendah.</p>
--	--	--

3.8 Cara Pengolahan Data

Proses pengolahan data terdiri dari 5 tahap pengolahan data yaitu:

1. *Editing*

Menurut Misbahuddin dan Hasan, *editing* adalah pengecekan atau pengoreksian data yang telah dikumpulkan karena kemungkinan data yang terkumpul tidak logis dan meragukan. Tujuan editing untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pencatatan di lapangan dan bersifat koreksi. Pada kesempatan ini, kekurangan data atau kesalahan data dilengkapi atau diperbaiki baik dengan pengumpulan data ulang ataupun dengan penyisipan (Misbahuddin dan Hasan, 2014).

2. *Coding*

Adalah pemberian/pembuatan kode-kode pada tiap-tiap data yang termasuk dalam kategori yang sama. Kode adalah isyarat yang dibuat dalam bentuk angka-angka/huruf-huruf yang memberikan petunjuk atau identitas pada suatu informasi atau data yang akan dianalisis (Misbahuddin dan Hasan, 2014).

3. *Entry*

Jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program komputer (Misbahuddin dan Hasan, 2014).

4. *Cleaning data*

Merupakan proses pengecekan kembali data-data yang telah dimasukkan kedalam variabel sheet dan data view untuk menghindari missing pada pengujian statistik.

5. *Tabulating*

Tabulasi adalah membuat tabel-tabel yang berisikan data yang telah diberi kode sesuai dengan analisis yang dibutuhkan (Misbahuddin dan Hasan, 2014).

3.9 Analisa Data

3.9.1 Analisa Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan untuk menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi, baik angka maupun secara presentase. Analisis univariat pada penelitian ini untuk melihat distribusi frekuensi masing-masing variabel, yaitu ketahanan keluarga dengan kualitas hidup lansia penderita DM Tipe 2.

3.9.2 Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dengan *Uji Chi Square* untuk melihat hubungan antara variabel ketahanan keluarga dengan variabel kualitas hidup lansia pada penderita DM Tipe 2 di puskesmas padangmatinggi.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang berjudul “Hubungan Ketahanan Keluarga dengan kualitas Hidup pada Lansia Penderita DM Tipe 2” di peroleh dari kuesioner yang diberikan kepada 51 lansia.

4.2 Analisa Univariat

Analisa univariat digunakan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diteliti dalam penelitian yaitu melihat distribusi frekuensi variabel independen dan dependen yang disajikan secara deskriptif dalam bentuk table distribusi frekuensi. Adapun analisa univariat dalam penelitian ini terdapat pada jawaban kuesioner karakteristik responden: yang terdiri dari jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, Penyakit Penyerta dan jawaban kuesioner ketahanan keluarga serta kualitas hidup penderita DM tipe 2.

4.2.1 Jenis Kelamin

Data “Jenis Kelamin” diperoleh dari jawaban kuesioner karakteristik responden. Data “Jenis Kelamin” dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu pria dan wanita. Hasil analisis univariat data “Jenis Kelamin” dapat dilihat pada table 4.1

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Jenis Kelamin”

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Pria	17	33.3
Wanita	34	66.7
Total	51	100.0

Berdasarkan table 4.1 dapat diketahui bahwa dari 51 lansia, mayoritas responden berdasarkan “Jenis Kelamin” terdapat pada kategori “Wanita”

sebanyak 34 (66.7 %), Sedangkan minoritas terdapat pada kategori “Pria” sebanyak 17 (33.3 %).

4.2.2 Pendidikan

Data “Pendidikan” diperoleh dari jawaban kuesioner karakteristik responden. Data “Pendidikan” dikategorikan menjadi 4 kategori yaitu sarjana, SMA, SMP dan SD. Hasil analisis univariat data “Pendidikan” dapat dilihat pada table 4.2

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Pendidikan”

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
Perguruan Tinggi	13	25.5
SMA	17	33.3
SMP	12	23.5
SD	9	17.6
Total	51	100.0

Berdasarkan table 4.2 dapat diketahui bahwa dari 51 lansia, mayoritas responden berdasarkan “Pendidikan” terdapat pada kategorik “SMA” sebanyak 17 (33.3%), Untuk sedang terdapat pada kategori “Sarjana” sebanyak 13 (25.5%) dan “SMP” sebanyak 12 (23.5%), Untuk minoritas terdapat pada kategori “SD” sebanyak 9 (17.6%).

4.2.3 Pekerjaan

Data “Pekerjaan” diperoleh dari jawaban kuesioner karakteristik responden. Data “Pekerjaan” dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu Pensiunan PNS, wiraswasta dan IRT. Hasil analisis univariat data “Pendidikan” dapat dilihat pada table 4.3

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Pekerjaan”

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
Pensiunan PNS	16	11.8
Wiraswasta	25	49.0
IRT	10	19.6
Total	51	100.0

Berdasarkan table 4.3 dapat diketahui bahwa dari 51 lansia, mayoritas responden berdasarkan “Pekerjaan” terdapat pada kategorik “Wiraswasta” sebanyak 25 (49.0%), Untuk sedang terdapat pada kategori “Pensiunan PNS” sebanyak 16 (11.8%), Untuk minoritas terdapat pada kategori “IRT” sebanyak 10 (19.6%).

4.2.4 Penyakit Penyerta

Data “Penyakit Penyerta” diperoleh dari jawaban kuesioner karakteristik responden. Data “Penyakit Penyerta” dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu hipertensi, mata kabur, dan tidak ada. Hasil analisis univariat data “penyakit komplikasi” dapat dilihat pada table 4.4

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Penyakit Penyerta”

Penyakit Penyerta	Frekuensi	Presentase
Hipertensi	27	52.9
Mata Kabur	16	31.4
Tidak Ada	8	15.7
Total	51	100.0

Berdasarkan table 4.4 dapat diketahui bahwa dari 51 lansia, mayoritas responden berdasarkan “Penyakit Penyerta” terdapat pada kategorik “Hipertensi” sebanyak 27 (52.9%), Untuk sedang terdapat pada kategori “Mata kabur” sebanyak 16 (31.4%), Untuk minoritas terdapat pada kategori “tidak ada” sebanyak 8 (15.7%).

