

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN KEPATUHAN MELAKUKAN KONTROL RUTIN
PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS DI SURABAYA**

PENELITIAN ANALITIK KORELASIONAL



**Oleh :
Lutvi Choirunnisa'
NIM. 131411131002**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN KEPATUHAN MELAKUKAN KONTROL RUTIN
PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS DI SURABAYA**

PENELITIAN ANALITIK KORELASIONAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi
Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh :
Lutvi Choirunnisa'
NIM. 131411131002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 31 Juli 2018

Yang menyatakan



Lutvi Choirunnisa'
NIM. 131411131002

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lutvi Choirunnisa'
NIM : 131411131002
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin di Puskesmas Surabaya” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 31 Juli 2018



Yang Menyatakan


Lutvi Choirunnisa'

NIM. 131411131002

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN KEPATUHAN MELAKUKAN KONTROL RUTIN
PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS DI SURABAYA**

Oleh:
Lutvi Choirunnisa'
NIM. 131411131002

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 25 JULI 2018

Oleh:
Pembimbing Ketua



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP.196808291989031002

Pembimbing II



Ika Nur Pratiwi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198711022015042003

Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP.196808291989031002

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN KEPATUHAN MELAKUKAN KONTROL RUTIN
PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS DI SURABAYA**

Oleh:
Lutvi Choirunnisa'
NIM. 131411131002

Telah diuji
Pada tanggal, 31 Juli 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.198304052014042002



Anggota : 1. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP.196808291989031002
2. Ika Nur Pratiwi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.198711022015042003



Mengetahui
Wakil Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

MOTTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai
kesanggupannya”

QS. Al Baqarah : 286

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat, hidayah dan limpahan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin pada Penderita Diabetes Mellitus di Surabaya”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penyusunan skripsi ini tak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan sekaligus dosen pembimbing satu yang telah memberikan dukungan, bimbingan, motivasi, dan pengarahan dalam proses penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Ika Nur Pratiwi,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing kedua atas dukungan dan arahan dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Ibu Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen ketua penguji skripsi saya yang telah banyak memberikan masukan dan saran yang sangat membangun selama seminar proposal dan seminar hasil.
5. Ibu Lailatun Ni`mah, S.Kep.Ns., M.Kep selaku penguji seminar proposal saya yang telah memberikan motivasi dan saran selama seminar proposal.
6. Kepala Bakesbangpol Kota Surabaya, Kepala Dinkes Kota Surabaya, Kepala Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem, Jagir dan staf yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian dalam penyusunan skripsi.
7. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf pengajar Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR yang telah mendidik dan membimbing serta memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
8. Kedua orang tua saya, (Alm) bapak M. Abdul Adjis Muslim, ibunda tercinta Julaeni, kakak perempuan saya Evi Nur Aini, kakak laki-laki saya Yuyus Junaidi, adik laki-laki saya Muhammad Alif Zubair, keponakan saya M. Hikam Abdillah Fattah dan M. Fatih Qolbi Ihsan yang selalu senantiasa memberikan dukungan moril, materil, dan doa untuk kelancaran proses penulisan skripsi.

9. Ahmad Putro Pramono yang selalu memberi semangat, dukungan, motivasi dan tempat berkeluh kesah selama pengerjaan skripsi ini. Terima kasih untuk semua yang telah diberikan dengan tulus.
10. Teman seperjuangan saya Yolanda Eka Maulida, Retno Dwi Susanti, Putri Mei Sundari yang selalu membantu dan saling memotivasi agar dapat segera menyelesaikan skripsi ini.
11. Sahabat-sahabatku Miladina Nahar, Hafida Oktavia, Tiffani Rosita yang selalu memberikan dukungan dan terimakasih untuk setiap tawa, tangis, suka dan duka selama 4 tahun ini.
12. Sahabatku ZIRA (Nurul Fauziah, Riski Nur Hidayanti dan Nurul Khikmawati) yang terus memotivasi dan memberikan semangat hingga terselesaikannya skripsi ini.
13. Keluarga besar PR. Ranting IPNU-IPPNU Rungkut Tengah serta Teman-teman BLM FKp Unair, terimakasih atas dukungan dan semangatnya.
14. Responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian sehingga proses penelitian berjalan dengan lancar hingga proses akhir penulisan skripsi.

Semoga Allah SWT membalasa budi baik semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, namun harapan peneliti semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca maupun bagi perkembangan ilmu keperawatan

Surabaya, 31 Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN MELAKUKAN KONTROL RUTIN PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS DI SURABAYA

Penelitian Analitik Korelasional di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah
Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya

Oleh : Lutvi Choirunnisa'

Pendahuluan : Diabetes mellitus disebut sebagai *Mother of Disease* dikarenakan Diabetes mellitus adalah induk dari berbagai penyakit. Surabaya merupakan peringkat tertinggi penderita Diabetes mellitus di Jawa Timur. Kepatuhan kontrol rutin merupakan aspek dalam penatalaksanaan Diabetes mellitus. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan kontrol rutin adalah dengan adanya dukungan dari keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol rutin pada penderita Diabetes mellitus. **Metode :** Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah responden 102 orang yang didapatkan dari *Random Sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Variabel penelitian yaitu variabel independen dukungan keluarga dan variabel dependen kepatuhan kontrol rutin. Data diambil melalui penyebaran instrumen berupa kuesioner dukungan keluarga dan data sekunder dari puskesmas berupa frekuensi kunjungan ke puskesmas, kemudian dianalisis menggunakan uji *chi-square* dengan signifikansi $\alpha < 0,05$. **Hasil :** Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki korelasi dengan kepatuhan pasien Diabetes mellitus melakukan kontrol rutin ke puskesmas ($p=0,000$). **Kesimpulan :** Dapat disimpulkan bahwa penelitian ini memiliki hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin. Hasil penelitian ini juga terdapat beberapa responden yang kurang patuh. Penelitian selanjutnya diharapkan melakukan penelitian terkait faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan kontrol rutin penderita Diabetes mellitus.

Kata kunci : dukungan keluarga, kepatuhan kontrol rutin, Diabetes mellitus.

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN FAMILY SUPPORT AND THE ADHERENCE TO ROUTINE CONTROL OF DIABETES MELLITUS SUFFERERS IN SURABAYA

Analytic Correlational Study at Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem, and Jagir Surabaya

By : Lutvi Choirunnisa'

Introduction : Diabetes Mellitus is known as the Mother of Disease because Diabetes mellitus is the mother of various diseases. Surabaya is on the highest rank of Diabetes mellitus sufferers in East Java. The adherence to routine control is an aspect of Diabetes mellitus management. One of the factors that can affect the adherence to routine control is an exposure of family support. This study aims to analyze the correlation between family support and the adherence to routine control of Diabetes mellitus sufferers. **Method :** This study was an analytic correlational-cross sectional design. The respondents were 102 people that had been recruited by Random Sampling method with the inclusion and exclusion criteria. The independent variable is family support and the dependent variable is the adherence to routine control. The data were collected using questionnaire of family support and the secondary data of visits from puskesmas, analyzed using *chi-square* test with the significance level of $\alpha < 0,05$. **Result :** The result of *chi square* test showed that family support has a correlation with the adherence to routine control of Diabetes mellitus sufferers at puskesmas ($p=0,000$). **Conclusion:** This study showed that family support has a correlation with the adherence to routine control. The study also showed that some of the respondents are not obedient. Future studies are needed to explore the other factors that may affect the adherence to routine control of Diabetes mellitus sufferers.

Keyword: family support, adherence to routine control, Diabetes mellitus.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	v
MOTTO	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan umum.....	6
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat teoritis	7
1.4.2 Manfaat praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep DM.....	8
2.1.1 Pengertian DM.....	8
2.1.2 Klasifikasi DM.....	8
2.1.3 Etiologi DM.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis DM.....	11
2.1.5 Patofisiologi DM.....	11
2.1.6 Pemeriksaan diagnostik.....	14
2.1.7 Komplikasi DM	15

2.1.8	Penatalaksanaan DM.....	16
2.2	Konsep Dukungan Keluarga.....	26
2.2.1	Pengertian Keluarga.....	26
2.2.2	Tipe Keluarga.....	27
2.2.3	Tugas keluarga.....	28
2.2.4	Peran dan fungsi keluarga.....	29
2.2.5	Jenis-jenis Dukungan Keluarga.....	32
2.2.6	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kesehatan.....	33
2.2.7	Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga.....	33
2.2.8	Peran keluarga dalam perawatan penderita DM.....	34
2.3	Konsep Kepatuhan.....	35
2.3.1	Pengertian Kepatuhan.....	35
2.3.2	Perspektif teoritis dalam kepatuhan pasien.....	35
2.3.3	Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketidakpatuhan.....	36
2.4	Kepatuhan Kontrol.....	38
2.4.1	Pengertian kepatuhan terhadap pengobatan medis.....	38
2.4.2	Standar pelayanan kesehatan kepada penderita Diabetes mellitus.....	38
2.5	Keaslian penelitian.....	39
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA.....		44
3.1	Kerangka Konseptual.....	44
3.2	Hipotesis Penelitian.....	46
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		47
4.1	Desain penelitian.....	47
4.2	Populasi, sampel, besar sampel dan sampling.....	47
4.2.1	Populasi.....	47
4.2.2	Sampel.....	48
4.2.3	Sampling dan besar sampel.....	49
4.3	Variabel penelitian.....	54
4.3.1	Variabel independen.....	54
4.3.2	Variabel dependen.....	54
4.4	Definisi operasional.....	55
4.5	Instrumen penelitian.....	57
4.6	Lokasi dan waktu penelitian.....	58

4.6.1 Waktu penelitian	58
4.6.2 Tempat penelitian.....	58
4.7 Prosedur pengumpulan data.....	59
4.8 Kerangka operasional	61
4.9 Analisis data.....	62
4.10 Etik penelitian	64
4.10.1 Prinsip Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (<i>Respect For Persons</i>).....	64
4.10.2 Prinsip Etik Berbuat Baik (<i>Beneficence</i>) dan Tidak Merugikan (<i>Non Maleficence</i>)	65
4.10.3 Prinsip Keadilan (<i>Justice</i>).....	65
4.10.4 <i>Informed Consent</i>	66
4.11 Keterbatasan.....	67
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	68
5.1 Hasil penelitian	69
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	69
5.1.2 Karakteristik demografi responden.....	72
5.1.3 Dukungan keluarga, tingkat kepatuhan kontrol rutin dan hubungan antara dukungan dengan tingkat kepatuhan kontrol rutin	74
5.2 Pembahasan	78
5.2.1 Dukungan keluarga	78
5.2.2 Tingkat kepatuhan kontrol rutin	79
5.2.3 Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol rutin pada pasien Diabetes mellitus.....	80
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	83
6.1 Simpulan.....	83
6.2 Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA.....	85
LAMPIRAN	89

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 keaslian penelitian.....	39
Tabel 4.1 Pembagian wilayah dan puskesmas di Surabaya	49
Tabel 4.2 Daftar puskesmas yang akan dilakukan penelitian	51
Tabel 4.3 Pembagian sampel tiap puskesmas	53
Tabel 4.4 Definisi operasional penelitian hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM.....	55
Tabel 4.5 Blue Print kuesioner dukungan keluarga.....	58
Tabel 5.1 Distribusi karakteristik demografi responden hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin di Puskesmas	72
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi dukungan keluarga pada pasien Diabetes mellitus di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya	74
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi domain dukungan keluarga	74
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi kepatuhan kontrol rutin pada pasien Diabetes mellitus di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya	75
Tabel 5.5 Frekuensi kunjungan ke puskesmas	75
Tabel 5.6 Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin pada Penderita DM.	44
Gambar 4.1 Strategi pengambilan sampel dan besar sampel.....	53
Gambar 4.2 Kerangka operasional hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM.....	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 lembar penjelasan penelitian	89
Lampiran 2 lembar permohonan menjadi responden	91
Lampiran 3 lembar <i>informed consent</i>	92
Lampiran 4 lembar kuesioner data demografi.....	93
Lampiran 5 kuesioner dukungan keluarga	95
Lampiran 6 <i>form</i> frekuensi kunjungan pasien melakukan kontrol rutin ke puskesmas.....	97
Lampiran 7 Surat Pengambilan Data Awal.....	98
Lampiran 8 Sertifikat Etik.....	99
Lampiran 9 Surat Pengambilan Data Penelitian.....	100
Lampiran 10 Surat Perijinan Bakesbangpol.....	101
Lampiran 11 Surat Perijinan Dinas Kesehatan.....	102
Lampiran 12 Uji Statistik Chi Square Kepatuhan dengan Dukungan Keluarga .	103
Lampiran 13 Uji Statistik Data Demografi Responden	106

DAFTAR SINGKATAN

DM : Diabetes mellitus

GDM : Gestational Diabetes mellitus

HLA : *Human Leucocyte Antigen*

HHNS : *Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Syndrome*

ADA : *American Diabetes Association*

GFR : *Glomerulus Filtration Rate*

DMT2 : Diabetes mellitus Tipe 2

BPOM RI : Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia

OHO : Obat Hipoglikemik Oral

SPSS : *Statistical Package for the Social Science*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan kondisi kronis dimana terjadi kenaikan kadar glukosa dalam darah dikarenakan tubuh tidak dapat menghasilkan atau memproduksi insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif (*International Diabetes Federation, 2017*). DM juga biasa disebut sebagai *Mother of Disease* dikarenakan DM adalah induk dari berbagai penyakit lainnya seperti hipertensi, stroke, gagal ginjal, kebutaan, dan amputasi kaki. *World Health Organization* (2016), 1 dari 2 orang penyandang diabetes masih belum menyadari bahwa dirinya terkena diabetes. DM akan tidak dapat dikendalikan apabila penderita tidak melakukan kontrol secara rutin dan akan menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan kesehatan tubuh.

Orang dengan diabetes memerlukan perawatan yang sistematis, perawatan rutin dan terorganisir yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan. Hal ini dapat meningkat pada tingkat perawatan primer dengan intervensi seperti pengobatan, konseling kesehatan dan gaya hidup, dan pendidikan mengenai penyakitnya dengan tindak lanjut yang teratur dan tepat (*International Diabetes Federation, 2017*). Miller (2012), dukungan keluarga dapat mempengaruhi fungsi psikososial dan coping individu menghadapi suatu masalah. Kurangnya dukungan dari keluarga membuat coping menjadi negatif, sehingga secara tidak langsung akan mempengaruhi kepatuhan penderita diabetes dalam melakukan kontrol rutin.

Pada tahun 2015, sebanyak 415 juta orang dewasa menderita DM, naik mencapai 4 kali lipat dari 108 juta orang di 1980an. Pada tahun 2040 diperkirakan jumlah penderita DM akan meningkat menjadi 642 juta orang (*International Diabetes Federation*, 2017). Hampir 80% penderita DM berada pada Negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (*World Health Organization*, 2016). Di Indonesia pada tahun 2015 menempati peringkat ke tujuh prevalensi penderita diabetes di dunia setelah Negara Cina, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Meksiko dengan jumlah estimasi orang dengan diabetes kurang lebih sebesar 10 juta orang (*International Diabetes Federation*, 2017). Prevalensi penderita DM di Indonesia yang usianya ≥ 15 tahun cenderung mengalami peningkatan yaitu 5,7% (2007) menjadi 6,9% (2013) dengan jumlah penderita diabetes mencapai 12.191.564 juta orang. Sebanyak 2/3 penderita DM di Indonesia tidak mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes dan cenderung sudah dengan komplikasi menyebabkan penderita diabetes terlambat untuk mengakses layanan kesehatan (*World Health Organization*, 2016).

Penelitian Luthfa (2016) menunjukkan bahwa sebagian besar penderita DM adalah perempuan yang berusia 51-60 tahun, pendidikan SD dan sudah menderita DM kurang dari lima tahun. Di Jawa Timur penderita DM yang terdiagnosis sebesar 2,1% dengan jumlah perkiraan penderita sebanyak 605.974 orang dan jumlah orang yang tidak mengalami diabetes tetapi 1 bulan terakhir mengalami gejala diabetes sebanyak 0,4% atau sebanyak 115.424 orang (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Di Surabaya penderita DM yang terdata di Dinas Kesehatan Surabaya tahun 2016 sebanyak 32.381 orang.

Penatalaksanaan pengobatan DM harus dilakukan seumur hidup sehingga seringkali penderita mengalami kejenuhan dan ketidakpatuhan dalam penatalaksanaan pengobatan DM sering terjadi. Penderita diabetes akan memiliki tingkat kualitas hidup yang tinggi apabila dapat memajemen diabetesnya dengan baik (*International Diabetes Federation, 2017*). Hasil penelitian pada 600 orang, menunjukkan hanya 16,6% penderita yang patuh dalam pengobatan anti-diabetik dan kontrol gula darah, 23,3% penderita DM yang patuh terhadap pengaturan diet dan 31,7% penderita DM yang patuh untuk melakukan latihan fisik (Sharma, Kalra, Dhasmana, & Basera, 2014). Hasil penelitian Hamarno, Nurdiansyah, & Toyibah (2016) menunjukkan bahwa adanya kepatuhan kontrol dari penderita DM tipe 2 yang berupa patuh untuk kontrol ke pelayanan kesehatan, kontrol gula darah, melakukan olah raga atau aktivitas fisik serta melakukan perencanaan makan yang benar sesuai dengan kebutuhan kalori penderita DM tipe 2 per harinya, maka komplikasi yang terjadi khususnya komplikasi kronis dapat dicegah atau diturunkan resiko terjadinya. Karena kepatuhan kontrol tersebut dapat membantu penderita DM tipe 2 untuk menjaga kadar gula darahnya, karena kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan terjadinya komplikasi baik komplikasi makrovaskuler yaitu IMA dan stroke maupun komplikasi mikrovaskuler yaitu neuropati, nefropati dan retinopati, sehingga dengan stabilnya gula darah maka komplikasi-komplikasi tersebut dapat dicegah.

