

# MEMAKSIMALKAN DUKUNGAN KELUARGA GUNA MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PASIEN *DIABETES MELLITUS*

Rina Mirza., M.Psi., Psikolog  
(Praktisi dan Dosen Psikologi)  
[rinamirza.psi@gmail.com](mailto:rinamirza.psi@gmail.com)/ 081263568215

## ABSTRACT

*Diabetes Mellitus (DM) is one of the most common diseases in Indonesia. In addition to the drugs that must be consumed regularly every day, family support is also needed so that the patient with diabetes is maintained quality of life. Family support is not just how families pay attention to the person with DM, but more than that is serve him sincerely and understand more about DM disease itself. This paper is intentionally made so that families who have relatives who suffer DM more understand what DM is and more can provide full support for DM patients themselves so that the quality of life of patients with DM can increase.*

*Keywords: Diabetes Mellitus Patient, quality of life, family support*

## PENDAHULUAN

Seorang ibu menangis dibahu suaminya, meratapi penyakit yang dideritanya kian hari kian menggerogoti tubuh mungilnya. Sang suami hanya bisa menahan tangis, sambil sesekali menghapus air mata sang istri. Disamping mereka, tertidur seorang anak balita yang berbadan gempal dan belum mengerti mengapa ia setiap saat harus ikut orang tuanya ke rumah sakit untuk berobat jalan mengambil obat sebulan penuh buat ibunya. Beberapa tahun yang lalu, orang tua si istri baru saja meninggal akibat sakit DM yang dideritanya. Hal ini membuat hati sang istri semakin gundah gulana. Takut, khawatir, cemas semua bercampur menjadi satu. Ditambah lagi informasi yang ia peroleh bahwa besar kemungkinan anak semata wayangnya juga mengidap DM.

*Namun ia selalu bersyukur, masih ada sang suami yang sangat sedia mendampingi dalam proses pengobatan.*

Ini adalah salah satu ilustrasi kasus yang dirasakan penderita DM. Dimana penyakit DM yang ia alami diturunkan dari ibunya, bahkan tidak menutup kemungkinan akan diturunkannya pula pada anaknya. Hal ini dikarenakan penyakit DM merupakan salah satu penyakit turunan dan perasaan cemas akan sakit yang dideritanya, cukup membebani pikirannya. Beruntung ia memiliki suami yang senantiasa mendampingi, selain itu penyakit DM merupakan salah satu penyakit terbanyak jumlah penderitanya.

Angka kejadian *Diabetes Mellitus* (DM) di dunia dari tahun ke tahun terus meningkat, data terakhir dari *World Health Organization* (WHO) menunjukkan pada

tahun 2000 sebanyak 150 juta penduduk dunia menderita DM dan angka ini akan menjadi dua kali lipat pada tahun 2025. Peningkatan angka penderita penyakit ini akan terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia karena pertumbuhan populasi, penuaan, diet yang tidak sehat, obesitas dan kurangnya aktivitas fisik (WHO, 2014). Di Indonesia sendiri, yang terbanyak adalah DM tipe 2 yakni 90% dari seluruh populasi diabetes yang ada. Adapun prevalensi pada orang dewasa berjumlah 2.5% untuk pria dan 5.9% untuk wanita. Prevalensi tertinggi terjadi pada kelompok wanita berusia 41-55 tahun (Wahdah, 2011).

Menurut Sudoyo, dkk (2006), *diabetes mellitus* (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-keduanya. Hiperglikemia kronik pada diabetes berhubungan dengan jangka panjang, disfungsi atau kegagalan organ tubuh, terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah. Ernawati (2013) menyebutkan bahwa DM yang tidak terkontrol dan tidak diobati dengan benar akan menjadi kronis dan berakibat pada munculnya komplikasi, diantaranya penyakit kardiovaskuler, gagal ginjal, gangguan penglihatan dan sistem syaraf. Komplikasi tersebut dapat mengakibatkan

berkurangnya harapan hidup penderita, kelumpuhan dan meningkatkan beban ekonomi bagi penderita beserta keluarga. komplikasi tersebut dapat mengakibatkan kurangnya usia harapan hidup penderita, kelumpuhan dan meningkatkan beban ekonomi bagi penderita beserta keluarganya.