4.2.5 Ketahanan Keluarga

Data “Ketahanan Keluarga” diperoleh dari jawaban kuesioner karakteristik responden. Data “Ketahanan Keluarga” dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu ketahanan keluarga tinggi dan ketahanan keluarga rendah. Hasil analisis univariat data “Ketahanan Keluarga” dapat dilihat pada table 4.5

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Ketahanan Keluarga”

Ketahanan Keluarga	Frekuensi	Presentase
Tinggi	27	52.9
Rendah	24	47.1
Total	51	100.0

Berdasarkan table 4.5 dapat diketahui bahwa dari 51 lansia, mayoritas responden berdasarkan “Ketahanan Keluarga” terdapat pada kategori “Ketahanan Keluarga Tinggi” sebanyak 27 (52.9 %), Sedangkan minoritas terdapat pada kategori “Ketahanan Keluarga Rendah” sebanyak 24 (47.1 %).

4.2.6 Kualitas Hidup

Data “Kualitas Hidup” diperoleh dari jawaban kuesioner karakteristik responden. Data “Kualitas Hidup” dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu Kualitas Hidup tinggi dan Kualitas Hidup rendah. Hasil analisis univariat data “Kualitas Hidup” dapat dilihat pada table 4.6

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Berdasarkan “Kualitas Hidup”

Kualitas Hidup	Frekuensi	Persentase
Tinggi	21	41.2
Rendah	30	58.8
Total	51	100.0

Berdasarkan table 4.6 dapat diketahui bahwa dari 51 lansia, mayoritas responden berdasarkan “Kualitas Hidup” terdapat pada kategori Kualitas Hidup

rendah sebanyak 21 (41.2%), Untuk minoritas terdapat pada kategori “Kualitas Hidup tinggi” sebanyak 30 (58.8%).

4.3 Analisa Bivariat

Analisa bivariate digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen. Uji statistic yang digunakan adalah uji alternative *chi-square*. Ada tidaknya hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

Tabel 4.7 Hubungan Ketahanan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Penderita DM Tipe 2

	Kualitas Hidup						pvalue
	Tinggi		Rendah		Total		
	F	%	F	%	F	%	
Ketahanan Keluarga							
Tinggi	15	29.4	12	23.5	27	52.9	0.02
Rendah	6	11.8	18	35.3	24	47.1	
Total	21	41.2	30	58.8	51	100.0	

Hasil uji statistic didapatkan nilai $pvalue = 0.02$ (<0.05). Hal tersebut menunjukkan ada hubungan antara “Ketahanan Keluarga” dengan “Kualitas Hidup” pada lansia penderita DM Tipe 2.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Analisa Univariat

Pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan antara ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2. Adapun yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah lansia sebanyak 51 orang. Berdasarkan hasil penelitian yang dideskripsikan mengenai hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2, Adapun pembahasan hasil penelitian yang telah diketahui sebagai berikut:

5.1.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik responden dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Jenis Kelamin

Berdasarkan Jenis Kelamin di kelompokkan atas dua kategori yaitu jenis kelamin pria dan wanita. Dari 51 responden lansia mayoritas responden berjenis kelamin wanita sebanyak 34 (66.7 %), sedangkan minoritas kelamin pria sebanyak 17 (33.3 %).

Sebagian besar responden dalam penelitian berjenis kelamin perempuan karena secara fisik perempuan lebih berpotensi mengalami peningkatan indeks masa tubuh, selain itu adanya sindrom pramenstruasi dan pasca menopause dapat meningkatkan akumulasi lemak tubuh sehingga beresiko mengalami gangguan sensitive insulin dan metabolisme glukosa (Trisnawati dan Setyorogo, 2013).

2. Pekerjaan

Berdasarkan Pekerjaan di kelompokkan atas 3 kategori yaitu pensiunan PNS, wiraswasta dan IRT. Dari 51 responden yang diteliti berdasarkan pekerjaan, Pensiunan PNS sebanyak 16 (11.8%), wiraswasta sebanyak 25 (49.0%) dan IRT sebanyak 10 (19.6%).

Berdasarkan hasil uraian di atas dapat disimpulkan dan dianalisis oleh peneliti bahwa pekerjaan responden yang sebagian besar sebagai wiraswasta merupakan faktor resiko terjadinya DM tipe 2 karena cenderung memiliki pola makan dan pola istirahat yang tidak teratur. Penelitian Gultom (2012). Menyatakan bahwa setiap orang yang memiliki jam kerja tinggi dengan jadwal makan dan tidur yang tidak teratur merupakan faktor resiko DM. pola makan dan pola tidur yang tidak teratur dapat mengganggu irama sirkadian tubuh yang berperan dalam mempertahankan metabolisme glukosa darah dan keseimbangan energy, dapat menyebabkan kenaikan berat badan dan meningkatkan resiko DM (Soewondo dan Pradana, 2016).

3. Pendidikan

Berdasarkan Pendidikan di kelompokkan atas 4 kategori yaitu Peruruan tinggi, SMA, SMP dan SD. Dari 51 responden yang diteliti berdasarkan pendidikan, perguruan tinggi sebanyak 13 (25.5%), SMA sebanyak 17 (33.3%), SMP sebanyak 12 (23.5%) dan SD sebanyak 9 (17.6%).

Pendidikan merupakan suatu proses belajar yang mampu mengubah tingkah laku seseorang untuk mencapai kualitas hidup. Secara teori seseorang dengan pendidikan yang tinggi akan mempunyai kesempatan untuk berperilaku baik (Ernawati, Harini, Signa, & Gumilas, 2020). Orang yang

berpendidikan tinggi lebih mudah memahami dan mematuhi perilaku diet dibandingkan dengan orang yang berpendidikan rendah. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam mematuhi pengelolaan diet DM (Hestiana, 2017).

Pendidikan yang lebih tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih luas untuk memungkinkan pasien dapat lebih mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapinya, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, pengalaman, dan mempunyai pemikiran yang tepat bagaimana mengatasi masalah serta mudah mengerti apa yang diajarkan oleh petugas kesehatan. Pengetahuan kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan, perilaku yang didasarkan pengetahuan akan lebih langgeng dari pada tidak didasarkan oleh pengetahuan (Sumigar et al., 2015).

Berdasarkan uraian diatas peneliti dapat menyimpulkan pasien DM yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang 48 lebih luas sehingga proses belajar yang mampu mengubah tingkah laku seseorang untuk mencapai kualitas hidup akan lebih mudah dalam menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam mematuhi pengelolaan dietnya demi keberhasilan dalam pengobatan dan menjalani dietnya.