Dalam meningkatkan kepatuhan penderita DM sangat penting untuk mengetahui beberapa faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan penderita DM. Beberapa faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan penderita DM antara lain faktor demografik (status ekonomi rendah, tingkat pendidikan rendah, dan etnik),

faktor psikologis, dukungan sosial, tenaga kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan, sifat penyakit serta pengobatannya (Sharma et al., 2014). Hasil penelitian (Anggina, L.L., Hamzah, 2010) menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan terapi salah satunya adalah dukungan keluarga, karena dukungan keluarga merupakan faktor yang memiliki kontribusi yang cukup berarti dan sebagai faktor penguat yang sangat mempengaruhi kepatuhan pengobatan pada penderita DM. Hasil penelitian Nurleli (2016) di Blud Rsuza Banda Aceh menunjukkan bahwa hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat menunjukkan positif sedang artinya semakin tinggi nilai dukungan keluarga semakin tinggi pula nilai kepatuhan penderita DM dalam menjalani pengobatan.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir pada tanggal 24-25 April 2018, ditemukan bahwa 7 pasien (70%) masih berangkat sendiri ke puskesmas, sedangkan 3 pasien (30%) ke puskesmas dengan diantar oleh keluarganya. 4 pasien (40%) keluarganya mengingatkan untuk melakukan kontrol rutin ke puskesmas dan 6 pasien (60%) keluarganya belum mengingatkan pasien untuk melakukan kontrol rutin ke puskesmas. Hasil ini menunjukkan bahwa keluarga yang memberikan dukungan terhadap pasien DM masih rendah. Di puskesmas rata-rata jadwal melakukan kontrol rutin yaitu minimal 1 kali/bulan. Yang dilakukan di puskesmas saat melakukan kontrol rutin adalah pemeriksaan kadar gula darah, melakukan pengambilan obat, merencanakan diet yang akan dilakukan, dan konseling tentang diabetes. Dan hanya 40% yang melakukan kontrol rutin ke puskesmas, sedangkan 60% masih belum melakukan kontrol ke puskesmas secara rutin dan melakukan kontrol rutin jika ada keluhan saja dan gula darahnya turun

atau naik. Sedangkan target jika dikatakan kontrol rutin yaitu sebesar 90%. Dari hasil wawancara terhadap beberapa responden mengatakan bahwa banyak pasien yang belum patuh melakukan kontrol secara rutin dan tidak menjalankan 4 pilar lainnya yang meliputi diet makanan, olahraga dan meminum obat secara rutin, hal ini disebabkan karena tidak ada kesadaran dari diri sendiri dan kurangnya dukungan dari keluarganya.

Keluarga merupakan orang yang paling dekat yang dapat berperan aktif dalam tercapainya kepatuhan dan keberhasilan pengobatan pada penderita DM. Perawat juga dapat berperan sebagai *care provider* dengan cara melakukan pengkajian untuk mengetahui sumber dari dukungan keluarga dan penghalang yang dapat muncul dalam pemberian dukungan keluarga. Pasien dengan penyakit DM dituntut untuk dapat beradaptasi dengan penyakitnya sehingga dapat mengatur dan menangani perubahan pola hidup yang terjadi pada dirinya sehingga dapat mengubah perilaku dirinya dari perilaku maladaptif ke perilaku adaptif. Proses adaptasi mempunyai dua bagian proses, dimulai dari dalam lingkungan yaitu lingkungan internal dan lingkungan eksternal yang membutuhkan sebuah respon. Salah satu lingkungan eksternal yang dibutuhkan dalam adaptasi yaitu lingkungan keluarga itu sendiri. Hasbi (2012) mengatakan bahwa pendekatan individu dalam menanggulangi penyakit DM lebih diarahkan terhadap pendekatan keluarga karena keluarga adalah pemberi pelayanan kesehatan yang utama bagi individu yang menderita penyakit kronis seperti DM.

Melihat permasalahan yang ada, maka peneliti bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin Pada Penderita DM”. Diharapkan dari penelitian ini, hubungan

keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin dapat terkaji dengan baik sehingga kedepan petugas kesehatan dapat memberikan pemahaman yang tepat.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM di Surabaya

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM di Surabaya

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga kepada penderita DM untuk melakukan kontrol rutin.
2. Mengidentifikasi kepatuhan penderita DM untuk melakukan kontrol rutin.
3. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan penderita DM untuk melakukan kontrol rutin.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi ilmiah dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan komunitas dalam hal hubungan antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan melakukan kontrol rutin penderita DM.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi Dinas Kesehatan

Dapat menjadi bahan informasi dan masukan bagi institusi terkait untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan di bidang keperawatan komunitas

2. Bagi perawat

Dapat melakukan intervensi keperawatan dengan melibatkan keluarga untuk meningkatkan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita diabetes

3. Bagi puskesmas

Dapat memberikan informasi dalam mengembangkan program tetap penatalaksanaan pasien diabetes yang melibatkan keluarga.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep DM

2.1.1 Pengertian DM

DM adalah penyakit metabolic yang disebabkan oleh adanya masalah pada pemproduksi insulin, aksi insulin atau keduanya (Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., & Winkelman, 2016). DM merupakan kondisi kronis dimana terjadi kenaikan kadar glikosa dalam darah dikarenakan tubuh tidak dapat menghasilkan atau memproduksi insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif (*International Diabetes Federation, 2017*).

2.1.2 Klasifikasi DM

International Diabetes Federation (2017), terdapat 3 klasifikasi DM, antara lain :

1. Diabetes tipe 1

Diabetes tipe 1 disebabkan oleh reaksi autoimun dimana sistem kekebalan tubuh menyerang sel β yang menghasilkan insulin di gland pankreas. Sehingga tubuh tidak dapat atau menghasilkan insulin yang sangat sedikit sehingga tubuh kekurangan insulin. Diabetes tipe 1 ini dapat menyerang segala usia tetapi paling banyak terjadi pada anak-anak dan remaja. Orang yang menderita diabetes tipe 1 ini memerlukan suntikan insulin setiap hari agar dapat mempertahankan kadar glukosa dalam kisaran yang tepat

2. Diabetes tipe 2

Diabetes tipe 2 ini merupakan diabetes yang paling umum, ada sekitar 90% dari jumlah seluruh penderita diabetes. Pada diabetes tipe 2 ini, hiperglikemia adalah hasil dari produksi insulin dan ketidakmampuan tubuh untuk merespon sepenuhnya terhadap insulin atau bisa disebut juga resistensi insulin. Diabetes tipe 2 ini sering terjadi pada dewasa tua, namun seiring berjalannya waktu diabetes ini juga banyak terjadi pada anak-anak, remaja dan dewasa muda karena meningkatnya tingkat obesitas, pola makan yang buruk dan jarang melakukan olahraga.

Penyebab diabetes tipe 2 tidak sepenuhnya dipahami namun ada kaitannya kuat dengan kelebihan berat badan (obesitas) dan dengan bertambahnya usia serta riwayat kesehatan keluarga.

3. Hiperglikemia pada kehamilan

Hiperglikemia yang pertama kali terdeteksi selama kehamilan diklasifikasikan sebagai DM gestasional (GDM) atau hiperglikemia pada kehamilan. Wanita dengan kadar glukosa darah sedikit meningkat diklasifikasikan sebagai GDM dan wanita dengan kadar glukosa darah yang meningkat secara substansial diklasifikasikan sebagai wanita dengan hiperglikemia dalam kehamilan. GDM adalah jenis diabetes yang mempengaruhi ibu hamil, biasanya selama trimester kedua dan ketiga kehamilan meskipun bisa terjadi kapan saja selama kehamilan. Pada beberapa wanita diabetes dapat didiagnosa pada trimester pertama kehamilan namun pada beberapa kasus, diabetes kemungkinan ada sebelum kehamilan namun tidak terdiagnosis.

2.1.3 Etiologi DM

Smeltzer (2010), penyebab dari Diabetes mellitus adalah:

1. Diabetes Melitus tergantung insulin

a. Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

b. Faktor imunologi

Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana *antibody* terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

c. Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel β pancreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel β pankreas.

2.1.4 Manifestasi Klinis DM

International Diabetes Federation (2017), manifestasi klinis DM antara lain :

1. Diabetes tipe 1

- a. Sering haus dan mulut terasa kering
- b. Sering buang air kecil
- c. Merasa cepat lelah dan tidak bertenaga
- d. Mudah terasa lapar
- e. Penurunan berat badan secara tiba-tiba
- f. Penglihatan kabur

2. Diabetes tipe 2

- a. Sering haus dan mulut terasa kering
- b. Sering buang air kecil dan banyak
- c. Kurang berenergi dan kelelahan yang berlebihan
- d. Kesemutan atau mati rasa di tangan dan di kaki
- e. Infeksi jamur yang berulang di kulit
- f. Lambatnya penyembuhan luka
- g. Penglihatan yang kabur

2.1.5 Patofisiologi DM

Safitri (2013), patofisiologi dari DM adalah :

a. *Diabetes* tipe I

Diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun.

Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia *postprandial* (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (Glukosuria). Ketika glukosa yang berlebih dieksresikan dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia). Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori.

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

b. Diabetes tipe 2

Diabetes tipe II terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi).

Penyakit *Diabetes* membuat gangguan atau komplikasi melalui kerusakan pada pembuluh darah di seluruh tubuh disebut angiopati diabetik. Penyakit ini berjalan kronis dan terbagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskular) disebut makroangiopati dan pada pembuluh darah halus (mikrovaskular) disebut mikroangiopati. Awalnya proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hiperglikemia yang berefek terhadap saraf perifer, kolagen, keratin dan suplai vaskuler. Dengan adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daerah kaki yang mendapatkan beban terbesar. Neuropati sensoris perifer memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dibawah area kalus. Selanjutnya terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur sampai permukaan kulit menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka abnormal

manghalangi resolusi. Mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi didaerah ini. Drainase yang tidak adekuat menimbulkan *closed space infection*. Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

2.1.6 Pemeriksaan diagnostik

DM didiagnosis dengan menggunakan tes laboratorium dengan mengukur level glukosa darah (Hannon, R. A., Pooler, C., & Porth, 2010). Tes glukosa darah menurut Williams, L. S., & Hopper (2015) antara lain :

a. Glukosa Darah Puasa (GDP) / *Fasting Plasma Glucose Level* (FPG)

ADA mengatakan bahwa glukosa darah yang normal adalah ≤ 100 mg/dl. Pasien didiagnosis DM apabila nilai GDP mencapai 126 mg/dl atau lebih yang diambil dengan minimal puasa selama 8 jam. Jika nilai GDP antara 100-125 mg/dl maka pasien mengalami Glukosa Puasa Terganggu (GPT) / *Impaired Fasting Glucose* (IFG) dan pradiabetes

b. Glukosa Darah Acak (GDA) / *Random Plasma Glucose* (RPG)

GDA disebut juga sebagai Gula Darah Sewaktu (GDS). GDS bertujuan untuk mengetahui kadar glukosa darah penderita diabetes dan ketentuan program terapi medic tanpda ada persiapan yang khusus pada saat makan. DM ditegakkan apabila nila RGP/GDS 200 mg/dl atau lebih dengan gejala DM.

c. Tes Toleransi Glukosa Oral / *Oral Glucose Tolerance Test* (OGTT)

OGTT dilakukan untuk mengkonfirmasi diagnosis DM pada pasien yang memiliki kadar glukosa darah pada batas normal-tinggi atau sedikit meningkat. OGTT mengukur glukosa darah pada interval setelah pasien minum minuman

karbohidrat yang terkonsentrasi. DM ditegakkan apabila level glukosa darah 200 mg/dl setelah 2 jam didiagnosis dengan IFG dan pradiabetes.

d. *Glycohemoglobin Test*

Glycohemoglobin disebut juga sebagai *glycosylated hemoglobin* (HbA_{1C}) atau hemoglobin A1C. HbA_{1C} digunakan sebagai data dasar dan memantau kemajuan kontrol diabetes. Nilai normal HbA_{1C} adalah 4%-6%, dikatakan DM apabila nilai HbA_{1C} adalah 6,5% atau lebih, sementara nilai HbA_{1C} yang nilainya 6% sampai 6,5% beresiko tinggi diabetes (pradiabetes).

Smeltzer (2010) pemeriksaan laboratorium pada DM antara lain :

- a. HbA_{1C} (A1C)
- b. Profil lipid puasa (*Fasting lipid profile*)
- c. Tes mikroalbuminuria (*Test for microalbuminuria*)
- d. Tingkat kreatinin serum (*Serum creatinine level*)
- e. Elektrokardiogram (*Electrocardiogram*)

2.1.7 Komplikasi DM

Hiperglikemia yang terjadi lama kelamaan akan dapat menyebabkan kerusakan berbagai sistem tubuh terutama pada sistem syaraf dan pembuluh darah. Menurut Khan, A. N., Macdonald, S., Turnbull, I., & Chandramohan (2015) menyatakan bahwa masalah yang mengancam kehidupan seorang penderita diabetes yang tidak terkontrol adalah hiperglikemia dengan ketoasidosis atau sindrom hiperglikemia hyperosmolar nonketosis. Ketoasidosis merupakan gangguan metabolik yang paling serius pada DM tipe 1 dan paling sering terjadi pada remaja dan lansia, sedangkan HHNS kebanyakan terjadi pada lansia dengan

DM tipe 2 (Black & Hawks, 2014). Beberapa penyakit lanjutan pada DM secara umum (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014) antara lain :

- a. Meningkatnya resiko penyakit jantung dan stroke
- b. Neuropati atau kerusakan syaraf pada kaki sehingga terjadi ulkus kaki, infeksi, bahkan sampai amputasi kaki
- c. Retinopati diabetikum sebagai penyebab utama kebutaan karena rusaknya pembuluh darah kecil pada retina mata
- d. Penyebab utama penyakit gagal ginjal
- e. Resiko kematian pada penderita DM dua kali lipat dibandingkan dengan yang tidak menderita DM

ADA (2014) juga mengatakan adanya beberapa komplikasi jangka panjang dari diabetes antara lain :

- h. Retinopati dengan potensi penurunan penglihatan
- i. Nefropati yang menyebabkan gagal ginjal
- j. Neuropati perifer dengan resiko ulkus kaki
- k. Neuropati otonom yang menyebabkan terjadinya gastrointestinal, urogenital dan gejala kardiovaskuler serta disfungsi seksual.

2.1.8 Penatalaksanaan DM

1. Diet

Pengaturan makan merupakan pilar utama dalam pengelolaan DM, namun penderita DM sering memperoleh sumber informasi yang kurang tepat yang dapat merugikan penderita tersebut, seperti penderita tidak lagi menikmati makanan kesukaan mereka, sebenarnya anjuran makan pada penderita DM sama dengan

anjurannya makan sehat umumnya yaitu makan menu seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori masing-masing penderita DM (Badawi, 2009).

Pengaturan diet pada penderita Diabetes Melitus merupakan pengobatan yang utama pada penatalaksanaan DM yaitu mencakup pengaturan dalam :

a. Jumlah Makanan

Syarat kebutuhan kalori untuk penderita DM harus sesuai untuk mencapai kadar glukosa normal dan mempertahankan berat badan normal. Komposisi energy adalah 60-70 % dari karbohidrat, 10-15 % dari protein, 20-25 % dari lemak. Makanlah aneka ragam makanan yang mengandung sumber zat tenaga, sumber zat pembangun serta zat pengatur.

b. Jenis Bahan Makanan

Banyak yang beranggapan bahwa penderita DM harus makan makanan khusus, anggapan tersebut tidak selalu benar karena tujuan utamanya adalah menjaga kadar glukosa darah pada batas normal. Untuk itu sangat penting bagi kita terutama penderita DM untuk mengetahui efek dari makanan pada glukosa darah. Jenis makanan yang dianjurkan untuk penderita DM adalah makanan yang kaya serat seperti sayur-mayur dan buah-buahan segar. Yang terpenting adalah jangan terlalu mengurangi jumlah makanan karena akan mengakibatkan kadar gula darah yang sangat rendah (hipoglikemia) dan juga jangan terlalu banyak makan makanan yang memperparah penyakit DM.

Ada beberapa jenis makanan yang dianjurkan dan jenis makanan yang tidak dianjurkan atau dibatasi bagi penderita DM yaitu :

- a) Jenis bahan makanan yang dianjurkan untuk penderita DM adalah:
 - 1) Sumber karbohidrat kompleks seperti nasi, roti, mie, kentang, singkong, ubi dan sagu.
 - 2) Sumber protein rendah lemak seperti ikan, ayam tanpa kulitnya, susu skim, tempe, tahu dan kacang-kacangan.
 - 3) Sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu bentuk makanan yang mudah dicerna. Makanan terutama mudah diolah dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, diembus dan dibakar.
- b) Jenis bahan makanan yang tidak dianjurkan atau dibatasi untuk penderita DM adalah :
 - 1) Mengandung banyak gula sederhana, seperti gula pasir, gula jawa, sirup, jelly, buah-buahan yang diawetkan, susu kental manis, minuman botol ringan, es krim, kue-kue manis, dodol, cake dan tarcis.
 - 2) Mengandung banyak lemak seperti cake, makanan siap saji (fast-food), goreng-gorengan.
 - 3) Mengandung banyak natrium seperti ikan asin, telur asin, dan makanan yang diawetkan (Almatsier, 2007).

c. Interval Makan Penderita DM

Makanan porsi kecil dalam waktu tertentu akan membantu mengontrol kadar gula darah. Makanan porsi besar menyebabkan peningkatan gula darah mendadak dan bila berulang-ulang dalam jangka panjang, keadaan ini dapat menimbulkan

komplikasi DM. Oleh karena itu makanlah sebelum lapar karena makan disaat lapar sering tidak terkendali dan berlebihan. Agar kadar gula darah lebih stabil, perlu pengaturan jadwal makan yang teratur yaitu makan pagi, makan siang, makan malam dan snack diantara makan besar dan dilaksanakan dengan interval 3 jam (Waspadji, 2002).

2. Exercise (Olahraga teratur)

Prinsip olahraga pada penderita diabetes sama saja dengan prinsip olahraga secara umum, yaitu memenuhi hal berikut ini yaitu: frekuensi, intensitas, time (durasi) dan tipe (jenis).

Pada diabetes, olahraga yang dipilih sebaiknya olahraga yang disenangi, dan yang mungkin untuk dilakukan oleh penderita diabetes. Olahraga yang dilakukan hendaknya melibatkan otot-otot besar dan sesuai dengan keinginan agar manfaat olahraga dapat dirasakan secara terus menerus. Olahraga sebaiknya dilakukan secara teratur dan dilakukan pada saat yang dirasa menyenangkan. Pada diabetes melitus tipe 1, olahraga lebih baik dilakukan pada pagi hari, dan hindari berolahraga pada malam hari. Secara ringkas olahraga pada penderita diabetes perlu diperhatikan FITT yaitu :

- a. **Frekuensi** : jumlah olahraga per minggu. Sebaiknya dilakukan secara teratur 3- 5 kali per minggu.
- b. **Intensitas** : ringan dan sedang yaitu 60-70 % dari MHR (Maximum Heart Rate)
- c. **Time (Durasi)**: 30-60 menit
- d. **Tipe (Jenis)** : olahraga endurans (aerobik) untuk meningkatkan kemampuan kardiorespirasi seperti jalan, jogging, berenang dan bersepeda.

3. Edukasi

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM secara holistik. Materi edukasi terdiri dari materi edukasi tingkat awal dan materi edukasi tingkat lanjutan

4. Terapi Farmakologi

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

a. Obat Antihiperqlikemia Oral

Berdasarkan cara kerjanya, obat antihiperqlikemia oral dibagi menjadi 5 golongan:

a) Pemacu Sekresi Insulin (Insulin Secretagogue)

1. Sulfonilurea : Obat golongan ini mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Efek samping utama adalah hipoglikemia dan peningkatan berat badan. Hati-hati menggunakan sulfonilurea pada pasien dengan risiko tinggi hipoglikemia (orang tua, gangguan faal hati, dan ginjal).
2. Glinid : Glinid merupakan obat yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea, dengan penekanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama. Golongan ini terdiri dari 2 macam obat yaitu Repaglinid (derivat asam benzoat) dan Nateglinid (derivat fenilalanin). Obat ini diabsorpsi dengan cepat setelah pemberian secara oral dan diekskresi secara cepat melalui hati. Obat ini dapat

mengatasi hiperglikemia post prandial. Efek samping yang mungkin terjadi adalah hipoglikemia.

b) Peningkat Sensitivitas terhadap Insulin

1. Metformin : Metformin mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis), dan memperbaiki ambilan glukosa di jaringan perifer. Metformin merupakan pilihan pertama pada sebagian besar kasus DM2. Dosis Metformin diturunkan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (GFR 30- 60 ml/menit/1,73 m²). Metformin tidak boleh diberikan pada beberapa keadaan seperti: GFR.
2. Tiazolidindion (TZD) : Tiazolidindion merupakan agonis dari *Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma* (PPAR-gamma), suatu reseptor inti yang terdapat antara lain di sel otot, lemak, dan hati. Golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di jaringan perifer. Tiazolidindion meningkatkan retensi cairan tubuh sehingga dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung (NYHA FC III-IV) karena dapat memperberat edema/retensi cairan. Hati-hati pada gangguan faal hati, dan bila diberikan perlu pemantauan faal hati secara berkala. Obat yang masuk dalam golongan ini adalah Pioglitazone.

c) Penghambat Absorpsi Glukosa di saluran pencernaan:

1. Penghambat Alfa Glukosidase : Obat ini bekerja dengan memperlambat absorpsi glukosa dalam usus halus, sehingga mempunyai efek menurunkan kadar glukosa darah sesudah makan. Penghambat glukosidase alfa tidak digunakan pada keadaan: $GFR \leq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, gangguan faal hati yang berat, *irritable bowel syndrome*. Efek samping yang mungkin terjadi berupa bloating (penumpukan gas dalam usus) sehingga sering menimbulkan flatus. Guna mengurangi efek samping pada awalnya diberikan dengan dosis kecil. Contoh obat golongan ini adalah Acarbose.
2. Penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase IV*) : Obat golongan penghambat DPP-IV menghambat kerja enzim DPP-IV sehingga GLP-1 (*Glucose Like Peptide-1*) tetap dalam konsentrasi yang tinggi dalam bentuk aktif. Aktivitas GLP-1 untuk meningkatkan sekresi insulin dan menekan sekresi glukagon bergantung kadar glukosa darah (*glucose dependent*). Contoh obat golongan ini adalah Sitagliptin dan Linagliptin.
3. Penghambat SGLT-2 (*Sodium Glucose Cotransporter 2*) : Obat golongan penghambat SGLT-2 merupakan obat antidiabetes oral jenis baru yang menghambat penyerapan kembali glukosa di tubuli distal ginjal dengan cara menghambat kinerja transporter glukosa SGLT-2. Obat yang termasuk golongan ini antara lain: Canagliflozin, Empagliflozin, Dapagliflozin, Ipragliflozin.

Dapagliflozin baru saja mendapat approvable letter dari Badan POM RI pada bulan Mei 2015.

b. Obat Antihiperqlikemia Suntik

Termasuk anti hiperqlikemia suntik, yaitu insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi insulin dan agonis GLP-1.

a. Insulin

Insulin diperlukan pada keadaan (García-Pérez, Álvarez, Dilla, Gil-Guillén, & Orozco-Beltrán, 2013):

- a) HbA1c > 9% dengan kondisi dekompensasi metabolik
- b) Penurunan berat badan yang cepat
- c) Hiperqlikemia berat yang disertai ketosis
- d) Krisis Hiperqlikemia
- e) Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal
- f) Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, infark miokard akut, stroke)
- g) Kehamilan dengan DM/Diabetes melitus gestasional yang tidak terkendali dengan perencanaan makan
- h) Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- i) Kontraindikasi dan atau alergi terhadap OHO
- j) Kondisi perioperatif sesuai dengan indikasi

Jenis dan Lama Kerja Insulin Berdasarkan lama kerja, insulin terbagi menjadi 5 jenis, yaitu :

- a) Insulin kerja cepat (*Rapid-acting insulin*)
- b) Insulin kerja pendek (*Short-acting insulin*)
- c) Insulin kerja menengah (*Intermediateacting insulin*)

- d) Insulin kerja panjang (*Long-acting insulin*)
- e) Insulin kerja ultra panjang (*Ultra longacting insulin*)
- f) Insulin campuran tetap, kerja pendek dengan menengah dan kerja cepat dengan menengah (*Premixed insulin*)

Efek samping terapi insulin

- a) Efek samping utama terapi insulin adalah terjadinya hipoglikemia
- b) Penatalaksanaan hipoglikemia dapat dilihat dalam bagian komplikasi akut DM
- c) Efek samping yang lain berupa reaksi alergi terhadap insulin

5. Monitoring

Pada praktek sehari-hari, hasil pengobatan DM harus dipantau secara terencana dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan jasmani, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah:

a. Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah

Tujuan pemeriksaan glukosa darah:

1. Mengetahui apakah sasaran terapi telah tercapai
2. Melakukan penyesuaian dosis obat, bila belum tercapai sasaran terapi

Waktu pelaksanaan pemeriksaan glukosa darah:

1. Pemeriksaan kadar glukosa darah puasa
2. Glukosa 2 jam setelah makan
3. Glukosa darah pada waktu yang lain secara berkala sesuai dengan kebutuhan.

b. Pemeriksaan HbA1C

Tes hemoglobin terglukosilasi, yang disebut juga sebagai glikohemoglobin, atau hemoglobin glikosilasi (disingkat sebagai HbA1C), merupakan cara yang digunakan untuk menilai efek perubahan terapi 8-12 minggu sebelumnya. Untuk melihat hasil terapi dan rencana perubahan terapi, HbA1c diperiksa setiap 3 bulan, atau tiap bulan pada keadaan HbA1c yang sangat tinggi ($> 10\%$). Pada pasien yang telah mencapai sasaran terapi disertai kendali glikemik yang stabil HbA1C diperiksa paling sedikit 2 kali dalam 1 tahun. HbA1C tidak dapat dipergunakan sebagai alat untuk evaluasi pada kondisi tertentu seperti: anemia, hemoglobinopati, riwayat transfusi darah 2-3 bulan terakhir, keadaan lain yang mempengaruhi umur eritrosit dan gangguan fungsi ginjal

c. Pemantauan Glukosa Darah Mandiri (PGDM)

Pemantauan kadar glukosa darah dapat dilakukan dengan menggunakan darah kapiler. Saat ini banyak didapatkan alat pengukur kadar glukosa darah dengan menggunakan reagen kering yang sederhana dan mudah dipakai. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah memakai alat-alat tersebut dapat dipercaya sejauh kalibrasi dilakukan dengan baik dan cara pemeriksaan dilakukan sesuai dengan cara standar yang dianjurkan. Hasil pemantauan dengan cara reagen kering perlu dibandingkan dengan cara konvensional secara berkala. PGDM dianjurkan bagi pasien dengan pengobatan suntik insulin beberapa kali sehari atau pada pengguna obat pemacu sekresi insulin. Waktu pemeriksaan PGDM bervariasi, tergantung pada tujuan pemeriksaan yang pada umumnya terkait dengan terapi yang diberikan. Waktu yang dianjurkan adalah pada saat sebelum makan, 2 jam setelah makan (untuk menilai ekskresi glukosa), menjelang waktu

tidur (untuk menilai risiko hipoglikemia), dan di antara siklus tidur (untuk menilai adanya hipoglikemia nokturnal yang kadang tanpa gejala), atau ketika mengalami gejala seperti hypoglycemic spells.

d. Glycated Albumin (GA)

Berdasarkan rekomendasi yang telah ada, monitor hasil strategi terapi dan perkiraan prognostik diabetes saat ini sangat didasarkan kepada hasil dua riwayat pemeriksaan yaitu glukosa plasma (kapiler) dan HbA1C. Kedua pemeriksaan ini memiliki kekurangan dan keterbatasan. HbA1C mempunyai keterbatasan pada berbagai keadaan yang mempengaruhi umur sel darah merah. Saat ini terdapat cara lain seperti pemeriksaan (GA) yang dapat dipergunakan dalam monitoring.

GA dapat digunakan untuk menilai indeks kontrol glikemik yang tidak dipengaruhi oleh gangguan metabolisme hemoglobin dan masa hidup eritrosit seperti HbA1c. HbA1c merupakan indeks kontrol glikemik jangka panjang (2-3 bulan). Sedangkan proses metabolik albumin terjadi lebih cepat daripada hemoglobin dengan perkiraan 15 – 20 hari sehingga GA merupakan indeks kontrol glikemik jangka pendek. Beberapa gangguan seperti sindrom nefrotik, pengobatan steroid, severe obesitas dan gangguan fungsi tiroid dapat mempengaruhi albumin yang berpotensi mempengaruhi nilai pengukuran GA.

2.2 Konsep Dukungan Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup baik spiritual, material

yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dengan masyarakat serta lingkungannya. Menurut Friedman (2014) keluarga adalah sekumpulan orang yang bersama-sama bersatu dengan melakukan pendekatan emosional dan mengidentifikasi dirinya sebagian dari keluarga.

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

2.2.2 Tipe Keluarga

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

a. Keluarga inti

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

b. Keluarga adopsi

Keluarga adopsi adalah suatu cara untuk membentuk keluarga dengan cara menyerahkan tanggung jawab orang tua kandung kepada orang tua adopsi secara sah dan saling menguntungkan satu sama lain. Keluarga adopsi ini dilakukan karena

berbagai alasan seperti pasangan yang tidak dapat memiliki keturunan tapi ingin menjadi orang tua sehingga mereka mengadopsi anak dari pasangan lain.

c. Keluarga asuh

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

d. Keluarga orang tua tiri

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

2.2.3 Tugas keluarga

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

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

7. Membangkitkan dorongan dan motivasi pada anggota keluarga.

Makhfudli (2009) menyatakan bahwa dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan keluarga, tugas keluarga merupakan faktor utama untuk mengembangkan pelayanan kesehatan masyarakat. Tugas kesehatan keluarga meliputi:

1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan secara tepat.
3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak bisa membantu dirinya sendiri.
4. Memodifikasi lingkungan dan mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat yang terjangkau dan bermanfaat bagi anggota keluarga yang sakit.

2.2.4 Peran dan fungsi keluarga

Makhfudli (2009) dalam bukunya menyebutkan bahwa setiap anggota keluarga memiliki beberapa peran dalam keluarga sebagai berikut:

1. Motivator

Keluarga sebagai penggerak tingkah laku melalui dukungan pada setiap anggota keluarganya ke arah tujuan yang sama. Tujuan tersebut didasari oleh kebutuhan anggota keluarga yang sakit dan sangat membutuhkan dukungan keluarga terutama dari segi emosional.

2. Edukator

Upaya keluarga dalam memberikan pendidikan kepada anggota keluarga yang sakit, sehingga keluarga nantinya akan menjadi sumber yang efektif dalam

meningkatkan derajat kesehatan keluarga dengan berbekal ilmu pengetahuan (informasional) tentang kesehatan.

3. Fasilitator

Sarana yang dibutuhkan anggota keluarga yang sakit untuk memenuhi kebutuhan dalam mencapai keberhasilan pelaksanaan program tersebut. Keluarga diharapkan selalu dapat menyiapkan diri untuk membawa anggota keluarga yang sakit. Penderita DM akan terfasilitasi dengan baik sehingga selalu patuh terhadap pengobatan yang telah ditentukan oleh petugas medis agar tidak terjadi *drop out*. Hal ini merujuk pada dukungan keluarga dari segi instrumental.

Peran keluarga juga dapat dibagi menjadi 2, yaitu:

1) Peran formal keluarga

Peran parental dan perkawinan yang meliputi:

- (1) Peran sebagai *provider* (penyedia);
- (2) Peran sebagai pengatur rumah tangga;
- (3) Peran perawatan dan sosialisasi anak;
- (4) Peran rekreasi;
- (5) Peran persaudaraan (*kindship*);
- (6) Peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif);
- (7) Peran seksual;
- (8) Peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya.

2) Peran informal keluarga

- (1) Pendorong;
- (2) Pengharmonis;
- (3) Inisiator-kontributor;

- (4) Pendamai;
- (5) Pioner keluarga; dan
- (6) Penghibur.

Makhfudli (2009) menjelaskan fungsi keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi afeksi

Fungsi internal keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih serta saling menerima dan mendukung antar anggota keluarga. Fungsi ini bertujuan untuk mengajarkan segala sesuatu dalam mempersiapkan anggota keluarganya berkomunikasi dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi

Fungsi keluarga yang mengembangkan proses perkembangan dan perubahan individu keluarga. Fungsi ini digunakan sebagai tempat anggota keluarga untuk saling berinteraksi dan belajar berperan di lingkungan sosial.

3. Fungsi reproduksi

Bukan hanya mengembangkan keturunan, tetapi juga merupakan tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara menyeluruh, diantaranya kesehatan dan kualitas seksual, serta pendidikan seksual bagi anak. Fungsi ini merupakan fungsi yang bertujuan untuk menjaga kelangsungan keluarga.

4. Fungsi ekonomi

Fungsi keluarga ini mengharapkan keluarga menjadi produktif sehingga mampu menghasilkan nilai tambah dibidang ekonomi dengan memanfaatkan sumber daya keluarga yang ada. Fungsi ini bertujuan untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan keluarga dengan memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan.

5. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Fungsi keluarga ini diharapkan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan primer dalam rangka melindungi dan mencegah terjadinya penyakit yang mungkin dialami keluarga, serta merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

2.2.5 Jenis-jenis Dukungan Keluarga

Friedman (2014), Terdapat tiga dimensi utama dari dukungan keluarga yaitu; dukungan informasional; dukungan instrumental; serta dukungan emosional dan harga diri.

1. Dukungan informasional

Dukungan ini merupakan dukungan yang diberikan keluarga kepada anggota keluarganya melalui penyebaran informasi. Seseorang yang tidak dapat menyelesaikan masalahnya maka dukungan ini diberikan dengan cara memberikan informasi, nasehat dan petunjuk tentang cara penyelesaian masalah. Keluarga sebagai tempat dalam memberi semangat serta pengawasan terhadap kegiatan harian misalnya klien DM yang harus melakukan kontrol rutin sehingga keluarga harus senantiasa mengingatkan klien untuk kontrol.

2. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit. Tujuan dari jenis dukungan ini adalah meringankan beban bagi anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan melalui bantuan fasilitas.

3. Dukungan emosional dan harga diri

Dukungan ini mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian dari orang yang bersangkutan kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Keluarga merupakan tempat yang aman untuk istirahat dan pemulihan dari

penguasaan emosi (Smet Bart, 1999). Keluarga bertindak sebagai pembimbing atau umpan balik serta validator identitas keluarga yang ditunjukkan melalui penghargaan positif misalnya penghargaan untuk klien DM, persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif pada klien DM dengan klien lainnya seperti orang lain dengan kondisi yang lebih buruk darinya. Hal tersebut dapat menambah harga dirinya. Dukungan emosional dan harga diri juga dapat memberikan semangat dalam berperilaku kesehatan, sebagai contohnya adalah dukungan ini dapat diberikan pada klien DM dalam menjalani pengobatan.

2.2.6 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kesehatan

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

1. Aspek Perilaku (*behavioral mediators*)

Dukungan keluarga dapat mempengaruhi perubahan perilaku seseorang.

2. Aspek Psikologis (*psychological mediators*)

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

3. Aspek Fisiologis (*physiological mediators*)

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

2.2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Puspitaningrum (2013), terdapat bukti yang kuat dari hasil penelitiannya bahwa keluarga besar maupun keluarga kecil secara kualitatif dapat menggambarkan pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil dapat menerima lebih banyak perhatian dari keluarganya

dibandingkan dengan anak-anak dari keluarga yang besar. Dukungan dari orangtua terutama ibu juga dipengaruhi oleh faktor usia.

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yang lainnya adalah kelas sosial ekonomi keluarga. Kelas sosial ekonomi keluarga meliputi tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan. Keluarga tingkat kelas menengah lebih mungkin menjalani hubungan yang lebih demokratis dan adil, sementara itu dalam keluarga kelas menengah kebawah hubungannya lebih otoritas dan otokrasi. Orang tua dengan kelas sosial menengah memiliki tingkat dukungan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

2.2.8 Peran keluarga dalam perawatan penderita DM

Peran keluarga dalam perawatan DM sangatlah penting untuk meminimalkan terjadinya komplikasi yang mungkin muncul, memperbaiki kadar gula darah serta meningkatkan kualitas hidup penderita (T. A. Miller & DiMatteo, 2013). Peran keluarga dibagi dalam berbagai aspek yaitu penyuluhan, perencanaan makan, latihan jasmani, terapi farmakologi, monitoring kadar gula darah serta perawatan kaki DM. hal tersebut sangatlah penting sehingga tenaga kesehatan menganjurkan kepala anggota keluarga penderita DM untuk mempertahankan, memotivasi dan meningkatkan perannya dalam perawatan penderita DM (Setyawati, 2006)

2.3 Konsep Kepatuhan

2.3.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang artinya disiplin atau taat. Kepatuhan pasien didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku individu yang sesuai dengan aturan yang diberikan oleh petugas kesehatan (Niven, 2002). Menurut Susan (2002) literatur keperawatan-kesehatan mengemukakan bahwa kepatuhan berbanding lurus dengan tujuan yang akan dicapai pada pengobatan yang telah ditentukan. Kepatuhan terhadap program kesehatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan dapat diukur secara langsung.