4. Penyakit Penyerta

Berdasarkan penyakit penyerta di kelompokkan atas 3 kategori yaitu hipertensi, mata kabur, dan tidak ada. Dari 51 responden yang diteliti berdasarkan

Penyakit Penyerta, hipertensi sebanyak 27 (52.9%), mata kabur sebanyak 16 (31.4%), dan tidak ada sebanyak 8 (15.7%).

Penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa penyakit penyerta berdampak pada kualitas hidup pasien DM tipe 2, karena semakin banyak penyakit yang diderita maka kondisi tubuh akan semakin buruk dan mempengaruhi kualitas hidup (Santoso et al., 2017).

5. Ketahanan Keluarga

Berdasarkan ketahanan keluarga dalam penelitian ini di kelompokkan menjadi dua kategori yaitu tinggi dan rendah. Dari 51 responden mayoritas dengan kategori ketahanan keluarga sebanyak 27 (52.9 %).

Menurut (Putri & Rosalina, 2007). Ketahanan keluarga adalah kondisi dinamik suatu keluarga yang memiliki suatu keuletan dan ketahanan, serta mengandung ketahanan fisik material dan psikis mental spiritual guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dan meningkatkan kesejahteraan lahir batin. Ketahanan keluarga berkembang dengan adanya kepercayaan yang diyakini bersama sehingga dapat membantu anggota keluarga untuk memaknai situasi krisis yang mereka hadapi. Selain itu dengan membentuk system kepercayaan bersama, anggota keluarga dapat membangun pandangan yang positif atau penuh harapan masa depan, juga memenuhi nilai atau tujuan spritualitas.

Penelitian ini menunjukkan bahwa ketahanan keluarga di Puskesmas Padangmatinggi mengalami ketahanan keluarga yang tinggi di karenakan sebagian besar dari responden tersebut masih memperhatikan kondisi penderita yakni membantu penderita dalam memenuhi kebutuhannya serta mendampingi

penderita selama perawatan. Sehingga responden dapat memotivasi penderita dalam proses perawatan menuju kondisi yang lebih baik.

6. Kualitas Hidup

Berdasarkan kualitas hidup dalam penelitian ini di kelompokkan menjadi tiga kategori yaitu baik, sedang dan buruk. Dari 51 responden mayoritas dengan kategori kualitas hidup rendah sebanyak 30 (58.8%).

Kualitas hidup yang baik dapat mempermudah proses pengobatan DM. Hal ini didukung oleh hasil penelitian (Mandagi, 2012) yang mengatakan bahwa kualitas hidupnya merupakan salah satu tujuan utama dalam perawatan, khususnya pada penderita DM. Apabila kadar gula darah dengan baik maka keluhan fisik akibat komplikasi akut ataupun kronis dapat dicegah.

5.2 Analisa Bivariat

5.2.1 Hubungan Ketahanan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Lansia Penderita DM Tipe 2

Berdasarkan hasil analisis Chi-square ketahanan keluarga dengan kualitas hidup diperoleh nilai p value = 0,02 ($p < 0,05$) dengan tingkat kepercayaan 90%. Hal ini menunjukkan secara statistic bahwa terdapat hubungan antara ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Yapina widyawati (2022) mengenai Parental Resilience and Quality of Life in Children with Developmental Disabilities in Indonesia: The Role of Protective Factors dapat disimpulkan bahwa ketahanan keluarga yang baik kekerabatan, kerja sama dan saling menghargai memiliki factor protektif untuk meningkatkan kualitas hidup.

Asumsi peneliti menyimpulkan bahwa ketahanan keluarga responden lansia yang menderita DM tipe 2 di Puskesmas Padangmatinggi memiliki ketahanan keluarga yang tinggi di karenakan sebagian besar dari responden tersebut masih memperhatikan kondisi penderita yakni membantu penderita dalam memenuhi kebutuhannya serta mendampingi penderita selama perawatan. Sehingga responden dapat memotivasi penderita dalam proses perawatan menuju kondisi yang lebih baik.

Di dukung dengan ketahanan keluarga yang tinggi, kualitas hidup lansia penderita DM tipe 2 dipuskesmas padangmatinggi memiliki kualitas hidup yang baik. Semakin tinggi ketahanan keluarga semakin baik proses perawatan menuju kondisi yang lebih baik, sehingga kualitas hidup semakin meningkat dan begitu pula sebaliknya. Perasaan nyaman yang sudah terjadi di diri penderita DM tipe 2 timbul apabila ketahanan keluarga baik dilihat dari dimensi membangun system kepercayaan, mengatur pola organisasi keluarga, komunikasi/pemecahan masalah.

BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang berjudul “Hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2” dengan 51 responden dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2 di puskesmas padangmatinggi.
2. Karakteristik responden di puskesmas padangmatinggi sebagian besar berjenis kelamin wanita, sebagian responden memiliki tingkat pendidikan SMA dengan pekerjaan sebagai wiraswasta. Sebagian responden juga memiliki penyakit penyeta.
3. Ketahanan keluarga pada lansia dengan penderita DM tipe 2 di puskesmas padangmatinggi mayoritas dengan kategori ketahanan keluarga tinggi sebanyak 27 (52.9%).
4. Kualitas hidup pada lansia dengan penderita DM tipe 2 di puskesmas padangmatinggi mayoritas dengan dengan kategori kualitas hidup rendah sebanyak 30 (58.8%).

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, saran yang dapat disampaikan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengkaji hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

2. Bagi Puskesmas Padangmatinggi

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan dapat memberikan penyuluhan kepada keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2.