2.3.2 Perspektif teoritis dalam kepatuhan pasien

Kepatuhan pasien dalam menjalankan program kesehatan dapat ditinjau dari berbagai perspektif teoritis (Susan, 2002) antara lain :

1. Biomedis, mencakup data demografi pasien, keseriusan penyakit pasien dan kompleksitas program pengobatan yang dijalani pasien.
2. Teori perilaku atau pembelajaran sosial, teori ini menggunakan pendekatan *behavioristic* dalam berbagai hal, diantaranya dalam hal *reward*, petunjuk, kontrak dan dukungan sosial.
3. Umpan balik komunikasi dalam hal mengirim, menerima, memahami, menyimpan dan penerimaan.
4. Teori keyakinan rasional, teori ini menimbang manfaat dari pengobatan dan resiko penyakit menggunakan logika *cost-benefit*.
5. Sistem pengaturan diri, disini pasien dilihat sebagai seorang yang dapat memecahkan masalah yang mengatur perilakunya sendiri berdasarkan persepsi atas penyakitnya, keterampilan kognitif serta pengalaman masa lalu yang

didapat yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk membuat rencana dan mengatasi penyakitnya.

2.3.3 Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketidakpatuhan

Menurut Carpenito (2006) mengemukakan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan seorang individu, antara lain :

1. Pemahaman tentang instruksi

Seseorang akan tidak paham dalam menangkap instruksi jika seseorang tersebut salah persepsi terhadap instruksi yang diberikan kepadanya. Hal ini dapat disebabkan karena kegagalan tenaga profesional kesehatan dalam memberikan informasi, penggunaan istilah medis dan memberikan instruksi yang banyak yang harus diingat oleh pasien.

2. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang, selama pendidikan itu merupakan pendidikan yang aktif dan diperolehnya secara mandiri yang melewati tahapan-tahapan tertentu. Semakin tua umur seseorang maka semakin baik proses perkembangan mentalnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu proses perkembangan mental tidak secepat pada saat berumur belasan tahun, jadi dapat disimpulkan bahwa faktor usia seseorang akan mempengaruhi tingkat pengetahuan mereka dan akan mengalami puncaknya pada umur tertentu dan kemampuan mengingat sesuatu akan menurun seiring dengan bertambahnya usia.

3. Kesakitan dan pengobatan

Tingkat kepatuhan seseorang akan lebih rendah untuk penyakit kronis (dikarenakan tidak ada akibat yang buruk yang segera dirasakan seseorang), saran

mengenai gaya hidup dan kebiasaan lama seseorang, pengobatan yang kompleks, pengobatan yang memiliki efek samping, perilaku yang tidak pantas.

4. Dukungan keluarga

Dukungan sebuah keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan nilai kesehatan seorang individu dan menentukan program pengobatan yang akan dijalani.

5. Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi merupakan kemampuan seseorang untuk memenuhi segala kebutuhan hidupnya tetapi ada saatnya individu yang sudah pension dan sudah tidak bekerja memiliki sumber keuangan yang lain yang dapat digunakan untuk biaya berobat dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah akan mengalami ketidakpatuhan begitupun sebaliknya.

6. Dukungan sosial

Keluarga dan teman dapat membantu seseorang untuk mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu. Dukungan sosial dapat menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan dan seringkali bisa menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan. Dukungan sosial dirasa efektif untuk Negara Indonesia yang memiliki status sosial yang kuat dibandingkan Negara barat.

7. Perilaku Sehat

Perilaku sehat dapat dipengaruhi oleh kebiasaan seseorang, oleh karena itu perlu dikembangkan strategi yang bukan hanya untuk merubah perilaku seseorang tetapi juga yang dapat mempertahankan perubahan tersebut.

8. Dukungan profesi keperawatan (kesehatan)

Dukungan kesehatan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang. Dukungan itu berguna pada saat seseorang menghadapi kenyataan bahwa perilaku yang sehat itu sangat penting. Mereka juga dapat mempengaruhi perilaku seseorang dengan cara memberikan tindakan yang optimal dan professional, dan memberikan pengobatan yang efektif bagi penderita yang telah mampu beradaptasi dengan pengobatannya.

2.4 Kepatuhan Kontrol

2.4.1 Pengertian kepatuhan terhadap pengobatan medis

Kepatuhan terhadap pengobatan medis (kepatuhan kontrol) adalah suatu kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang telah ditentukan oleh tenaga pelayanan kesehatan. Penderita yang patuh berobat adalah yang selalu melakukan pengobatan ke pelayanan kesehatan setidaknya 1 bulan sekali. Penderita dikatakan tidak patuh dalam pengobatan ke pelayanan kesehatan jika tidak melakukan pengobatan selama dua bulan (Permenkes RI, 2016).

2.4.2 Standar pelayanan kesehatan kepada penderita Diabetes mellitus

Setiap penderita Diabetes mellitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah Kabupaten atau Kota mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada seluruh penderita Diabetes mellitus sebagai upaya untuk pencegahan sekunder di wilayah kerjanya.

4 pilar penatalaksanaan yang harus di pelayanan kesehatan untuk penderita Diabetes mellitus (Permenkes RI, 2016) antara lain :

1. Edukasi

Edukasi tentang Diabetes mellitus mengenai tanda dan gejala Diabetes mellitus, faktor yang dapat memperparah Diabetes mellitus, cara penanganan Diabetes yang benar yang menggunakan leaflet.

2. Aktifitas fisik

Aktifitas fisik puskesmas ini diberikan pada kegiatan prolanis yang diadakan pada 1 bulan sekali yaitu tentang senam Diabetes.

3. Terapi nutrisi medis

Terapi nutrisi ini biasanya dijelaskan tentang 3J yaitu Jumlah, Jenis dan Jam. Pasien dijelaskan makanan apa saja yang harus dihindari dan apa saja yang baik untuk di konsumsi.

4. Intervensi farmakologi

Di puskesmas untuk pengambilan obat dilakukan setiap 2 minggu sekali. Obat yang biasanya diberikan antara lain :

Standar pemeriksaan kadar gula darah di pelayanan kesehatan idealnya dilakukan minimal 1 bulan sekali yang meliputi pemeriksaan gula darah puasa, kadar gula darah 2 jam setelah makan dan pemeriksaan HbA1C (Depkes RI, 2008).

2.5 Keaslian penelitian

Keyword : dukungan keluarga, Diabetes mellitus, kepatuhan, kontrol rutin

Tabel 2.1 keaslian penelitian

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien Diabetes Melitus pada Praktek Dokter	D : deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional S : seluruh pasien DM peserta BPJS Kesehatan yang berobat di praktik dokter keluarga di kota	Ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan motivasi dengan kepatuhan berobat pasien diabetes melitus

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	Keluarga di Kota Tomohon; Tombokan & Ch; 2015	Tomohon sebanyak 96 responden V : Variabel bebas ialah Pengetahuan, Pendidikan, Sikap, dan Motivasi sedangkan variabel terikat adalah kepatuhan berobat DM I : kuisioner yang di buat sendiri dengan mengacu pada kerangka teori dan kerangka konsep A : <i>chi-Square</i> dan regresi logistic	di klinik dokter keluarga di Kota Tomohon
2.	Gambaran Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Daerah Istimewa Yogyakarta; Nur Rasdianah, Suwaldi Martodiharjo, Tri M. Andayani, Lukman Hakim; 2016	D : observasional S : 123 pasien diabetes melitus tipe 2 rawat jalan di puskesmas daerah Yogyakarta pada bulan Agustus–September tahun 2015 V : kepatuhan pengobatan I : lembar pengambilan data dan kuesioner <i>Morisky Medication Adherence</i> MMAS-8 A : <i>Chi-Square</i>	Keseluruhan tingkat kepatuhan pasien diabetes melitus tipe 2 berada pada tingkat kepatuhan rendah
3.	Analisis Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Penggunaan Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe 2; Srikartika, Cahya, Suci, Hardiati, & Srikartika; 2015	D : deskriptif analitik S : 48 responden DM tipe 2 rawat jalan V : dependen : kepatuhan penggunaan obat Independen : karakteristik responden, jenis kelamin I : menggunakan kombinasi 8- <i>items Morisky Medication Adherence</i> (MMAS-8) dan <i>Medication Possession Ratio</i> (MPR). A : <i>chi square</i> dan regresi logistik binary	jenis kelamin adalah faktor yang secara signifikan memengaruhi kepatuhan berobat pasien DM tipe2.
4.	Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Prof. Dr. R. D. Kandou Manado; Boyoh, Kaawoan, & Bidjuni; 2015	D : <i>cross sectional</i> S : 58 responden V : dependen : kepatuhan minum obat Independen : pengetahuan I : kuisisioner A : <i>chi-square</i>	ada hubungan pengetahuan dengan kepatuhan minum obat DM tipe 2 di Poli Endokrin RSUP.Prof. Dr. R.D.Kandou Manado

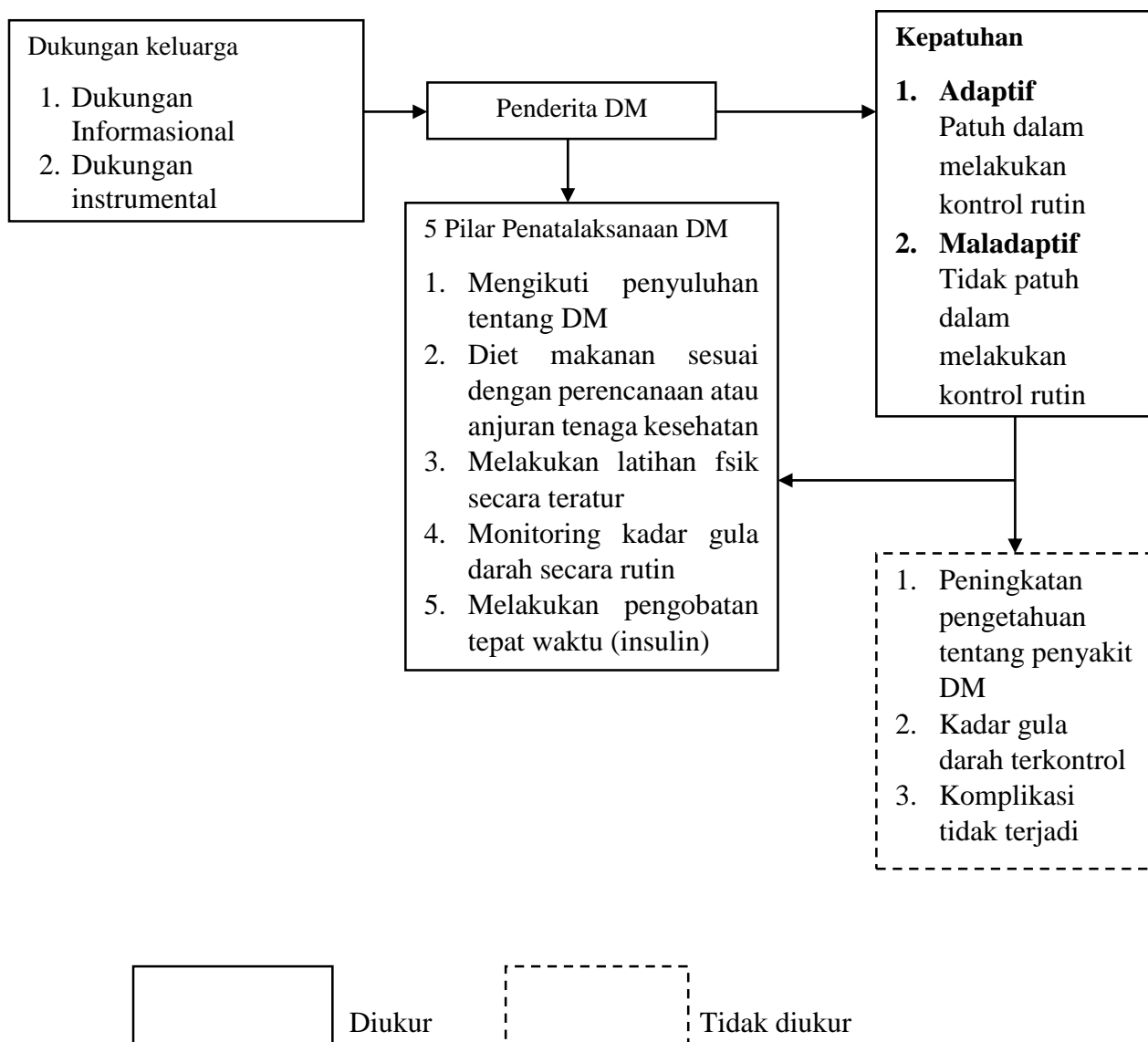
No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
5.	Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus dalam Menjalani Terapi di Rsud Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh; Husnah, Zufry, & Maisura; 2014	D : analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> S : 91 responden V : dependen : kepatuhan menjalani terapi Independen : pengetahuan I : kuesioner dengan wawancara langsung kepada pasien A : uji statistik <i>chi-square</i>	terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan pasien DM dalam menjalani terapi obat, terapi nutrisi medis, dan aktivitas fisik
6.	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Diabetes Melitus di Desa Mancar Kecamatan Peterongan Kabupaten Jombang; Danto Waluyo, Anis Satus S; 2014	D : analitik korelasional dengan rancangan penelitian adalah <i>cross sectional</i> S : 45 orang pasien DM di Desa Mancar Kecamatan Peterongan Kabupaten Jombang V : dependen : kepatuhan minum obat Independen : dukungan keluarga I : kuisisioner A : uji statistik <i>chi square</i>	Ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien DM di Desa Mancar Kecamatan Peterongan Kabupaten Jombang
7.	<i>Impact of Family Environment and Support on Adherence, Metabolic Control, and Quality of Life in Adolescents with Diabetes</i> (Dampak Lingkungan Keluarga dan Dukungan terhadap Kepatuhan, Kontrol Metabolik, dan Kualitas Hidup pada Remaja dengan Diabetes); Pereira, Berg-Cross, Almeida, & Machado; 2008	D : <i>cross-sectional</i> S : 157 pasien diabetes V : dependen : kepatuhan kontrol metabolik dan kualitas hidup Independen : dukungan dan lingkungan keluarga I : kuisisioner A : uji statistik <i>chi-square</i>	kepatuhan diprediksi oleh dukungan keluarga untuk wanita dan pasien kelas bawah sementara kontrol metabolik diprediksi oleh keluarga untuk pasien kelas atas
8.	Dukungan Keluarga Mempengaruhi Kemampuan Adaptasi (Penerapan Model Adaptasi Roy) Pada Pasien Kanker Di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur; R. Khairiyatul Afiyah; 2017	D : <i>cross sectional</i> S : 27 responden V : Variabel independen dukungan keluarga dan variabel dependen kemampuan adaptasi I : kuesioner A : uji <i>Mann Whitney</i>	Dukungan keluarga di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur sebagian besar dukungan baik.

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
9.	Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Dalam Menjalani Pengobatan Di Blud Rsuza Banda Aceh; Nurleli; 2016	D : cross sectional yang bersifat deskriptif analitik S : 97 penderita V : variabel independen dukungan keluarga dan variabel dependen Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Dalam Menjalani Pengobatan I : kuesioner A : koefisien korelasi Pearson dan regresi linear	ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan penderita DM dalam menjalani pengobatan (p value = .000). Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat menunjukkan positif sedang ($r=.527$), artinya semakin tinggi nilai dukungan keluarga semakin tinggi pula nilai kepatuhan penderita DM dalam menjalani pengobatan.
10.	Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Puskesmas Tualang; Utami; 2016	D : analisis korelasi S : 109 penderita V : variabel independen dukungan keluarga dan variabel dependen Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi I : kuesioner A : Uji Daya Beda Diskriminasi Aitem	terdapat hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan berobat penderita hipertensi yang berobat di Puskesmas Tualang. Artinya, semakin banyak dukungan sosial yang diberikan keluarga terhadap anggota keluarganya yang menderita hipertensi maka akan semakin tinggi pula kepatuhan berobat penderita hipertensi.
11.	<i>Family Support</i> Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Bangetayu Semarang, Analisis Rasch Model; Luthfa; 2016	D : deskriptif analitik S : 56 responden V : family Support I : kuesioner A : Model RASCH (Rasch Measurement Model).	Karakteristik responden sebagian besar perempuan berusia 51-60 tahun, pendidikan SD dan sudah menderita DM tipe 2 kurang dari satu tahun. Karakteristik keluarga (caregiver) sebagian besar tipe keluarga nuclear family, caregiver utama adalah suami,

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
12.	Hubungan Antara Kepatuhan Kontrol Dengan Terjadinya Komplikasi Kronis Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Janti Kota Malang; Hamarno et al.; 2016	D : case control dengan pendekatan retropektif S : 30 responden V : variabel independen kepatuhan kontrol dan variabel dependen Terjadinya Komplikasi Kronis Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 I : kuisisioner dan food recall dengan cara wawancara A : uji statistik lambda	dengan pendidikan SMA, dan memiliki status ekonomi dengan penghasilan di bawah UMR. Family support kepada penderita DM tipe 2 sebagian besar rendah, dengan bentuk dukungan yang paling mudah diberikan yaitu berkaitan dengan support emosional (menerima kondisi penyakit DM) dan dukungan yang paling sulit diberikan yaitu berkaitan dengan support informasi. hubungan kepatuhan kontrol dengan tidak terjadinya komplikasi kronis pada penderita DM tipe 2 di Puskesmas Janti Malang, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut a) Kepatuhan kontrol responden DM tipe 2 non komplikasi sebesar 93%, b) Kepatuhan kontrol responden DM tipe 2 dengan komplikasi kronis sebesar 83%, c) Terdapat hubungan antara kepatuhan kontrol dengan tidak terjadinya komplikasi kronis

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin pada Penderita DM.

Penderita DM yang menjalani pengobatan akan mendapatkan terapi farmakologi dan non-farmakologi. Hal yang perlu dipahami lebih lanjut adalah bahwa penderita DM tidak dapat disembuhkan namun kesehatan penderita DM dapat dioptimalkan semaksimal mungkin dengan melakukan kontrol secara rutin ke pelayanan kesehatan. Cara melakukan kontrol yang benar juga dapat dilakukan dengan cara kontrol metabolik yaitu dengan mengusahakan kadar glukosa dalam darah dalam batas normal atau yang mendekati nilai normal tanpa harus menyebabkan hipoglikemia atau hiperglikemia.

Faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam menjalani program salah satunya adalah terlalu kompleksnya prosedur pengobatan dan lamanya menjalani program terapi pengobatan yang membuat mereka jenuh sehingga tidak patuh dalam melakukan pengobatan. Keberhasilan terapi di rumah sakit maupun di rumah akan sia-sia jika tidak didukung oleh peran keluarga. Friedman (2014) dukungan keluarga dibagi menjadi tiga yaitu dukungan informasional, dukungan instrumental serta dukungan emosional dan harga diri.

Dukungan keluarga diharapkan dapat membantu penderita diabetes dalam melakukan penatalaksanaan DM. Monitoring kadar gula darah secara rutin merupakan salah satu penatalaksanaan yang harus dilakukan karena berdampak positif terhadap kesehatan penderita diabetes seperti gula darah lebih dapat terkontrol dan dapat meminimalisir terjadinya komplikasi. Dampak positif yang dapat dirasakan oleh penderita diabetes diharapkan dapat menghasilkan *output* yang adaptif yaitu lebih patuh dalam melakukan kontrol rutin.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1 : Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan suatu cara yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan, misalnya untuk menguji serangkaian hipotesa dengan menggunakan teknik atau alat-alat tertentu. Dalam bab ini akan membahas mengenai: 1) Desain penelitian, 2) Populasi, sampel, dan teknik *sampling*, 3) Variabel penelitian 4) Definisi operasional, 5) Instrumen penelitian, 6) Lokasi dan waktu penelitian, 7) Prosedur pengambilan data, 8) Analisa data, 9) Kerangka Operasional, 10) Etika penelitian.

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelatif antara variabel independen dan variabel dependen dan menguji berdasarkan teori yang telah ada. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan variabel dependen yang dilakukan satu kali dalam satu waktu. Pendekatan *cross sectional* dilakukan untuk mengembangkan dan menjelaskan hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita diabetes.

4.2 Populasi, sampel, besar sampel dan sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian merupakan sekelompok orang, kejadian, atau benda yang dijadikan objek penelitian (Suryani & Hendryadi, 2016). Populasi

adalah semua subjek penelitian yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016). Nursalam (2016) populasi dibagi menjadi dua yaitu, populasi terjangkau dan populasi target. Populasi terjangkau merupakan populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya. Sedangkan populasi target merupakan populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran penelitian.

Populasi target dalam penelitian ini adalah penderita DM yang sedang menjalani pengobatan ke puskesmas di Surabaya. Sedangkan populasi terjangkau pada penelitian ini adalah seluruh penderita DM perempuan yang menjalani pengobatan ke puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir.

4.2.2 Sampel

Nursalam (2016) sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subyek penelitian melalui *sampling*. Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi dua bagian sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien DM yang tinggal serumah dengan keluarga
- 2) Pasien yang memeriksakan diri ke puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir
- 3) Usia 35-55 tahun
- 4) Lama menderita > 1 tahun

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Penderita DM yang mengalami komplikasi yaitu renopati, nefropati, neuropati, penyakit kardiovaskuler.
- 2) Penderita DM yang tidak kooperatif

4.2.3 Sampling dan besar sampel

Sampling merupakan proses untuk menentukan porsi dari populasi yang akan diteliti. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* yaitu bahwa setiap subjek dalam populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel (Nursalam, 2016a). Metode yang digunakan untuk menentukan tempat penelitian adalah *multistage sampling* dengan jenis *randomly selected*, yaitu memilih salah satu puskesmas di setiap wilayah Surabaya dengan DM terbanyak dari 63 puskesmas. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan populasi penderita DM di masing-masing wilayah di Surabaya yang terdiri dari lima wilayah yaitu, Surabaya Barat, Surabaya Pusat, Surabaya Utara, Surabaya Timur, dan Surabaya Selatan. Berikut adalah daftar 63 puskesmas di setiap wilayah di Surabaya.

Tabel 4.1 Pembagian wilayah dan puskesmas di Surabaya

No	Wilayah	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Puskesmas
1.	Surabaya Barat	Sukomanunggal	Tanjungsari	12
			Simomulyo	
			Tandes	
			Manukan Kulon	
			Balongsari	
			Asemrowo	
			Benowo	
Pakal	Benowo			
Lakarsantri	Jeruk			
	Lidah Kulon			

No	Wilayah	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Puskesmas
2.	Surabaya Pusat	Sambikerep	Bangkingan	8
			Lontar	
		Genteng	Made	
			Peneleh	
		Tegalsari	Ketabang	
			Kedungdoro	
		Bubutan	Dr. Soetomo	
			Tembok Dukuh	
Simokerto	Gundih			
	Tambakrejo			
3.	Surabaya Utara	Pabean Cantikan	Simolawang	13
			Perak Timur	
		Semampir	Pegirian	
			Sawah Pulo	
		Krembangan	Sidotopo	
			Wonokusumo	
		Bulak	Krembangan Sel	
			Dupak	
		Kenjeran	Morokrembangan	
			Kenjeran	
		Kenjeran	Tanah Kali Kedinding	
			Sidotopo Wetan	
		Tambak Wedi	Bulak Banteng	
Tambak Wedi				
4.	Surabaya Timur	Tambaksari	Rangkah	14
			Pacar Keling	
			Gading	
		Gubeng	Pucangsewu	
			Mojo	
		Rungkut	Kalirungkut	
			Medokan Ayu	
		Tenggilis	Tenggilis	
			Gunung Anyar	
		Sukolilo	Gunung Anyar	
			Menur	
Mulyorejo	Klampus Ngasem			
	Keputih			
	Mulyorejo			
5.	Surabaya Selatan	Sawahan	Kalijudan	8
			Sawahan	
			Putat Jaya	
			Banyu Urip	
		Wonokromo	Pakis	
			Jagir	
			Wonokromo	

No	Wilayah	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Puskesmas
			Ngagelrejo	16
		Karang Pilang	Kedurus	
		Dukuh Pakis	Dukuh Kupang	
		Wiyung	Wiyung	
			Balas Klumprik	
		Gayungan	Gayungan	
		Wonocolo	Jemursari	
			Sidosermo	
			Siwalankerto	
		Jambangan	Kebonsari	
Total Puskesmas				63

Dalam mewakili populasi di tiap wilayah, peneliti memilih dan mengambil 1 puskesmas yang mempunyai populasi penderita DM tertinggi di setiap wilayah kemudian menentukan responden yang sesuai dengan kriteria. Berikut adalah daftar perwakilan puskesmas wilayah Surabaya yang terpilih dan menjadi tempat penelitian

Tabel 4.2 Daftar puskesmas yang akan dilakukan penelitian

No	Wilayah	Kecamatan	Puskesmas	Populasi	Populasi sesuai kriteria inklusi
1.	Surabaya Barat	Asemrowo	Asemrowo	367	53
2.	Surabaya Pusat	Tegal Sari	Kedungdoro	135	50
3.	Surabaya Utara	Kenjeran	Tanah Kali Kedinding	615	107
4.	Surabaya Timur	Sukolilo	Klampis Ngasem	353	73
5.	Surabaya Selatan	Wonokromo	Jagir	725	87
Total				2195	370

Setelah menentukan puskesmas yang akan dijadikan sebagai tempat penelitian, kemudian menentukan jumlah responden klien DM yang digunakan untuk penelitian. Arikunto (2010) jika peneliti memiliki beberapa ratus subjek dalam populasi, peneliti dapat menentukan kurang lebih 25-30% dari jumlah subjek

tersebut. Jika pengumpulan data peneliti menggunakan angket, disarankan ukuran sampel yang sesuai berkisar antara 100-200 responden (Hair, 2010). Besar sampel penelitian yang digunakan sebagai berikut :

$$\begin{aligned}n &= 25\% \times N \\ &= 92,5 \text{ dibulatkan menjadi } 93\end{aligned}$$

Keterangan :

n = Besar Sampel

N = Besar populasi berdasarkan kriteria inklusi

Dari hasil perhitungan diketahui jumlah sampel minimal berjumlah 93 orang. Peneliti juga melakukan penghitungan untukantisipasi adanya responden yang mengalami *drop out* dari sampel penelitian. Kriteria *drop out* digunakan sebagaiantisipasi apabila ada data yang tidak sesuai dan responden mengundurkan diri dari penelitian. Kriteria *drop out* diambil 10% dari besar sampel yang dihitung. Jumlah 10% dari sampel adalah 9,3 atau dibulatkan menjadi 9 orang, maka jumlah sampel menjadi 102 orang responden

Pengambilan sampel di setiap puskesmas dilakukan dengan teknik *Proportional Random Sampling*. Pengambilan sampel secara proporsi dilakukan dengan mengambil subyek dari setiap strata atau setiap wilayah ditentukan seimbang dengan banyaknya subyek dalam masing-masing wilayah (Arikunto, 2006). Kemudian sampel diambil secara acak sederhana sesuai kriteria.

Pembagian besar sampel untuk masing-masing puskesmas dibagi dengan menggunakan rumus menurut Sugiono (2010).

$$n1 = \frac{n}{N} \times N1$$

Keterangan:

$n1$ = Jumlah sampel tiap puskesmas

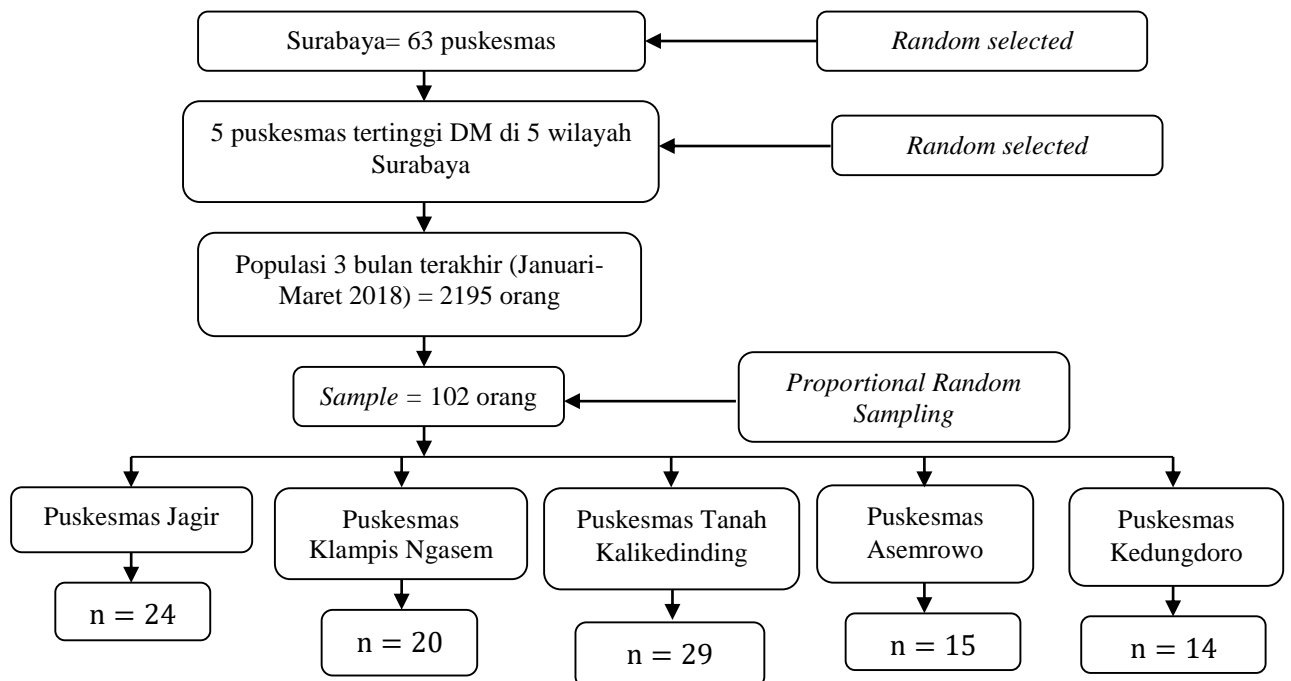
n = Jumlah populasi inklusi penderita DM di setiap puskesmas

N = Jumlah seluruh populasi penderita DM di lima puskesmas

$N1$ = Besar sampel yang ditarik dari populasi

Tabel 4.3 Pembagian sampel tiap puskesmas

No	Wilayah	Kecamatan	Puskesmas	Populasi	Sampel
1.	Surabaya Barat	Asemrowo	Asemrowo	53	15
2.	Surabaya Pusat	Tegal Sari	Kedungdoro	50	14
3.	Surabaya Utara	Kenjeran	Tanah Kali Kedinding	107	29
4.	Surabaya Timur	Sukolilo	Klampis Ngasem	73	20
5.	Surabaya Selatan	Wonokromo	Jagir	87	24
Total				370	102



Gambar 4.1 Strategi pengambilan sampel dan besar sampel

4.3 Variabel penelitian

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya dapat mempengaruhi variabel lain. Stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti memberikan dampak pada variabel dependen. (Nursalam, 2016b). Variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi nilainya oleh variabel lain. Variabel ini akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel lain (Nursalam, 2016b). Variabel dependen pada penelitian ini adalah kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM.

4.4 Definisi operasional

Tabel 4.4 Definisi operasional penelitian hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrument	Skala	Skor
1	Variabel independen Dukungan keluarga	Sistem pendorong atau upaya keluarga dalam memberikan bantuan pada anggota keluarga sehingga klien akan berpikir bahwa orang lain akan selalu siap memberikan pertolongan jika diperlukan klien sesuai tiga aspek dukungan keluarga yang dirasakan oleh klien	Kuesioner dukungan keluarga ini menggunakan pengukuran 3 domain dukungan keluarga yaitu meliputi: 1. Dukungan informasional; 2. Dukungan Instrumental; 3. Dukungan Emosional dan harga diri.	Kuesioner Kurniawan (2016)	Ordinal	Penilaian : Selalu = 4 Sering = 3 Jarang = 2 Tidak pernah = 1 Penilaian derajat dukungan keluarga : Dukungan keluarga baik : 76-100% : 37-48 = 3 Dukungan keluarga sedang : 55-75% : 26-36 = 2 Dukungan keluarga kurang : <55% : 12-25 = 1

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrument	Skala	Skor
2	Variabel dependen Kepatuhan kontrol rutin pada penderita diabetes di Puskesmas	Frekuensi kunjungan penderita diabetes selama 3 bulan terakhir untuk melakukan kontrol rutin yang meliputi pemeriksaan kadar gula darah, melakukan pengambilan obat, merencanakan diet yang akan dilakukan, dan konseling tentang diabetes.	Menerapkan tindakan berupa kunjungan ke Puskesmas untuk melakukan kontrol rutin yang meliputi pemeriksaan kadar gula darah, melakukan pengambilan obat, merencanakan diet yang akan dilakukan, dan konseling tentang diabetes	Data sekunder dari Puskesmas	Nominal	1 = tidak patuh 2 = patuh Skor 2 untuk kedatangan penderita 1 kali sebulan atau lebih selama 3 bulan dengan melakukan pemeriksaan kadar gula darah, pengambilan obat, merencanakan diet yang akan dilakukan, dan konseling tentang diabetes Skor 1 untuk kedatangan penderita 2 kali selama 3 bulan atau sekali dalam 3 bulan

4.5 Instrumen penelitian

Peneliti akan mengumpulkan data formal kepada subyek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis. Variasi jenis instrumen atau alat penelitian yang digunakan untuk mengukur variabel dukungan keluarga adalah kuesioner dan tingkat kepatuhan kontrol rutin adalah data sekunder dari puskesmas.

Kuesioner penelitian ini terdiri dari pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden, meliputi:

1. Data demografi

Kuesioner ini terkait dengan identitas responden berupa data demografi yang terdiri dari nomor responden, tanggal pengisian, nama responden, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan.

2. Kuesioner dukungan keluarga

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner respons sosial yang diadopsi dari kuesioner Nursalam pada tahun 2005 dan dimodifikasi oleh Kurniawan (2016). Kuesioner ini menggunakan pertanyaan tipe multiple choice yaitu memilih jawaban dengan 4 kriteria yaitu mulai dari opsi selalu sampai dengan tidak pernah (Nursalam, 2016b). Kuesioner dukungan keluarga ini memiliki 12 item pertanyaan yang mencakup 3 domain dukungan keluarga. Domain tersebut meliputi domain dukungan informasional, dukungan instrumental, serta dukungan emosional dan harga diri. Skoring dalam kuesioner ini menggunakan empat skala bernilai 1-4. Nilai 1 (tidak pernah), 2 (jarang), 3 (sering) dan 4 (selalu). Total skor tertinggi 48 dan terendah 12

Tabel 4.5 *Blue Print* kuesioner dukungan keluarga

No	Aspek	No. Soal	Jumlah
1.	Dukungan informasional	1,2,3,4	4
2.	Dukungan instrumental	5,6,7,8	4
3.	Dukungan emosional dan harga diri	9,10,11,12	4

Nilai validitas instrument ini adalah 0,4821 dan nilai reabilitasnya adalah 0,950.

3. Kepatuhan melakukan kontrol rutin

Instrumen untuk mengukur kepatuhan menggunakan data sekunder dari Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir berupa daftar kunjungan penderita DM dan kegiatan apa saja yang dilakukan saat melakukan kontrol rutin yang meliputi pemeriksaan kadar gula darah, melakukan pengambilan obat, merencanakan diet yang akan dilakukan, dan konseling tentang diabetes. Skor 2 untuk kedatangan penderita 1 kali sebulan atau lebih secara berurutan selama 3 bulan dengan melakukan pemeriksaan kadar gula darah, pengambilan obat, merencanakan diet yang akan dilakukan, dan konseling tentang diabetes. Skor 1 untuk kedatangan penderita kurang dari satu bulan sekali atau 3 kali dalam 3 bulan namun tidak berurutan.

4.6 Lokasi dan waktu penelitian

4.6.1 Waktu penelitian

Bulan Juni 2018

4.6.2 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir.

4.7 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016b).

1. Tahap administratif

Pada penelitian ini peneliti membuat surat pengantar pengambilan data awal dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang ditujukan kepada Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir.