3. Bagi Responden

Pasien diharapkan melakukan pemeriksaan rutin cek gula darah dan menambah wawasan dan pengetahuan tentang “Hubungan ketahanan keluarga dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2”.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2019). *Standart Of Medical Are In Diabetes 2019*. USA: American Diabetes Association.
- Afiyanti, Yati & Rachmawati, Imami Nur. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Apriyan Nur, dkk. (2020). *Hubungan Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Kualitas Hidup Pralansia dan Lansia pada Kelompok Prolanis*.
- Briganti, dkk. (2019). *Association between diabetes mellitus and depressive symptoms in the Brazilian population*.
- Boer, I.H, S. Bangalore, A. Benetos, Andrew M.D, Erin D.M, Paul M, Peter R, Sophia Z and George B. 2016. Diabetes and Hypertension: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*.
- Darmajo, B., & Martono, H. (2015). *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)* Edisi E. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Endarti, A . T. (2015). *Kualitas Hidup Kesehatan: Konsep, Model dan Penggunaan*.
- Ernawati, D. A., Harini, I. M., Signa, N., & Gumilas, A. (2020). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Diet pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Kecamatan Sumbang Banyumas.
- Fatimah Restyana. (2015). *Diabetes Melitus Tipe 2*: Medical Faculty. Februari 2015.
- Feng, X., & Astell-Burt, T. (2017). *Impact of a type 2 diabetes diagnosis on mental health, quality of life, and social contacts: A longitudinal study*. *BMJ Open Diabetes Research and Care*.
- Gultom, Y. T. (2012). Tingkat pengetahuan pasien diabetes melitus tentang manajemen diabetes melitus di rumah sakit pusat angkatan darat gatot soebroto jakarta pusat. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hidayat, A.A.. (2014). *Metode penelitian keperawatan dan teknis analisis data*. Jakarta : Salemba Medika
- Hestiana, D. W. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan dalam Pengelolaan Diet pada Pasien Rawat Jalan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Semarang.
- IDF. (2019). *IDF DIABETES ATLAS (9th ed.)*. BELGIUM: International Diabetes federation.
- Jacob, D. E. & Sandjaya. (2018). *Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua*. J. Nas. Ilmu Kesehatan.

- Kemenkes RI. (2013). *Analisis Lansia di Indonesia*. Pusat Data dan Informasi. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2016). *Situasi Lanjut Usia (Lansia) di Indonesia*. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2018). *Jumlah Lansia Sehat Harus Meningkat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI, 2019, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*.
- Kinanthi P.S., Oedijani Santoso. (2017). Perbedaan Kondisi Rongga Mulut Penderita Dm Tipe 2 Tidak Terkontrol Dan Terkontrol. Diponegoro Med J
- Kholifah, Siti Nur. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta Selatan: Kemenkes RI.
- Kumar, G . S., Majumdar, A., Pevithra, G. (2014). *Quality of Life (QOL) and Its Associated Factors Using WHOQOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry*.
- Kurdi Fahrudin, dkk. (2021). *Angka Kejadian Diabetes Melitus Pada Lansia Middle Age di Masa Pandemi Covid-19*. Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal Of Nursing). Jawa Barat:ISSN.
- Lestari, Zulkarnain, & Sijid, A. (2021). *Diabetes Melitus: Review etiologi, patofisiologi, gejala, penyebab, cara pemeriksaan, cara pengobatan dan cara pencegahan*. Prosiding Seminar Nasional Biologi.
- Meidikayanti, W., & Wahyuni, C. U. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Pademawu*. Jurnal Berkala Epidemiologi.
- Misbahuddin dan Iqbal Hasan M. (2014). *Analisis Data Penelitian dengan Statistik*. Bumi Aksara: Jakarta.
- Notoatmodjo . (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nugroho. (2012). *Keperawatan gerontik & geriatrik*, edisi 3. Jakarta : EGC
- PERKENI. (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia (1st ed.)*. PB. PERKENI.
- Pulungan Putri Handayani, dkk. (2021). *Gambaran Ketahanan Keluarga Pada Penderita DM Tipe 2 di Wilayah Puskesmas Padangmatinggi Tahun 2022*. Padangsidempuan: Universitas Aafa Roihan.
- Prasetyani, D. & Sodikin. Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diabetes Melitus (DM) Tipe 2.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*.

Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.CV

Supriani Anik, dkk. (2021). *Analisis Domain Kualitas Hidup Lansia Dalam Kesehatan Fisik dan Psikologis*. Journal Of Ners Community Volume 12. Mojokerto.

Soegondo, Sidartawan, Pradana Soewondo, Imam Subekti, ed. (2016). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Trisnawati, S.K dan Setyorogo.S. 2013. Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.

WHO. (2016). *Global Report On Diabetes*. France: World Health Organization.

Yuliati, dkk .(2014). *Jurnal Pustaka Kesehatan*. Perbedaan Kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Komunitas dengan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia. Jember : FKM Universitas Jember.



DINAS KESEHATAN KOTA PADANGSIDIMPUAN
PUSKESMAS PADANGMATINGGI
JLN. IMAM BONJOL BELAKANG PASAR INPRES PADANGMATINGGI
PADANGSIDIMPUAN



Nomor : 441/ 4180 / Pusk/ V /2023
Lampiran : -
Perihal : **Balasan Izin Penelitian**

Padangsidimpuan, 10 Mei 2023

Kepada Yth :
Universitas Aufa Royhan
di-

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat dari Kantor Dinas Kesehatan Daerah Kota Padangsidimpuan perihal tentang permohonan izin penelitian di wilayah kerja Puskesmas Padangmatinggi, maka dengan ini kami berikan izin kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

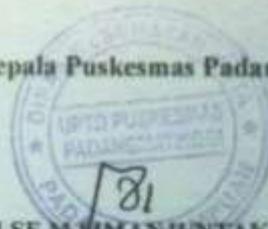
Nama : Juli Pitriani

NIM : 19010022

Judul : " Hubungan Ketahanan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Dengan Penderita DM Tipe 2".

Demikian surat ini disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.

Kepala Puskesmas Padangmatinggi



ELSE M. SIMANJUNTAK, SKM, MKM

Pembina Tk. 1

NIP. 19704206 199203 2 001



DINAS KESEHATAN KOTA PADANGSIDIMPUAN
PUSKESMAS PADANGMATINGGI
JLN. IMAM BONJOL BELAKANG PASAR INPRES PADANGMATINGGI
PADANGSIDIMPUAN



Padangsidempuan, 19 Desember 2022

Nomor : 441/ ~~773~~ a / Pusk/ XII /2022
Lampiran : -
Perihal : **Balasan Izin Survey Pendahuluan**

Kepada Yth :
Universitas Aufa Royhan
di-

Tempat

Dengan hormat,

Schubungan dengan surat dari Kantor Dinas Kesehatan Daerah Kota Padangsidempuan perihal tentang permohonan izin penelitian di wilayah kerja Puskesmas Padangmatinggi, maka dengan ini kami berikan izin kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

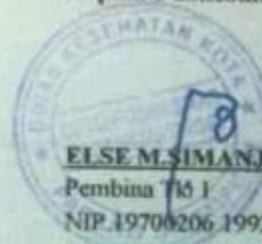
Nama : Juli Pitriani

NIM : 19010022

Judul : "Hubungan Ketahanan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Dengan Penderita DM Tipe 2".

Demikian surat ini disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.

Kepala Puskesmas Padangmatinggi



ELSE M. SIMANJUNTAK, SKM, MKM

Pembina TIS I

NIP. 19700206 199203 2 001



UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
FAKULTAS KESEHATAN

Berdasarkan SK Menristekdikti RI Nomor: 461/KPT/1/2019, 17 Juni 2019
Jl. Raja Inal Siregar Kel. Barunadua Julu, Kota Padangsidempuan 22733.
Telp.(0634) 7366507 Fax. (0634) 22684
e-mail: aufa.royhan@yahoo.com http://unor.ac.id

Nomor : 1112/FKES/UNAR/E/PM/XI/2022
Lampiran : -
Perihal : Izin Survey Pendahuluan

Padangsidempuan, 30 November 2022

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Di

Padangsidempuan

Dengan hormat,

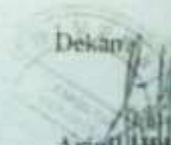
Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan di Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan, kami mohon bantuan saudara agar kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Juli Pitriani

NIM : 19010022

Program Studi : Keperawatan Program Sarjana

Diberikan Izin Survey Pendahuluan di Puskesmas Padangmatinggi untuk penulisan Skripsi dengan judul "Hubungan Ketahanan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Dengan Penderita DM Tipe 2".
Demikian kami sampaikan atas perhatian dan bantuan saudara kami ucapkan terimakasih.



Ariani Hidayah, SKM, MKes
NIDN. 0118108703

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Padangmatinggi



UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN

FAKULTAS KESEHATAN

Berdasarkan SK Menristekdikti RI Nomor: 461/KPT/1/2019, 17 Juni 2019

Jl. Raja Inal Siregar Kel. Batunadua Julu, Kota Padangsidempuan 22733.

Telp. (0634) 7366507 Fax. (0634) 22684

e-mail: afa.royhan@yahoo.com http://: unar.ac.id

Nomor : 230/FKES/UNAR/I/PM/II/2022

Padangsidempuan, 3 Maret 2023

Lampiran : -

Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.

Kepala Puskesmas Padangmatinggi

Di

Padangsidempuan

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi pada Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan di Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan, kami mohon bantuan saudara agar kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Juli Pitriani

NIM : 19010022

Program Studi : Keperawatan Program Sarjana

Diberikan Izin Penelitian di Puskesmas Padangmatinggi untuk penulisan Skripsi dengan judul "Hubungan Ketahanan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Dengan Penderita DM Tipe 2".

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan bantuan saudara kami ucapkan terimakasih.



Dekan

Arinil Hidayah, SKM, M.Kes
NIDN. 0118108703

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada yth,

Responden penelitian

di Puskesmas Padangmatinggi

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : JULI PITRIANI

Tempat/Tanggal Lahir : Sitinjak, 18 Juli 2001

Alamat : Sitinjak Kecamatan. Angkola Barat

Adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Aupa Royhan Kota Padangsidempuan yang akan melaksanakan penelitian dengan judul **“Hubungan Ketahanan Keluarga Kualitas Hidup Pada Lansia Dengan Penderita DM Tipe 2”**. Oleh karena itu, peneliti memohon kesediaan responden untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak menimbulkan dampak yang merugikan pada responden, serta semua informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dimanfaatkan untuk keperluan penelitian.

Atas perhatian dan kesediaannya untuk menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

(JULI PITRIANI)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, telah mendapat penjelasan prosedur penelitian ini dan menyatakan bersedia mengikuti penelitian yang dilakukan oleh **JULI PITRIANI**, Mahasiswa Fakultas Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan, dengan judul **“Hubungan Ketahanan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Penderita DM Tipe 2”**. di Puskesmas Padangmatinggi.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi saya, oleh karena itu saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini. Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Padangsidimpuan, Padangsidimpuan 2023
Responden

(.....)

KUESIONER

HUBUNGAN KETAHANAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA PENDERITA DM TIPE 2

DATA PRIBADI:

1. Nama :
2. Jenis kelamin :
3. Usia :
4. Pekerjaan :
5. Pendidikan :
6. Penyakit penyerta :

NO	PERTANYAAN	Sangat puas	Cukup puas	Biasa-biasa saja	Cukup tidak puas
1.	Seberapa puaskah anda dengan pengobatan diabetes anda pada saat ini?				
2.	Seberapa puaskah anda dengan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk perawatan diabetes anda?				
3.	Apakah anda puas dengan waktu yang anda habiskan untuk mencapai kadar gula yang normal?				
4.	Apakah anda puas dengan waktu yang anda gunakan untuk Berolahraga?				
5.	Apakah anda puas dengan beban yang harus dialami keluarga anda karena anda menderita diabetes?				
6.	Seberapa puaskah anda dengan waktu yang dihabiskan untuk kontrol pemeriksaan diabetes anda?				
7.	Apakah anda puas dengan pengetahuan anda tentang diabetes?				
8.	Apakah anda puas dengan pengobatan diabetes yang anda lakukan?				

		Sangat sering	Cukup sering	Biasa-biasa saja	Tidak pernah
9.	Seberapa sering anda memakan makanan yang tidak boleh dimakan?				
10.	Seberapa sering anda khawatir tentang kemungkinan anda kehilangan pekerjaan karena anda menderita diabetes ?				
11.	Seberapa sering anda mengalami tidur malam yang nyenyak?				
12.	Seberapa sering anda merasa diabetes membatasi karir anda ?				
13.	Seberapa sering anda merasa sakit secara fisik?				
14.	Seberapa sering anda khawatir akan pingsan?				
15.	Seberapa sering anda mengalami rasa sakit karena pengobatan diabetes?				