2. Tahap pencarian dan penentuan responden

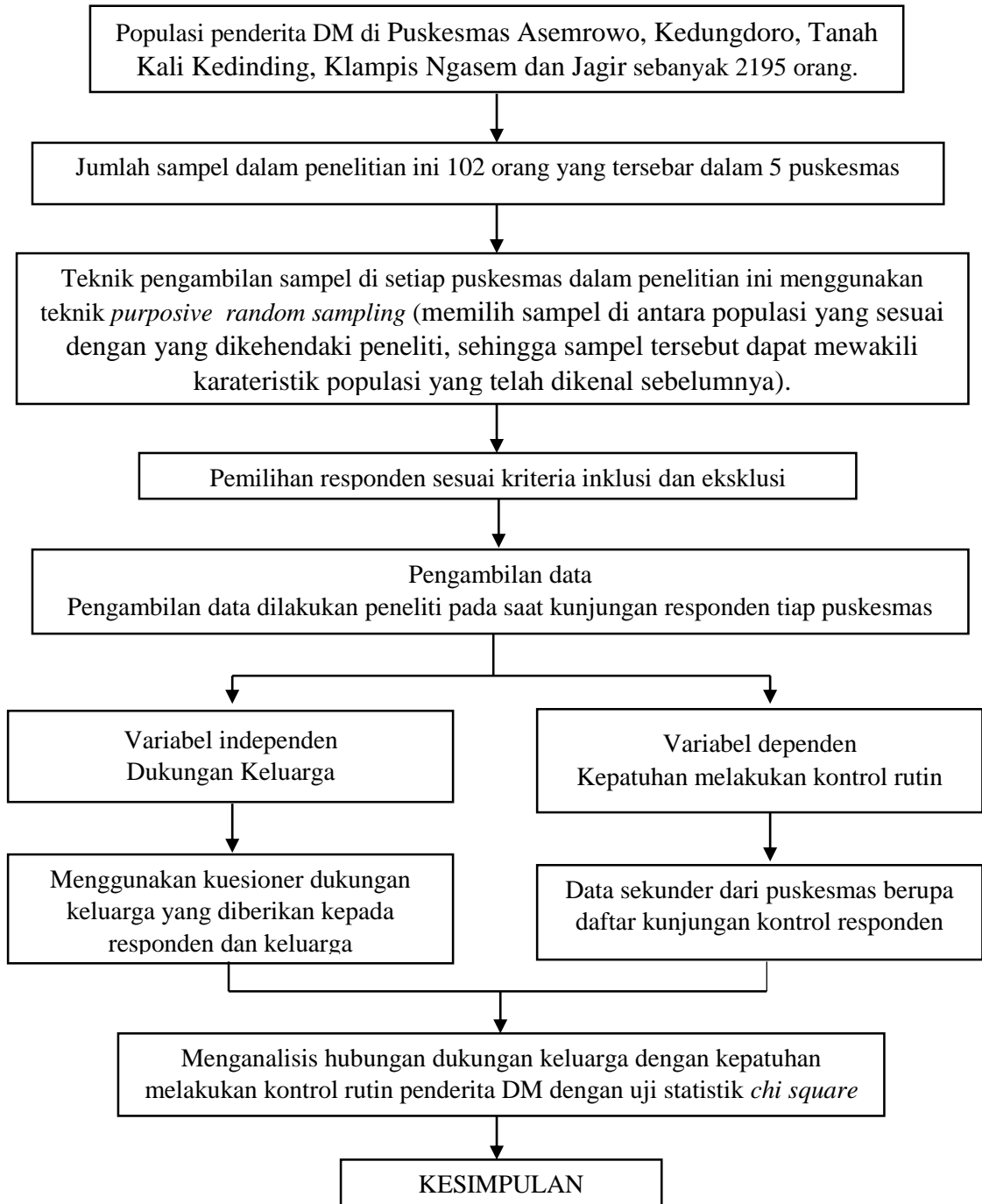
Peneliti melakukan pengambilan data awal pada masing-masing Puskesmas. Peneliti meminta data penderita DM di puskesmas dan berkoordinasi dengan petugas Puskesmas masing-masing. Peneliti mengambil sampel menyesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 102 orang dengan teknik *proporsional random sampling*. Sebanyak 102 orang sampel peneliti tersebar di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir.

3. Tahap *informed consent* dan pengumpulan data

Pengambilan sampel penelitian dilakukan bersamaan dengan jadwal kunjungan penderita DM untuk melakukan kontrol rutin di puskesmas. Jika responden yang melakukan kontrol rutin tidak bersama keluarganya maka peneliti akan datang ke rumah responden untuk meminta ijin kepada keluarga untuk menjadi responden dari penelitian yang akan dilakukan. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan meminta persetujuan dari reponden dengan memberikan surat persetujuan menjadi

subjek penelitian (*informed consent*). Setelah mendapat persetujuan responden, peneliti memberikan kuesioner kepada responden dan keluarga yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti mendampingi responden selama pengisian kuesioner sampai pengisian kuesioner selesai. Peneliti memberikan penjelasan tentang item pertanyaan yang tidak dimengerti responden. Responden yang tidak lancar dalam baca tulis akan dibantu langsung oleh peneliti dengan cara menanyakan langsung sesuai dengan pertanyaan yang ada dalam kuesioner.

4.8 Kerangka operasional



Gambar 4.2 Kerangka operasional hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM.

4.9 Analisis data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian yaitu menjawab pertanyaan penelitian yang mengungkap fenomena (Nursalam, 2016b). Analisis data dilakukan melalui beberapa tahap sebagai berikut :

1. *Editing*

Pengecekan atau pengoreksian suatu data yang telah dikumpulkan bertujuan untuk meminimalisir kesalahan (Hasan, 2006). Jika terdapat kuesioner yang kurang lengkap pengisiannya dapat dikembalikan pada responden untuk dilengkapi dan diserahkan kembali kepada peneliti agar dilakukan pengecekan kembali (Arikunto, 2014).

2. *Coding*

Pemberian kode pada tiap data yang masuk ke dalam satu kategori. Tahap pengkodean ini dapat berupa angka maupun huruf. Pada prinsip pengkodean ini bertujuan untuk dapat memberikan petunjuk pada informasi yang akan di analisis (Hasan, 2006). Pada penelitian ini dapat diberikan kode berupa angka ataupun huruf pada tiap kuesioner yang sudah masuk dan sesuai kategori yang diteliti. Hal ini bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan pengecekan hasil penelitian.

3. Tabulasi data

Tabulasi data adalah melakukan pengelompokan data sesuai dengan item yang ditentukan oleh peneliti (Arikunto, 2014):

- a. Memberikan skor untuk item yang perlu diberi skor sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional

- b. Mengubah jenis data bila diperlukan, disesuaikan atau dimodifikasi sesuai dengan teknik yang akan dilakukan.

4. *Entry*

Proses memasukkan data berupa jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode ke dalam program atau *software* yang ada di dalam komputer (Notoamtmujo, 2010). Selanjutnya data tersebut diolah dan diuji menggunakan uji statistik kolerasi dengan bantuan komputer sistem SPSS dengan uji *chi square* yaitu untuk uji kolerasi variabel ordinal dengan nominal (Widjono, 2011).

5. *Cleaning*

Cleaning tabulasi merupakan tahapan untuk pengecekan kembali setiap data dari responden yang sudah dimasukkan dengan tujuan untuk dapat melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan data yang kemudian dilakukan koreksi kembali (Notoamtmujo, 2010).

Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan software statistik. Penelitian ini menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel (Notoamtmujo, 2010). Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen (dukungan keluarga pada penderita DM) dengan variabel dependen (kepatuhan kontrol ruitn pada penderita DM (Notoamtmujo, 2010).

Pengukuran ini bertujuan untuk mengetahui persentase distribusi antar variabel serta mengetahui hubungan antara variabel dengan skala ordinal dan nominal atau (kategorik dengan kategorik) maka digunakan uji *Chi square* dengan derajat kemaknaan (α) = 5% dengan tingkat kepercayaan 95% digunakan untuk menguji

perbedaan proporsi atau persentase antara beberapa kelompok data dan untuk mengetahui hubungan antara variabel kategorik dengan kategorik (Hastono, 2007). Apabila $p\text{-value} \leq 0.05$ maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, sedangkan apabila $p\text{-value} > \alpha$ yaitu 0,05 maka berarti tidak ada hubungan yang bermakna. Hasil $\alpha > (0,05)$, menandakan bahwa H_1 ditolak. Sebaliknya, bila H_1 diterima berarti $\alpha < (0,05)$ maka ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan klien DM dalam melakukan kontrol rutin. H_1 ditolak berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan klien DM dalam melakukan kontrol rutin.

4.10 Etik penelitian

Penelitian ini dilakukan uji etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor Sertifikat Laik Etik 960-KEPK.

Penelitian ini dilakukan sesuai dengan etika yaitu dengan menyertakan dan memperhatikan beberapa hal sebagai berikut :

4.10.1 Prinsip Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*Respect For Persons*)

Prinsip ini merupakan bentuk penghormatan terhadap martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri dengan tujuan:

- a. Menghormati otonomi dengan syarat bahwa manusia mampu menalar pilihan pribadinya peneliti harus memperlakukan dengan hormat atas kemampuan responden untuk mengambil keputusan mandiri (*self determination*), sehingga peneliti dapat menghormati keputusan responden.

- b. Bagi yang mempunyai ketergantungan (*dependent*) atau rentan (*vulnerable*) peneliti perlu memberikan bantuan untuk pengisian lembar kuesioner.

Bagaimana pun subjek penelitian adalah manusia yang berkorban dengan harapan imbalan berupa manfaat untuk masyarakat.

4.10.2 Prinsip Etik Berbuat Baik (*Beneficence*) dan Tidak Merugikan (*Non Maleficence*)

Beneficence merupakan prinsip untuk meningkatkan kesejahteraan manusia dan untuk tidak mencelakakannya. Menyangkut kewajiban membantu orang lain dengan mengupayakan manfaat maksimal dengan meminimalisir kerugian yang mungkin timbul, dengan syarat:

- 1) Risiko penelitian harus wajar (*reasonable*) dibanding manfaat yang diharapkan.
 - 2) Desain penelitian harus mematuhi persyaratan ilmiah (*scientific sound*)
 - 3) Peneliti mampu melaksanakan penelitian sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subjek penelitian
 - 4) Diikuti prinsip *Do no harm* (tidak merugikan/menyakiti) subjek penelitian.
- Dengan demikian diperlukan upaya perlindungan dari tindakan penyalahgunaan dengan menyelaraskan *beneficence* dan *non-maleficence* (keuntungan selaras dengan risiko yang timbul).

4.10.3 Prinsip Keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan adalah kewajiban memperlakukan manusia dengan baik dan benar, memberikan apa yang menjadi haknya serta tidak membebani dengan yang bukan menjadi kewajibannya.

Peneliti berkewajiban memberikan keadilan distributive (*distributive justice*) yang mensyaratkan pembagian seimbang (*equitable*) dalam hal beban

manfaat yang diperoleh subjek dari keikutsertaannya dalam penelitian, dengan memperhatikan *vulnerable* distribusi usia, gender, status ekonomi, budaya, dan pertimbangan etnik. Peneliti harus adil dalam melindungi subjek yang *vulnerable*/rentan terhadap ketidakmampuan melindungi kepentingan diri sendiri dan kesulitan memberikan *Informed Consent*. Hal yang tersebut disebabkan karena kurangnya kemampuan menentukan pilihan untuk memperoleh pelayanan kesehatan atau keperluan lain yang mahal atau karena kedudukannya yang rendah dalam kelompoknya.

4.10.4 *Informed Consent*

Informed Consent merupakan masalah kunci dalam penelitian yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek penelitian, karena berisi pernyataan kesediaan subjek penelitian untuk diambil datanya dan ikut serta dalam penelitian. Aspek utama *informed consent* adalah *informartion*, *comprehension*, dan *volunterness*.

Dalam *informed consent* harus ada penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan baik mengenai tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang akan diperoleh, risiko yang mungkin terjadi dan adanya pilihan bahwa subjek penelitian dapat menarik diri kapan saja dan tidak ikut melanjutkan penelitian. Pernyataan yang dibuat dalam *informed consent* harus jelas, mudah dipahami sehingga subjek mengetahui jalannya penelitian, dan subjek harus secara sukarela, tanpa paksaan dalam mengisi *informed consent* tersebut.

4.11 Keterbatasan

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yaitu :

1. Banyak responden yang berpendidikan rendah dan tidak dapat membaca kuesioner sehingga peneliti membantu responden untuk membacakan isi pertanyaan dari kuesioner dan dapat menimbulkan salah arti sehingga menyebabkan kemungkinan besar jawaban responden tidak sesuai dengan keadaan aslinya.

BAB 5**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian dan pembahasan meliputi : 1) Gambaran umum lokasi penelitian; 2) Karakteristik demografi responden yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, lama menderita diabetes, jumlah anggota keluarga, pendidikan tertinggi keluarga, biaya pengobatan, penghasilan; 3) data khusus mengenai variabel yang diukur yaitu meliputi dukungan keluarga dan kepatuhan kontrol rutin. Selanjutnya dilakukan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian, dalam mendeskripsikan masing-masing variabel yang akan diteliti, peneliti menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat menggambarkan tipe distribusi frekuensi dan persentase, sedangkan analisis bivariat menggunakan *Chi Square* dan diinterpretasikan dengan memperhatikan nilai koefisien korelasi dan tingkat signifikan serta nilai kemaknaan $\alpha < 0,05$ untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol rutin. Penelitian ini telah dilaksanakan selama 1 bulan pada tanggal 4-29 Juni 2018 di Puskesmas Asemrowo, Kedunggoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya. Data diperoleh melalui pengisian kuesioner yang telah disusun pada 102 responden penelitian di puskesmas Asemrowo, Kedunggoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya.

5.1 Hasil penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya.

A. Puskesmas Asemrowo

Puskesmas asemrowo merupakan pusat kesehatan masyarakat yang berada di tingkat kecamatan, berdiri pada tahun 1987 dengan kondisi bangunan yang masih sederhana. Bertempat di Kecamatan Asemrowo Jl. Asem raya no. 8 Surabaya. Pelayanan unggulan yang ada di puskesmas Asemrowo ini yaitu puskesmas sore dan poli pasukan.

B. Puskesmas Kedungdoro

Puskesmas Kedungdoro Surabaya terletak di Jl. Kaliasin Gang Pompa No. 79-81, Tegalsari, Surabaya. Batas wilayah kerja puskesmas Kedungdoro yakni di sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Genteng, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Gubeng, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Wonokromo dan disebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Sawahan. Pelayanan unggulan yang ada di puskesmas Kedungdoro ini yakni Puskesmas sore dan Posyandu Remaja.

Puskesmas Kedungdoro ini memiliki visi yaitu masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat, sedangkan misinya yaitu 1) Melaksanakan MDGs untuk tercapainya Indonesia sehat; 2) Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, dan berkesinambungan untuk seluruh lapisan masyarakat; 3) Menanamkan kesadaran pada masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat; 4) Mengembangkan potensi SDM dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan; 5)

Mengembangkan potensi yang ada di masyarakat untuk ikut serta mengatasi masalah-masalah yang ada; 6) Meningkatkan kerja sama dengan lintas sektor, swasta, LSM, tokoh masyarakat dan pelayanan kesehatan terkait.

C. Puskesmas Tanah Kalikedinding

Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya terletak di Jl. HM Noer No. 226, Kecamatan Kenjeran, Surabaya, berdiri sejak 1972 dan beroperasi Tahun 1977. Wilayah Kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding terdiri dari 1 kelurahan yakni Kelurahan Tanah Kalikedinding. Wilayah sebelah Utara berbatasan dengan Kelurahan tambak wedi dan Kelurahan Kedung Cowek, sebelah Selatan berbatasan dengan Kelurahan Bulak, sebelah Barat berbatasan dengan Kelurahan Sidotopo Wetan dan sebelah Timur berbatasan dengan Kelurahan Sidotopo.

Puskesmas Tanah Kalikedinding memiliki visi yaitu mewujudkan puskesmas dengan pelayanan prima menuju kecamatan sehat, sedangkan misinya adalah 1) Meningkatkan sistem manajemen mutu pelayanan; 2) Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia; 3) Pengusulan pengadaan dan pemakaian alat secara tepat guna dan sesuai prosedur; 4) Meningkatkan pelayanan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

Sarana dan prasarana di puskesmas ini yaitu Puskesmas Pembantu ada 1 (satu), Posyandu Balita ada 50 (lima puluh), Posyandu Lansia ada 3 (tiga), Pos Kesehatan Kelurahan ada 1 (satu).

D. Puskesmas Klampis Ngasem

Puskesmas Klampis Ngasem yang terletak di Jl. Arief Rahman Hakim No. 99B Kecamatan Sukolilo Kota Surabaya, berdiri sejak 1993. Puskesmas ini hanya menangani pelayanan kesehatan rawat jalan.

Puskesmas Tanah Kalikedinding memiliki visi yaitu terselenggaranya pelayanan kesehatan yang terpadu dan optimal baik bagi kesehatan perorangan maupun bagi kesehatan masyarakat, sedangkan misinya adalah 1) Menggerakkan peran serta masyarakat dan mendorong kemandirian hidup bersih dan sehat bagi keluarga dan masyarakat; 2) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu bagi kesehatan perorangan maupun bagi kesehatan masyarakat; 3) Meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektor guna tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal.

E. Puskesmas Jagir

Puskesmas Jagir Surabaya yang terletak di Jl. Bendul Merisi No. 1, Kelurahan Jagir, Kecamatan Wonokromo, Surabaya 60244, berdiri sejak tahun 1960. Puskesmas Jagir memiliki 3 wilayah penanganan yaitu Kelurahan Jagir, Darmo dan Sawunggaling. Puskesmas ini menangani pelayanan kesehatan meliputi rawat jalan dan rawat inap.

Puskesmas Jagir memiliki visi yaitu Puskesmas dengan pelayanan prima dan profesional untuk mencapai kecamatan sehat, sedangkan misinya meliputi 1) Melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkualitas berdasarkan harapan dan kebutuhan masyarakat; 2) Melaksanakan upaya kesehatan dan program kesehatan secara profesional dan integrated; 3) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas; 4) Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.

Dari kelima puskesmas ini yaitu Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya, kegiatan kontrol rutin dianjurkan untuk kontrol secara rutin selama 1 bulan satu kali dan pengambilan

obat dilakukan 1 bulan 2 kali. Kelima puskesmas tersebut juga mengadakan kegiatan prolanis yang diperuntukkan untuk penderita Diabetes mellitus dan Hipertensi. Penderita Diabetes mellitus melakukan serangkaian kegiatannya yaitu pengecekan GDP dan 2 jam PP. Sebelum datang ke prolanis para penderita Diabetes mellitus ini dianjurkan untuk puasa mulai jam 10 malam untuk paginya dilakukan pengecekan GDP. Kegiatan prolanis ini diadakan 1 bulan sekali pada minggu ketiga.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

Dibawah ini akan dijabarkan tabel data demografi responden mengenai karakteristik demografi 102 responden pada penelitian ini berdasarkan 1) Usia; 2) Jenis Kelamin; 3) Tingkat pendidikan; 4) Pekerjaan; 5) Lama menderita diabetes; 6) Status pernikahan; 7) Jumlah anggota keluarga di rumah; 8) Pendidikan tertinggi keluarga; dan 9) Penghasilan.

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik demografi responden hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin di Puskesmas

No	Karakteristik demografi responden	Kategori	F	%
1	Usia	35-45 tahun (dewasa akhir)	9	8,8%
		46-55 tahun (lansia awal)	93	91,2%
2	Jenis kelamin	Laki-laki	21	20,6%
		Perempuan	81	79,4%
3	Pendidikan	Tidak sekolah	8	7,8%
		Pendidikan Dasar	66	64,7%
		Pendidikan Menengah	26	25,5%
		Pendidikan Tinggi	2	2,0%
4	Pekerjaan	Tidak bekerja	59	57,8%
		Buruh	8	7,8%
		Wiraswasta	25	24,5%
		PNS	2	2,0%

No	Karakteristik demografi responden	Kategori	F	%
		Penjual	8	7,8%
5	Lama menderita Diabetes mellitus	1-5 tahun	65	63,7%
		6-10 tahun	15	14,7%
		>10 tahun	22	21,6%
6	Status pernikahan	Belum Menikah	0	0%
		Menikah	82	80,4%
		Janda atau duda	20	19,6%
7	Jumlah anggota keluarga	1-5 orang	70	68,6%
		>5 orang	32	31,4%
8	Pendidikan tertinggi keluarga	Pendidikan Dasar	17	16,7%
		Pendidikan Menengah	51	50,0%
		Pendidikan Tinggi	34	33,3%
9	Penghasilan keluarga	<3,5 juta	91	89,2%
		≥3,5 juta	11	10,8%

Berdasarkan tabel 5.1 diatas mengenai karakteristik demografi responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 46-55 tahun sebanyak 93 responden (91,2%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 81 responden (79,4%). Berdasarkan data diatas tingkat Pendidikan Dasar lebih banyak dimiliki oleh responden yaitu sebanyak 48 responden (47,1%), sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 66 responden (64,7%). Lama responden menderita diabetes sebagian besar berada pada rentang 1-5 tahun sebanyak 65 responden (63,7%). Sebanyak 82 responden (80,4%) memiliki status pernikahan yaitu menikah. Jumlah keluarga yang tinggal dalam satu rumah terbanyak adalah 1-5 orang sebanyak 70 responden (68,6%), pendidikan tertinggi di keluarga sebagian besar Pendidikan Menengah sebanyak 51 responden (50,0%) dan penghasilan keluarga terbanyak adalah <3,5 juta sebesar 91 reponden (89,2%).

5.1.3 Dukungan keluarga, tingkat kepatuhan kontrol rutin dan hubungan antara dukungan dengan tingkat kepatuhan kontrol rutin

Subbab ini menyajikan tabel distribusi frekuensi mengenai dukungan keluarga, tingkat kepatuhan kontrol rutin, dan pola hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan kontrol rutin.

1. Dukungan keluarga

Dibawah ini akan disajikan tabel data distribusi frekuensi mengenai dukungan keluarga pada pasien Diabetes mellitus di Puskesmas Asemrowo, Puskesmas Kedungdoro, Puskesmas Tanah Kalikedinding, Puskesmas Klampis Ngasem dan Puskesmas Jagir Surabaya.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi dukungan keluarga pada pasien Diabetes mellitus di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya

Variabel Independen	Kriteria	F	%
Dukungan keluarga	Kurang	0	0%
	Sedang	32	31,4%
	Baik	70	68,6%
Total		102	100%

Berdasarkan tabel 5.2 diatas didapatkan bahwa sebagian besar keluarga memberikan dukungan yang baik kepada pasien Diabetes mellitus yaitu sebanyak 70 responden (68,6%).

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi domain dukungan keluarga

Domain dukungan keluarga	Kategori Dukungan keluarga					
	Kurang		Sedang		Baik	
Domain Informasional	0	0%	29	28,4%	73	71,6%
Domain Instrumental	0	0%	15	14,7%	87	85,3%
Domain Emosional dan Harga diri	0	0%	8	7,8%	94	92,2%

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa responden dengan dukungan keluarga sedang sebagian besar menerima dukungan keluarga pada domain informasional, sedangkan rendah pada domain emosional dan harga diri. Sebaliknya, responden dengan dukungan keluarga baik sebagian besar menerima dukungan keluarga pada domain emosional dan harga diri, sedangkan rendah pada domain informasional. Hasil ini dapat menunjukkan bahwa domain Emosional dan Harga diri memiliki peran yang besar dalam dukungan keluarga.

2. Tingkat kepatuhan kontrol rutin

Berikut ini akan disajikan tabel distribusi frekuensi mengenai tingkat kepatuhan kontrol rutin pasien Diabetes mellitus di Puskesmas Asemrowo, Puskesmas Kedungdoro, Puskesmas Tanah Kalikedinding, Puskesmas Klampis Ngasem dan Puskesmas Jagir Surabaya.

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi kepatuhan kontrol rutin pada pasien Diabetes mellitus di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya

Variabel Dependen	Kriteria	F	%
Kepatuhan kontrol rutin	Tidak patuh	25	24,5%
	Patuh	77	75,5%
Total		102	100%

Berdasarkan tabel 5.4 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang patuh melakukan kontrol rutin setiap satu bulan sekali atau lebih sebanyak 77 responden (75,5%).

Tabel 5.5 Frekuensi kunjungan ke puskesmas

Aktivitas	Bulan ke 1	Bulan ke 2	Bulan ke 3
Pemeriksaan kadar gula darah			
Konseling tentang Diabetes mellitus	93 responden	85 responden	92 responden
Perencanaan diet			
Pengambilan obat			

Responden ketika kontrol rutin ke puskesmas melakukan beberapa kegiatan diantaranya cek gula darah, konseling tentang diabetes, perencanaan diet dan

pengambilan obat. Pada bulan pertama sebanyak 93 responden, bulan kedua sebanyak 85 responden, bulan ketiga sebanyak 92 responden. Pemeriksaan gula darah yang dilakukan di Puskesmas antara lain pemeriksaan gula darah puasa dan pemeriksaan kadar gula darah 2 jam PP.

3. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol rutin

Pada bagian ini akan disajikan data dalam bentuk tabel yang menjelaskan mengenai pola hubungan antar variabel penelitian yaitu dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol rutin. Berikut adalah tabel hubungan antar variabel tersebut :

Tabel 5.6 Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya

Dukungan keluarga	Tingkat kepatuhan kontrol rutin				Total	p-value (chi square)
	Tidak patuh		Patuh			
Dukungan keluarga sedang	22	21,6%	10	9,8%	32	31,4%
Dukungan keluarga baik	3	2,9%	67	65,7%	70	68,6%
Total	25	24,5%	77	75,5%	102	100%

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan melakukan kontrol rutin dengan dukungan keluarga baik didapatkan 70 responden (68,6%). Responden yang mendapatkan dukungan keluarga baik dengan tingkat kepatuhan kontrol yang tinggi (patuh) sebanyak 67 responden (65,7%) sedangkan 3 lainnya (2,9%) memiliki tingkat kepatuhan kontrol yang rendah (tidak patuh). Sebaliknya, tingkat kepatuhan kontrol dengan dukungan sedang didapatkan 32 responden (31,4%). Responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang sedang dengan tingkat kepatuhan kontrol yang tinggi (patuh) sebanyak 10 responden (9,8%) dan 22 orang lainnya (21,6%) memiliki tingkat kepatuhan kontrol yang rendah (tidak patuh).

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi Square* melalui SPSS diperoleh derajat signifikan sebesar $p = 0,000$ dengan menetapkan derajat signifikansi $\alpha = \leq 0,05$. Besar *p-value* pada penelitian ini $<0,05$ sehingga dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan melakukan kontrol rutin.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Dukungan keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga yang baik sedangkan beberapa responden tidak mendapat dukungan keluarganya dengan baik.

Hasil penelitian tersebut dapat dijelaskan dalam teori Patt, 1977 (dalam Friedman, 2014) yang menyatakan bahwa keluarga merupakan sistem dasar dimana perilaku kesehatan seseorang dengan perawatan kesehatan sudah diatur, dilakukan serta diamankan oleh keluarga sebagai bentuk perawatan yang secara preventif. Dukungan keluarga merupakan kegiatan mendukung yang diberikan oleh anggota keluarga, sehingga individu yang terkait merasakan bahwa dirinya diperhatikan dan dihargai oleh keluarganya karena mendapatkan bantuan dari orang-orang yang dianggapnya berarti dalam hidupnya (Lubis, Namora & Hasnida, 2009).

Individu yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik akan menjadi lebih optimis untuk menjalani hidupnya dan akan mudah dalam memecahkan masalah yang sedang dihadapinya (Setiadi, 2008). Nurdiana *et al* (2007) mengatakan bahwa keluarga sangat berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang dibutuhkan oleh pasien di rumah sehingga akan menurunkan tingkat kekambuhan.

Dukungan yang paling baik dalam penelitian ini adalah dukungan emosional dan harga diri, sedangkan dukungan keluarga yang kurang berada pada dukungan informasional. Domain emosional dan harga diri berperan penting karena pada dukungan emosional dan harga diri ini mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap pasien Diabetes mellitus dalam hal ini dapat

memotivasi pasien Diabetes mellitus untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Menurut peneliti bahwa hal ini dapat terjadi karena responden tinggal dengan keluarganya sehingga responden dan keluarga memiliki hubungan yang lebih erat dan lebih mendalam antar anggota keluarga sehingga dukungan emosional dan harga diri sangat kuat.

Dukungan keluarga dengan domain yang lain juga sangat berperan penting untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien, seperti domain instrumental. Domain ini mencakup dukungan waktu dan fasilitas kesehatan terkait pengobatan (biaya dan transportasi), peran aktif keluarga dan pembiayaan kesehatan.

5.2.2 Tingkat kepatuhan kontrol rutin

Hasil penelitian pasien DM ke Puskesmas menunjukkan bahwa sebagian besar responden patuh dalam melakukan kontrol rutin ke puskesmas.

Teori perilaku kesehatan Green, 2005 (dalam Notoatmodjo, 2010) kepatuhan merupakan suatu perubahan perilaku individu dari perilaku yang tidak mentaati peraturan menuju perilaku patuh. Keberhasilan program pengobatan salah satunya didukung oleh tingkat kepatuhan individu dalam berpartisipasi dan berkeyakinan bahwa kesehatan seseorang sangat berharga (Becker, 1990 dalam Notoatmodjo, 2010).

Carpenito (2006) mengemukakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan diantaranya tingkat pendidikan, kesakitan dan pengobatan, dukungan keluarga, tingkat ekonomi, dukungan sosial, perilaku sehat, dukungan profesi kesehatan. Sedangkan menurut teori kepatuhan Niven (2002) ada beberapa faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan seperti pemahaman instruksi, kualitas interaksi dan isolasi keluarga.

Dari penelitian yang dilakukan peneliti di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya sebagian pasien Diabetes mellitus patuh untuk melakukan kontrol secara rutin yang meliputi pemeriksaan kadar gula darah, konseling tentang Diabetes mellitus, pengaturan diet dan pengambilan obat. Menurut peneliti sebagian besar responden mengetahui pentingnya melakukan kontrol rutin bagi kesehatan mereka, dengan melakukan kontrol secara rutin ke puskesmas, responden dapat mengetahui kadar gula darah dalam tubuhnya, konsultasi dengan petugas kesehatan tentang makanan apa yang seharusnya dikonsumsi sehingga responden dapat berhati-hati dalam menjaga pola makan, tingkat stresnya agar tidak mengalami hiperglikemia. Namun ada beberapa responden yang tidak melakukan kontrol secara rutin, karena menurut mereka tubuh mereka terasa masih sehat dan mereka cenderung melakukan kontrol hanya pada saat merasa tubuhnya mengalami peningkatan kadar gula darah, mungkin hal ini disebabkan karena kurangnya kesadaran tentang pentingnya melakukan kontrol secara rutin bagi penderita Diabetes mellitus. Hal ini juga didukung dengan sebagian besar responden berpendidikan rendah.

5.2.3 Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol rutin pada pasien Diabetes mellitus

Hasil analisis data dengan uji *Chi Square* diketahui sebagian besar responden dengan dukungan keluarga baik patuh untuk melakukan kontrol rutin. Sedangkan pada responden dengan dukungan keluarga sedang (keluarga kurang mendukung), banyak yang tidak patuh untuk kontrol rutin dan hanya sebagian kecil responden yang dengan dukungan keluarga sedang yang patuh untuk kontrol rutin.

Seperti yang dijelaskan teori Carpenito (2006) bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan diantaranya tingkat pendidikan, kesakitan dan pengobatan, dukungan keluarga, tingkat ekonomi, dukungan sosial, perilaku sehat, dukungan profesi kesehatan. Pada penelitian ini sebagian kecil responden 9,8% (10 responden) walaupun kurang mendapat dukungan dari keluarganya tapi masih rutin melakukan kontrol hal ini mungkin disebabkan karena faktor lain seperti kesadaran untuk berperilaku sehat.

Teori Rock & Dooley (1985) dalam Kuntjoro (2002) menyatakan bahwa keluarga memainkan peranan penting yang bersifat mendukung selama penyembuhan dan pemulihan anggota keluarga, sehingga dapat mencapai derajat kesehatan secara optimal. Dukungan keluarga biasanya diterima individu melalui interaksi sosial dalam kehidupan secara spontan dengan orang-orang yang berada disekitarnya dalam hal ini adalah anggota keluarga. Dalam penelitian ini terdapat beberapa responden dengan dukungan keluarga sedang namun kepatuhan yang baik. Hal ini disebabkan karena motivasi klien yang tinggi untuk bisa sembuh dari penyakitnya, Sebaliknya ada juga responden dengan dukungan keluarga baik namun kepatuhan yang tidak patuh. Hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan akan komplikasi yang dapat terjadi jika tidak patuh dalam melakukan kontrol rutin.

Dari hasil analisa uji *chi square* menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin yang berarti responden rutin 1 bulan sekali kontrol ke Puskesmas. Hal ini dibuktikan dengan nilai $p \text{ value} < \alpha$ sehingga terdapat perbedaan proporsi tingkat kepatuhan kontrol rutin antara dukungan keluarga baik dan dukungan keluarga sedang. Semakin tinggi

dukungan keluarga yang diberikan maka semakin tinggi pula tingkat kepatuhan pasien Diabetes mellitus untuk melakukan kontrol rutin di Puskesmas.

Hasil analisis ini juga didukung dengan hasil penelitian Sumarman dan Krisnawati (2013) yang mengatakan bahwa dukungan keluarga memiliki andil yang sangat besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien melalui perannya. Peran keluarga yang baik juga merupakan motivasi atau dukungan yang ampuh dalam mendorong pasien untuk kontrol secara rutin sesuai aturan tenaga kesehatan. Hasil penelitian ini diperkuat juga dengan penelitian Emmina (2010) yang mengatakan bahwa keluarga memberikan dukungan yang adekuat dan terus-menerus selama klien di rawat baik dukungan informasional, instrumental, serta dukungan emosional dan harga diri. Hal ini karena keluargalah yang berada paling dekat dengan klien.

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden merupakan perempuan yang berusia 45-55 tahun dan rentang lama menderita diabetes yaitu 1-5 tahun, hasil ini sejalan dengan penelitian Luthfa (2016) menunjukkan bahwa sebagian besar penderita DM adalah perempuan yang berusia 51-60 tahun dan sudah menderita DM kurang dari lima tahun. Hal ini mungkin dapat terjadi dikarenakan perempuan lebih peduli terhadap kesehatannya dan seseorang yang menderita sakit belum lama biasanya akan patuh terhadap anjuran-anjuran tenaga kesehatan. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga lulusan SMA dan berpenghasilan rata-rata <3,5 juta. Hal ini juga dapat menopang dukungan keluarga domain instrumental yakni membiayai pengobatan dengan membayarkan BPJS responden dan dapat memberikan sarana pelayanan kesehatan yang terbaik untuk anggota keluarga mereka.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjabarkan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita Diabetes mellitus di Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kalikedinding, Klampis Ngasem dan Jagir Surabaya.

6.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin pada Pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Surabaya” dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Sebagian besar pasien Diabetes mellitus memiliki dukungan keluarga baik.
2. Sebagian besar pasien Diabetes mellitus memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi yaitu dengan melakukan control rutin secara rutin selama 1 bulan sekali atau lebih.
3. Dukungan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita Diabetes mellitus ke Puskesmas. Dukungan keluarga yang baik memiliki prosentase yang baik.

6.2 Saran

1. Fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas)
 - a. Meningkatkan dukungan keluarga dengan cara memberikan edukasi terhadap keluarga tentang pentingnya dukungan keluarga bagi kepatuhan kontrol rutin pada penderita Diabetes mellitus, sehingga dukungan informasional dapat terpenuhi.