Kuesioner FRAS
(Family Resilience Assesment Scale)

Petunjuk pengisian:

1. Jawablah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan keadaan diri anda dan apa yang anda rasakan;
2. Beri tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai;
3. tidak ada jawaban benar atau salah, semua jawaban adalah benar;
4. Pilihan jawaban terdiri dari 4 alternatif jawaban, antara lain:

STS:Sangat tidak setuju

TS: Tidak setuju

S: Setuju

SS: Sangat setuju

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Keluarga kami cukup toleransi dalam mengatasi masalah-masalah yang ada				
2.	Teman-teman kami menilai kami dengan apa adanya				
3.	Apapun yang kami lakukan, kami tetap satu keluarga				
4.	Kami memahami bahwa masalah adalah bagian dari kehidupan				
5.	Kami menerima masalah yang terjadi secara tiba-tiba				
6.	Kami memberikan pendapat untuk mengambil keputusan didalam keluarga				
7.	Kami berusaha untuk dapat memahami sesuatu				
8.	Kami dapat menyesuaikan diri dengan masalah yang terjadi dalam keluarga kami				
9.	Kami mampu terbuka satu sama lain dalam keluarga Kami				

10.	Kami dapat memahami satu dengan yang lainnya didalam keluarga				
11.	Kami meminta bantuan pada tetangga.				
12.	Kami beribadah di masjid/gereja/lainnya				
13.	Kami percaya dapat menyelesaikan masalah-masalah kami				
14.	Kami dapat berdiskusi satu sama lain apabila tidak paham dengan suatu hal				
15.	Kami saling jujur dan terbuka ketika berinteraksi satu sama lain di dalam keluarga				
16.	Kami dapat mengemukakan pendapat kami pada keluarga tanpa membuat oranglain kesal				
17.	Kami memiliki kesepakatan ketika ada masalah muncul				
18.	Kami mampu menangani perbedaan dalam keluarga ketika mengalami kesusahan				
19.	Kami saling bergantung antar tetangga				
20.	Kami dapat mempertanyakan maksud dari pesan yang disampaikan keluarga kami				
21.	Kami dapat menyelesaikan masalah				
22.	Kami (keluarga) dapat mempertahankan diri ketika masalah yang lain muncul				
23.	Kami dapat mendiskusikan cara				
24.	Kami dapat menyelesaikan masalah dalam keluarga ini				
25.	Kami berdiskusi untuk memutuskan sesuatu dalam keluarga				
26.	Kami memandang masalah dengan positif untuk menyelesaikannya				

27.	Kami mendiskusikan masalah dan mendapatkan solusi yang baik				
28.	Kami mendiskusikan suatu hal sampai mendapatkan Penyelesaiannya				
29.	Kami bebas menyampaikan pendapat				
30.	Kami bahagia dapat meluangkan waktu dan tenaga untuk keluarga				
31.	Kami merasa bahwa tetangga memberikan bantuan ketika kami membutuhkan				
32.	Kami merasa aman didalam masyarakat				
33.	Kami merasa diterima sebagai anggota keluarga				
34.	Kami merasa kuat dalam menghadapi masalah besar				
35.	Kami memiliki keyakinan terhadap Tuhan				
36.	Kami memiliki kemampuan untuk menyelesaikan masalah				
37.	Kami menyimpan perasaan kami pada diri sendiri				
38.	Kami mengetahui bahwa ada tetangga yang akan membantu kami jika mendapat masalah				
39.	Kami tahu bahwa kami berarti bagi teman-teman kami				
40.	Kami belajar dari kesalahan orang lain				
41.	Kami merasa berarti ketika kami saling berbincang-bincang didalam keluarga				
42.	Kami berpartisipasi dalam kegiatan masjid/gerja/lainnya				
43.	Kami menerima hadiah dan bantuan dari tetangga				
44.	Kami meminta nasihat dari tokoh agama				
45.	Kami jarang mau mendengarkan anggota keluarga saat ada masalah				
46.	Kami berbagi tanggungjawab didalam keluarga				

47.	Kami saling mencintai dan memberikan kasih sayang antar anggota keluarga.				
48.	Kami saling peduli antar anggota keluarga				
49.	Kami berfikir bahwa masyarakat sebagai lingkungan yang baik untuk mengasuh anak				
50.	Kami berfikir tidak seharusnya ikut campur dalam urusan orang lain di masyarakat				
51.	Kami percaya bahwa segala sesuatu akan selesai meskipun melewati masa yang sulit				
52.	Kami mencoba cara-cara baru untuk menyelesaikan masalah.				
53.	Kami memahami komunikasi antar anggota keluarga				
54.	Kami meyakinkan bahwa kita tidak menyakiti baik secara emosional maupun secara fisik antar anggotakeluarga				

**Master Tabel Hasil Penelitian Hubungan Ketahanan Keluarga Dengan
kualitas Hidup Pada Lansia Penderita DM Tipe 2**

No	Inisial	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Penyakit Penyerta
1	Ny.G	2	1	1	1
2	Ny. A	2	1	1	1
3	Ny. S	2	3	2	1
4	Ny.H	2	4	3	2
5	Ny.R	2	2	2	2
6	Ny.Y	2	2	2	3
7	Tn.M	1	1	1	3
8	Ny. S	2	1	1	1
9	Tn.A	1	1	1	1
10	Tn.Z	1	1	1	1
11	Ny. N	2	2	2	3
12	Tn.S	1	2	3	3
13	Tn. A	1	1	1	1
14	Tn.R	1	1	1	1
15	Ny.S	2	4	3	1
16	Tn.D	1	2	2	2
17	Ny. T	2	2	2	1
18	Ny. H	2	3	2	1
19	Tn. R	1	1	1	1
20	Tn. I	1	3	2	1
21	Ny. R	2	3	2	3
22	Ny. M	2	2	2	1
23	Tn. W	1	4	3	1
24	Ny. M	2	4	2	1
25	Tn. P	1	3	2	1
26	Ny. A	2	1	1	3
27	TN. K	1	1	1	1
28	Ny. A	2	1	1	1
29	Ny. S	2	4	3	2
30	Tn. D	1	3	2	2
31	Ny. E	2	4	3	1
32	Ny. L	2	1	1	3
33	Ny. E	2	2	2	2
34	Ny. L	2	2	2	2
35	Ny. N	2	2	2	1
36	Tn. D	1	2	2	1
37	Ny. K	2	3	3	3
38	Tn. I	1	3	2	2
39	Tn. B	1	4	2	2
40	Ny. M	2	2	1	2
41	Ny. R	2	2	1	1
42	Ny. M	2	3	2	1
43	Ny. R	2	3	3	2
44	Ny. Y	2	2	1	2
45	Tn. X	1	2	2	1
46	Ny. S	2	4	2	2
47	Ny. H	2	3	2	2
48	Ny. D	2	3	3	1
49	Ny. S	2	4	3	2
50	Ny. A	2	2	2	2
51	Ny. H	2	2	2	1