- b. Mempertahankan kepatuhan kontrol rutin penderita Diabetes mellitus dengan program kuratif, mengingat penyakit ini merupakan penyakit yang berkelanjutan dan tidak dapat disembuhkan hanya dapat dilakukan kontrol yang baik sehingga penyakit Diabetes mellitus tidak terjadi komplikasi yang lebih parah.
2. Dinas Kesehatan

Diharapkan untuk turut memberikan kebijakan terkait program edukasi diarahkan kepada manfaat dan keyakinan serta bekal pengetahuan dalam mengatasi hambatan bagi penderita Diabetes mellitus untuk meningkatkan kepatuhan melakukan kontrol rutin yang di imbangi dengan dukungan oleh keluarganya.
3. Peneliti selanjutnya
 - a. Melakukan penelitian lebih lanjut tentang kualitas hidup penderita Diabetes mellitus yang melakukan kontrol secara rutin dengan yang tidak melakukan kontrol secara rutin.
 - b. Melakukan penelitian lebih lanjut terkait faktor-faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan kontrol rutin pada penderita Diabetes mellitus, misalnya budaya dan keyakinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggina, L.L., Hamzah, A. & P. (2010). Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Pasien Diabetes dalam Melaksanakan Program Diet d Poli Penyakit Dalam RSUD Cibabat Cimahi. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 1, 1–9.
- Arikunto. (2014). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian: Suatu Pendekatan Praktik. (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Association, A. D. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 581–590. <https://doi.org/10.2337/dc14-S081>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Laporan Nasional 2013*, 1–384. <https://doi.org/10.2337/dc14-S081> Desember 2013
- Boyoh, M. E., Kaawoan, A., & Bidjuni, H. (2015). Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Ejournal Keperawatan*, 3, 1–6.
- Carpenito. (2006). *Diagnosa Keperawatan* (6th ed.). Jakarta: EGC.
- DepKes RI. (2008). *Profil kesehatan Indonesia*. DepKes RI.
- Friedman, L. M. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori & Praktik* (5th ed.). Jakarta: EGC.
- García-Pérez, L.-E., Álvarez, M., Dilla, T., Gil-Guillén, V., & Orozco-Beltrán, D. (2013). Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Therapy*, 4(2), 175–194. <https://doi.org/10.1007/s13300-013-0034-y>
- Green, L. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Hair, J. F., Black. W. C., B. B. J. & A. R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis Seventh Edition*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hamarno, R., Nurdiansyah, M., & Toyibah, A. (2016). Hubungan antara kepatuhan kontrol dengan terjadinya komplikasi kronis pada penderita diabetes melitus tipe 2 di puskesmas janti kota malang, 7(2), 126–134. Retrieved from <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/issue/view>
- Hannon, R. A., Pooler, C., & Porth, C. M. (2010). *Porth Pathophysiology: Concepts of Altered Health States* (1st ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Hasbi, M. (2012). *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus dalam Melakukan Olahraga di Wilayah Kerja Puskesmas Praya Lombok Tengah. tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan UI.
- Husnah, Zufry, H., & Maisura. (2014). Hubungan Pengetahuan Dengan Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Dalam Menjalani Terapi Di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 14(Dm), 62–66.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., & Winkelman, C. (2016). *Medical Surgical Nursing: Patient Centered Collaborative Care* (8th ed.). Missouri: Elsevier.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017. International Diabetes Federation*.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.007>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Infodatin: Situasi dan Analisis Diabetes*. Jakarta: Penerbit.
- Khan, A. N., Macdonald, S., Turnbull, I., & Chandramohan, M. (2015). Imaging in Neuropathic Arthropathy (Charcot Joint).
- Kuntjoro. (2002). Dukungan Sosial: Keluarga. Retrieved from http://www.epsikologi.com/epsi/lanjutusia_detail.asp?id=183
- Luthfa, I. (2016). Family Support Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Bangetayu Semarang , 1–12.
- M. Naim Kurniawan, Tintin Sukartini, L. H. (2016). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kepatuhan Klien Tuberkulosis Paru Dalam Menjalani Pengobatan Di Puskesmas Pegirian Surabaya. *Skripsi*.
- Makhfudli, E. &. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Miller, C. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adults*. (Clinical Faculty Frances Payne Bolton School of Nursing, Ed.). Ohio.
- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421–426.
<https://doi.org/10.2147/DMSO.S36368>
- Niven, N. (2002). *Psikologi Kesehatan edisi kedua*. Jakarta: EGC.
- Notoamtmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Rieka Cipta.
- Nurleli. (2016). Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus Dalam Menjalani Pengobatan Di Blud Rsuza Banda Aceh. *Ideal Nursing Journal*, VII.

- Nursalam. (2016a). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016b). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pereira, M. G., Berg-Cross, L., Almeida, P., & Machado, J. C. (2008). Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*(3), 187–193. <https://doi.org/10.1080/10705500802222436>
- Permenkes RI. (2016). *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Permenkes RI.
- Puspitaningrum, A. (2013). *Hubungan dukungan sosial keluarga terhadap keteraturan latihan fisik (senam) pada regulasi gula darah penderita diabetes mellitus di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya*. skripsi. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Safitri, I. N. (2013). Kepatuhan Penderita Diabetes Melitus Tipe II Ditinjau dari Lokus of Control. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan, 1*(02), 18. Retrieved from <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/jipt/article/download/1583/1686>
- Setiadi. (2008). *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Sharma, T., Kalra, J., Dhasmana, D., & Basera, H. (2014). Poor adherence to treatment: A major challenge in diabetes. *Jiacm, 15*(1), 26–9.
- Smeltzer, S. & B. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Srikartika, V. M., Cahya, A. D., Suci, R., Hardiati, W., & Srikartika, V. M. (2015). Analisis Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Penggunaan Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 the Analysis of the Factors Affecting Medication Adherence in Patients, (2011), 205–212.
- Suryani & Hendryadi. (2016). *Metode Riset Kuantitatif: Teori Dan Aplikasi Pada Penelitian Bidang Manajemen Dan Ekonomi Islam*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Tombakan, V., & Ch, A. J. M. R. (2015). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien Diabetes Melitus pada Praktek Dokter Keluarga di Kota Tomohon Factors Correlated with Diabetes Mellitus Patient Medication Adherence in Family Practice Physicians in Tomohon. *Jikmu, Volume, 5*, 260–269.
- Utami, R. S. (2016). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Puskesmas Tualang. *Psikologi, 12*, 91–98. Retrieved from <http://ejournal.uin-suska.ac.id/index.php/psikologi/article/viewFile/3235/2035>
- Williams, L. S., & Hopper, P. D. (2015). *Understanding Medical Surgical Nursing* (5th ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.

World Health Organization. (2016). Global Report on Diabetes. France: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>.

LAMPIRAN

Lampiran 1 lembar penjelasan penelitian

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin pada Penderita Diabetes di Surabaya

Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan kontrol rutin pada penderita DM

Tujuan Khusus

4. Mengidentifikasi dukungan keluarga kepada penderita DM untuk melakukan kontrol rutin.
5. Mengidentifikasi kepatuhan penderita DM untuk melakukan kontrol rutin.
6. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan penderita DM untuk melakukan kontrol rutin.

Manfaat Penelitian bagi Responden

Dapat memberikan informasi mengenai tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap kontrol rutin penderita DM

Bahaya Potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan karena keterlibatan responden dalam penelitian ini.

Hak untuk Undur Diri

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan berhak mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Jaminan Kerahasiaan Data

Semua data dan informasi mengenai identitas responden dalam penelitian akan dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas responden secara jelas pada laporan penelitian. Penyajian hasil penelitian berupa akumulasi dari semua hasil.

Adanya Insentif untuk Responden

Oleh karena keikutsertaan subyek (responden) sangat membantu dalam penelitian ini, maka ada insentif berupa souvenir

Informasi Tambahan

Nama : Lutvi Choirunnisa'
Telp : 081703952959
Email : lutvichoirunnisa@gmail.com
Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya

Lampiran 2 lembar permohonan menjadi responden**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lutvi Choirunnisa'

NIM : 131411131002

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin pada Penderita Diabetes di Surabaya".

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan, maka dengan ini saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi responden. Semua informasi dan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya untuk kepentingan penelitian. Saya mohon kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab pertanyaan pada kuesioner dengan sejujurnya. Apabila dalam penelitian ini Bapak/Ibu/Saudara merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang akan dilakukan, maka Bapak/Ibu/Saudara dapat mengundurkan diri.

Hormat Saya

(Lutvi Choirunnisa')

Lampiran 3 lembar *informed consent****INFORMED CONSENT*****(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin Pada Penderita Diabetes Mellitus”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

Dan responden penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya,

2018

Peneliti,

Responden,

(Lutvi Choirunnisa’)

(.....)

Saksi,

(.....)

*) Coret salah satu

Lampiran 4 lembar kuesioner data demografi
KUESIONER PENELITIAN
KARAKTERISTIK DEMOGRAFI PENDERITA DIABETES MELLITUS

No. Responden :

Tanggal pengisian :

Petunjuk pengisian jawaban

1. Pilihlah jawaban yang menurut Anda sesuai dengan memberikan tanda cek atau centang (√) pada salah satu jawaban yang telah disediakan.
2. Silahkan bertanya pada peneliti apabila ada pertanyaan yang kurang jelas.

IDENTITAS RESPONDEN

1. Alamat responden :
2. Usia :
3. Jenis kelamin : laki-laki perempuan
4. Pendidikan : SD/ sederajat
 SMP/ sederajat
 SMA/ sederajat
 Perguruan tinggi
 Lain-lain
5. Pekerjaan : Tidak bekerja
 Buruh
 Wiraswasta
 PNS
 Lain-lain
6. Lama menderita DM :
7. Status pernikahan : menikah belum menikah
8. Jumlah anggota keluarga :
9. Pendidikan keluarga tertinggi :
10. Tinggal serumah dengan :

11. Biaya pengobatan/kontrol : BPJS Pemerintah
 BPJS Mandiri
 Mandiri/umum
 Asuransi lain
12. Penghasilan keluarga : <3,5 juta ≥3,5 juta

Lampiran 5 kuesioner dukungan keluarga**KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA**

Jawablah pernyataan-pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda check atau centang (✓) pada jawaban yang anda pilih.

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1.	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat saya				
2.	Keluarga mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, latihan fisik dan makan secara teratur				
3.	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku yang dapat memperburuk penyakit saya				
4.	Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya tentang hal yang tidak jelas mengenai penyakit saya				
5.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas untuk keperluan pengobatan saya				
6.	Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan saat saya sakit				
7.	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan saya				
8.	Keluarga berusaha untuk mencarikan sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan				
9.	Keluarga mendampingi saya dalam perawatan				
10.	Keluarga memberikan perhatian kepada saya ketika saya sakit				

11.	Keluarga tetap mencintai dan memerhatikan keadaan saya saat sedang sakit				
12.	Keluarga memahami dan memaklumi bahwa sakit yang saya alami ini sebagai suatu musibah				

Lampiran 6 form frekuensi kunjungan pasien melakukan kontrol rutin ke puskesmas

Form Frekuensi Kunjungan Pasien Melakukan Kontrol Rutin ke Puskesmas

1. No. responden :
2. Tanggal kunjungan :
3. Aktivitas :

Kegiatan	Bulan ke 1	Bulan ke 2	Bulan ke 3
Pemeriksaan kadar gula darah			
Konseling tentang Diabetes mellitus			
Perencanaan diet			
Pengambilan obat			

Lampiran 7 Surat Pengambilan Data Awal



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 944/UN3.1.13/PPd/2018
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Survey Pengambilan Data Awal**

9 April 2018

Kepada Yth.: Kepala Dinas Kesehatan Kota
Surabaya

Schubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama : Lutvi Choirunnisa
NIM : 131411131002
Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin pada Penderita Diabetes
Pembimbing Ketua : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
Pembimbing : Ika Nur Pratiwi, S.Kep.,Ns., M.Kep


Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.


Dekan
Wakil Dekan I
Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Asemrowo Surabaya
2. Kepala Puskesmas Kedungdoro Surabaya
3. Kepala Puskesmas Gunung Anyar Surabaya
4. Kepala Puskesmas Kenjeran Surabaya
5. Kepala Puskesmas Jemursari Surabaya
6. Kepala Puskesmas Sidosermo Surabaya

Lampiran 8 Sertifikat Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 960-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN MELAKUKAN KONTROL RUTIN PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS”


Peneliti utama : Lutvi Choirunnisa'
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Puskesmas Asemrowo, Kedungdoro, Tanah Kali
Setting of research Kedinding, Klampis Ngasem dan Jagir

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 08 Juni 2018
 Ketua (CHAIRMAN)


Dr. Jeni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 9 Surat Pengambilan Data Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 1538/UN3.1.13/PPd/2018 24 Mei 2018
 Lampiran : 1 (satu) eksemplar
 Perihal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.: Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
 Surabaya

Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Lutvi Choirunnisa'
 NIM : 131411131002
 Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin pada Penderita Diabetes Mellitus di Surabaya

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
 Wakil Dekan I

 Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2. Kepala Puskesmas Asemrowo Surabaya
3. Kepala Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya
4. Kepala Puskesmas Kedungdoro Surabaya
5. Kepala Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya
6. Kepala Puskesmas Jagir Surabaya

Lampiran 10 Surat Perijinan Bakesbangpol



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 28 Mei 2018

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

di -

SURABAYA

Nomor : D70/4378/436.8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Penelitian

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 24 Mei 2018 Nomor : 1538/UN3.1.13/PPd/2018 Perihal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian
- Pit. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Lutvi Choirunnisa
 b. Alamat : Jl. Rungkut Tengah Pertolongan No. 11 Kota Surabaya
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
 e. Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin Pada Penderita Diabetes Mellitus Di Surabaya
 b. Tujuan : Penelitian
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 d. Penanggung Jawab : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
 e. Anggota Peserta : -
 f. Waktu : 2 (Dua) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya
- Dengan persyaratan : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukannya Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .

a.n. Pit. KEPALA BADAN,
 Pit. Sekretaris

Ir. Yusuf Mubandah, M.M.
 Pembina
 NIP 19671224 199412 1 00

Tembusan :
 Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga Surabaya

Lampiran 11 Surat Perijinan Dinas Kesehatan



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 1055 / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat
Nomor : 070/4378/436.8.5/2018
Tanggal : 28 Mei 2018
Hal : Penelitian
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Lutvi Choirunnisa**
NIM : 131411131002
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR
Alamat : Jl. Rungkut Tengah Pertolongan Kota Surabaya
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi
Tema Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Melakukan
Kontrol Rutin pada Penderita Diabetes Mellitus di Surabaya
Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juni Tahun 2018
Daerah / tempat Penelitian : 1. Puskesmas Asemrowo
2. Puskesmas Kedungdoro
3. Puskesmas Tanah Kali Kedinding
4. Puskesmas Kalmpis Ngasem
5. Puskesmas Jagir

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 28 Mei 2018
a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,



Lampiran 12 Uji Statistik Chi Square Kepatuhan dengan Dukungan Keluarga**Crosstabs****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Kepatuhan Kontrol	102	100.0%	0	0.0%	102	100.0%

Dukungan Keluarga * Kepatuhan Kontrol Crosstabulation

		Kepatuhan Kontrol		Total	
		Tidak Patuh	Patuh		
Dukungan Keluarga	Count	22	10	32	
	Expected Count	7.8	24.2	32.0	
	% within Dukungan Keluarga	68.8%	31.3%	100.0%	
	% within Kepatuhan Kontrol	88.0%	13.0%	31.4%	
	% of Total	21.6%	9.8%	31.4%	
	Dukungan Keluarga Baik	Count	3	67	70
		Expected Count	17.2	52.8	70.0
		% within Dukungan Keluarga	4.3%	95.7%	100.0%
		% within Kepatuhan Kontrol	12.0%	87.0%	68.6%
	Total	% of Total	2.9%	65.7%	68.6%
Count		25	77	102	
Expected Count		25.0	77.0	102.0	
% within Dukungan Keluarga		24.5%	75.5%	100.0%	
	% within Kepatuhan Kontrol	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	24.5%	75.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	49.324 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	45.901	1	.000		
Likelihood Ratio	49.086	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	48.840	1	.000		
N of Valid Cases	102				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.84.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.571	.000
N of Valid Cases		102	

Frequencies**Statistics**

		Dukungan Keluarga	Kepatuhan Kontrol
N	Valid	102	102
	Missing	0	0
Mean		2.69	1.75
Median		3.00	2.00
Std. Deviation		.466	.432

Frequency Table**Dukungan Keluarga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dukungan Keluarga Cukup	32	31.4	31.4	31.4
	Dukungan Keluarga Baik	70	68.6	68.6	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Kepatuhan Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Patuh	25	24.5	24.5	24.5
	Patuh	77	75.5	75.5	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Frequencies**Statistics**

		Dukungan Informasional	Dukungan Instrumental	Dukungan Emosional dan Harga Diri
N	Valid	102	102	102
	Missing	0	0	0
Mean		2.72	2.85	2.92
Median		3.00	3.00	3.00
Std. Deviation		.453	.356	.270

Frequency Table**Dukungan Informasional**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dukungan Keluarga Sedang	29	28.4	28.4	28.4
Valid Dukunga Keluarga Baik	73	71.6	71.6	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Dukungan Instrumental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dukungan Keluarga Sedang	15	14.7	14.7	14.7
Valid Dukungan Keluarga Baik	87	85.3	85.3	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Dukungan Emosional dan Harga Diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dukungan Keluarga Sedang	8	7.8	7.8	7.8
Valid Dukungan Keluarga Baik	94	92.2	92.2	100.0
Total	102	100.0	100.0	

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dukungan Keluarga	102	2	3	2.69	.466
Kepatuhan Kontrol	102	1	2	1.75	.432
Valid N (listwise)	102				

Correlations**Correlations**

		Dukungan Keluarga	Kepatuhan Kontrol
Dukungan Keluarga	Pearson Correlation	1	.695**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	102	102
Kepatuhan Kontrol	Pearson Correlation	.695**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	102	102

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 13 Uji Statistik Data Demografi Responden

Frequencies

Statistics

		Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Lama Menderita DM	Status Pernikahan	Jumlah Anggota Keluarga	Pendidikan Tertinggi Keluarga	Penghasilan Keluarga
N	Valid	102	102	102	102	102	102	102	102	102
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35-45 tahun	9	8.8	8.8
	46-55 tahun	93	91.2	100.0
	Total	102	100.0	100.0

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	21	20.6	20.6
	Perempuan	81	79.4	100.0
	Total	102	100.0	100.0

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pendidikan Dasar	66	64.7	64.7
	Pendidikan Menengah	26	25.5	90.2
	Pendidikan Tinggi	2	2.0	92.2
	Tidak Sekolah	8	7.8	100.0
	Total	102	100.0	100.0

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	59	57.8	57.8
	Buruh	8	7.8	65.7
	Wiraswasta	25	24.5	90.2
	PNS	2	2.0	92.2
	Lain-lain	8	7.8	100.0
	Total	102	100.0	100.0

Lama Menderita DM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 tahun	65	63.7	63.7
	6-10 tahun	15	14.7	78.4
	>10 tahun	22	21.6	100.0
	Total	102	100.0	100.0

Status Pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	82	80.4	80.4
	Janda atau Duda	20	19.6	100.0
	Total	102	100.0	100.0

Jumlah Anggota Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 orang	70	68.6	68.6
	>5 orang	32	31.4	100.0
	Total	102	100.0	100.0

Pendidikan Tertinggi Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pendidikan Dasar	17	16.7	16.7
	Pendidikan Menengah	51	50.0	66.7
	Pendidikan Tinggi	34	33.3	100.0
	Total	102	100.0	100.0

Penghasilan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<3,5 juta	91	89.2	89.2
	≥3,5 juta	11	10.8	100.0
	Total	102	100.0	100.0