ket:
1: Pria
2: Wanita

ket:
1:PT
2:SMA
3:SMP
4:SD

ket:
1:pensiunan P
2:Wiraswasti
3:IRT

ket:
1:Hipertensi
2:Mata Kabur
3:Tidak Ada

Master Tabel Penelitian Kualitas Hidup Pada Lansia Penderita DM Tipe 2

	KH1	KH2	KH3	KH4	KH5	KH6	KH7	KH8	KH9	KH10	KH11	KH12	KH13	KH14	KH15	Skor	Kode
Kualitas Hidup Tinggi	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32	2
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	32	2
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	1	2	2	2	1	33	2
Kualitas Hidup Tinggi	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	28	2
Kualitas Hidup Tinggi	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	27	2
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	3	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	32	2
Kualitas Hidup Tinggi	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	30	2
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	30	2
Kualitas Hidup Tinggi	4	3	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	30	2
Kualitas Hidup Tinggi	4	4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	33	2
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	39	1
Kualitas Hidup Tinggi	3	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	3	2	2	3	36	1
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	1	2	3	2	3	37	1
Kualitas Hidup Tinggi	3	2	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	2	2	3	40	1
Kualitas Hidup Tinggi	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	37	1
Kualitas Hidup Tinggi	3	2	2	2	2	3	2	3	1	3	2	3	3	2	2	35	1
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	2	3	3	3	2	3	1	1	3	2	2	3	2	36	1
Kualitas Hidup Rendah	4	2	3	2	2	3	2	3	1	2	1	2	2	2	2	33	2
Kualitas Hidup Tinggi	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	35	1
Kualitas Hidup Tinggi	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	1	2	4	4	49	1
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	3	3	4	3	4	3	1	3	3	3	3	3	4	46	1
Kualitas Hidup Tinggi	4	3	2	3	3	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	52	1
Kualitas Hidup Rendah	3	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2	1	2	2	28	2
Kualitas Hidup Rendah	4	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	3	3	30	2
Kualitas Hidup Tinggi	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	1	2	2	2	2	34	1
Kualitas Hidup Rendah	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	32	2
Kualitas Hidup Rendah	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	3	3	23	2
Kualitas Hidup Rendah	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	3	1	2	26	2
Kualitas Hidup Rendah	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	3	2	3	3	3	29	2
Kualitas Hidup Tinggi	3	3	3	2	3	2	3	3	1	1	3	1	2	2	3	35	1
Kualitas Hidup Tinggi	4	3	2	3	2	4	2	4	1	3	2	3	2	2	2	39	1

Frequencies

Statistics

		JenisKelamin	Pekerjaan	Pendidikan	PenyakitPenyerta	KetahananKeluarga	KualitasHidup
N	Valid	51	51	51	51	51	51
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pria	17	33.3	33.3	33.3
	Wanita	34	66.7	66.7	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perguruan tinggi	13	25.5	25.5	25.5
	SMA	17	33.3	33.3	58.8
	SMP	12	23.5	23.5	82.4
	SD	9	17.6	17.6	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PensiunanPNS	16	31.4	31.4	31.4
	Wiraswasta	25	49.0	49.0	80.4
	IRT	10	19.6	19.6	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

PenyakitPenyerta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Hipertensi	27	52.9	52.9	52.9
	Mata Kabur	16	31.4	31.4	84.3
	Tidak Ada	8	15.7	15.7	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

KK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KK Tinggi	27	52.9	52.9	52.9
	KK Rendah	24	47.1	47.1	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

KH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KH Tinggi	21	41.2	41.2	41.2
	KH Rendah	30	58.8	58.8	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KK	51	100.0%	0	0.0%	51	100.0%
KH	51	100.0%	0	0.0%	51	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
KK	Mean	180.20	1.823
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	176.53
		Upper Bound	183.86
	5% Trimmed Mean	179.77	
	Median	181.00	
	Variance	169.561	

	Std. Deviation	13.022	
	Minimum	154	
	Maximum	216	
	Range	62	
	Interquartile Range	18	
	Skewness	.346	.333
	Kurtosis	.113	.656
KH	Mean	34.82	1.509
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31.79
		Upper Bound	37.85
	5% Trimmed Mean	34.75	
	Median	36.00	
	Variance	116.148	
	Std. Deviation	10.777	
	Minimum	17	
	Maximum	57	
	Range	40	
	Interquartile Range	17	
	Skewness	-.178	.333
	Kurtosis	-.838	.656

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
KK	.084	51	.200 [*]	.978	51	.455
KH	.112	51	.156	.955	51	.050

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

KK * KH Crosstabulation

			KH		Total
			KH Tinggi	KH Rendah	
KK	KK Tinggi	Count	15	12	27
		Expected Count	11.1	15.9	27.0
		% within KK	55.6%	44.4%	100.0%
		% within KH	71.4%	40.0%	52.9%
		% of Total	29.4%	23.5%	52.9%
KK Rendah	Count	6	18	24	
	Expected Count	9.9	14.1	24.0	

	% within KK	25.0%	75.0%	100.0%
	% within KH	28.6%	60.0%	47.1%
	% of Total	11.8%	35.3%	47.1%
Total	Count	21	30	51
	Expected Count	21.0	30.0	51.0
	% within KK	41.2%	58.8%	100.0%
	% within KH	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	41.2%	58.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4.898 ^a	1	.027		
Continuity Correction ^b	3.717	1	.054		
Likelihood Ratio	5.016	1	.025		
Fisher's Exact Test				.045	.026
Linear-by-Linear Association	4.802	1	.028		
N of Valid Cases	51				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.88.

b. Computed only for a 2x2 table

KONSULTASI HASIL PENELITIAN (SEBELUM SEMINAR HASIL SKRIPSI)

Nama : JULI PTRIANI

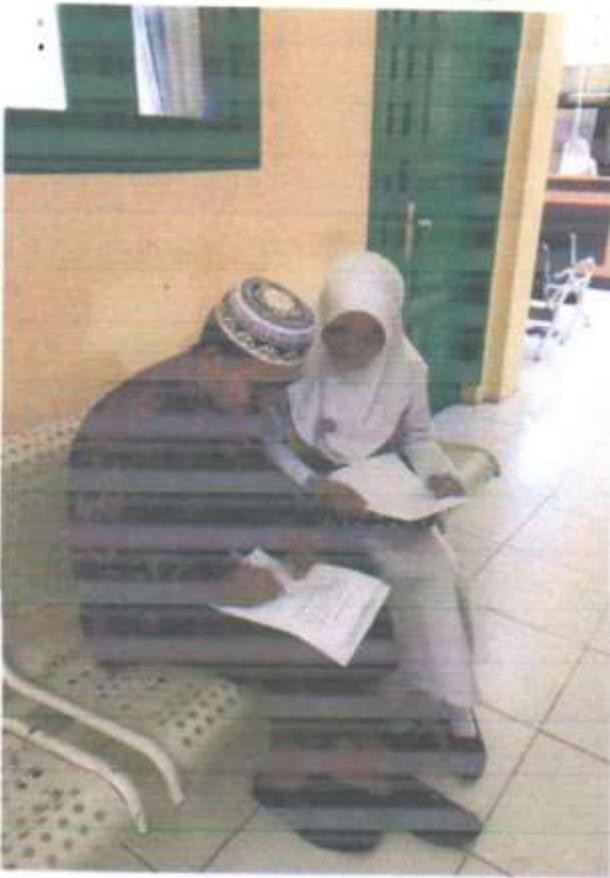
NIM : 19010022

Judul Penelitian : Hubungan Ketahanan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Dengan Penderita DM Tipe 2

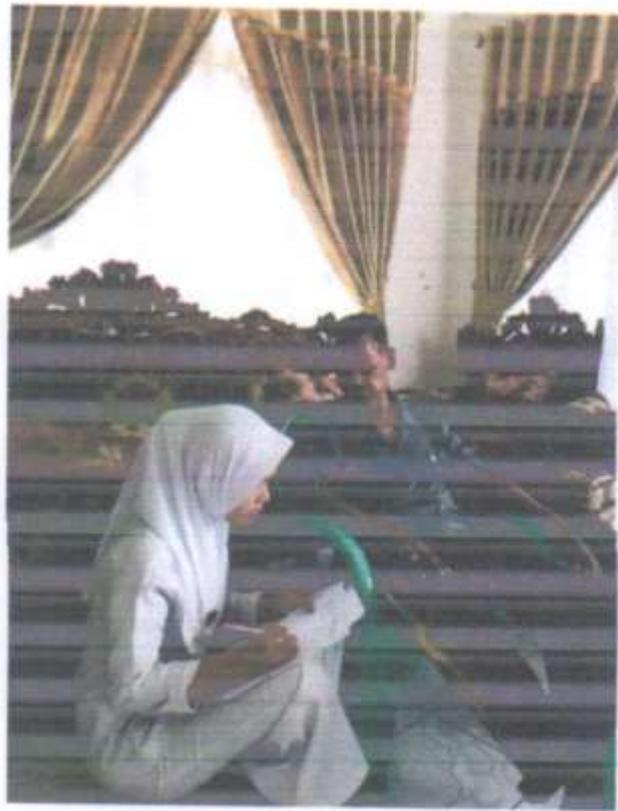
No.	Hari / Tanggal	Nama Pembimbing	Kegiatan (Isi Konsultasi)	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin, 20/5/23	Ns. Seltia H.P	- Tampilkan materi tabel - Pembacaan literatur - Semakan pembahasan di Saku Pustaka	
2	Rabu, 31/5/23	Ns. Sukri: HR	- Pembacaan BAB 5	
3	Kamis, 15/6/23	Ns. Seltia	- Pembacaan pembahasan - Lanjut bab 6 dan akhir	

No.	Hari / Tanggal	Nama Pembimbing	Kegiatan (Isi Konsultasi)	Tanda Tangan Pembimbing
4	Selasa, 20/1/23	Lola Rizki Nurhary SST, M. Kel	- Mengkaji data Output SPK	
5	Rabu, 21/1/2023	Lola Rizki Nurhary SST, M. Kel	- Seunikan Rumus dan dengan buku panduan - Periksa Matriks dan ket-ket yg benar	
6	Senin, 26/1/2023	Lola Rizki Nurhary SST, M. Kel	ACC	
7	Senin, 3/2/2023	Sulisti Haindra R	ACC ujia	
8				

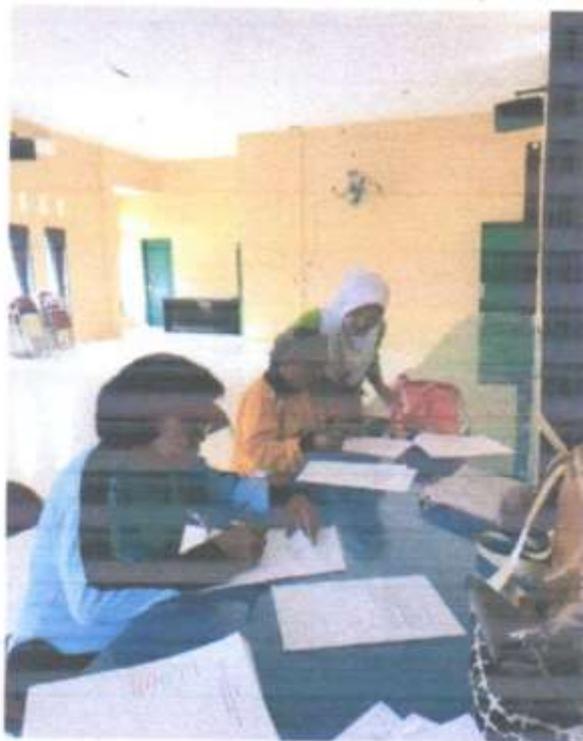
DOKUMENTASI PENELITIAN



Responden menandatangani lembar persetujuan responden



Peneliti menjelaskan petunjuk pengisian kuesioner



Responden mengisi kuesioner sesuai petunjuk