Lebih jauh, Barnes (2009) menjelaskan bahwa komplikasi yang dialami penderita DM dapat berupa komplikasi fisik (seperti kerusakan mata, kerusakan ginjal, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, dan stroke), lalu komplikasi psikologis (berupa kecemasan, hal ini bisa terjadi dikarenakan *long life diseases* maupun komplikasi yang ditimbulkan dari DM itu sendiri), selanjutnya komplikasi sosial (biasanya berkaitan dengan pembatasan diet ketat dan keterbatasan aktivitas karena komplikasi yang muncul) serta komplikasi ekonomi (biasanya berkaitan dengan biaya perawatan penyakit yang membutuhkan waktu yang lama dan rutin sehingga menjadi beban bagi pasien maupun keluarganya).

Komplikasi tersebut dapat terjadi sepanjang hidup penderita DM sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup si penderita DM itu sendiri. WHO (2012) menyebutkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dan konteks budaya serta sistem nilai dimana mereka hidup dan

dalam hubungannya dengan tujuan hidup individu, harapan, standart, perhatian serta fokus hidupnya. Hidup dengan DM dapat berpengaruh negatif terhadap kualitas hidup penderita baik dengan atau tanpa komplikasi.

Untuk meningkatkan kualitas hidup pasien DM, maka dibutuhkan bantuan dari orang lain. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien DM adalah dukungan keluarga. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Green dan Kreuter (1999), bahwa salah satu faktor penguat (*reinforcing factors*) yang menentukan perilaku kesehatan seseorang adalah dukungan keluarga. Menurut Ali (2009), dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain (orangtua, anak, suami, istri atau saudara) yang dekat dengan penderita, dimana bentuk dukungan dapat berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai.

Beberapa peneliti telah melakukan penelitian terkait dukungan keluarga dan kualitas hidup pada penderita DM ini. Retnowati dan Satyabakti (2015) salah satunya yang melakukan sebuah penelitian terhadap 45 responden di Puskesmas Tanah Kalikedinding. Hasil menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan signifikan

dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Tamara, dkk (2014) terhadap 46 penderita DM tipe 2 di RSUD Arifin Achmad Prop.Riau. Hasil menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada beberapa penderita DM, sebagian besar keluarga sudah memberikan dukungan kepada mereka terhadap penyakit DM yang mereka alami. Namun tidak sedikit pula dari mereka yang kurang mendapatkan dukungan dikarenakan keluarga kurang mengerti akan penyakit DM yang mereka alami. Terutama terkait, pola makan, pemberian obat dan kebutuhan lainnya yang juga dibutuhkan oleh penderita DM agar kondisi DM nya dapat terkontrol.

Terkait hal ini, Yudianto, dkk (dalam Retnowati dan Satyabakti, 2015) menegaskan bahwa ada beberapa aspek dari diabetes mellitus yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM diantaranya, selama hidup diharuskan menjalani terapi farmakologis, pembatasan dan pengaturan diet serta monitoring gula darah, kekhawatiran apabila muncul gejala hipoglikemi maupun hiperglikemi, ketakutan mengalami komplikasi DM dan timbulnya disfungsi seksual. Hal ini perlu diketahui pasien dan keluarga pasien agar kualitas hidup pasien DM tetap terjaga.

Berkaitan dengan hal ini, penulis mencoba membuat tulisan yang berjudul "Memaksimalkan Dukungan Keluarga Guna Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus". Adapun manfaat dari tulisan ini untuk memberi pemahaman pada masyarakat pada umumnya dan keluarga yang memiliki riwayat DM agar lebih memahami hal-hal yang berkaitan dengan DM serta lebih memahami saat mendampingi pasien diabetes mellitus, baik bagi keluarga sebagai orang terdekat dengan pasien.

## **LANDASAN TEORI**

### **II.A. Dukungan Keluarga**

#### **II.A.1. Pengertian dukungan keluarga**

Istilah dukungan keluarga, terdiri dari dua kata yakni dukungan dan keluarga. Dalam kamus psikologi, Chaplin (2001) mendefinisikan dukungan/ *support* adalah mengadakan atau menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Lebih lanjut dijelaskan bahwa memberikan dorongan atau pengobaran semangat dan nasihat kepada orang lain dalam satu situasi pembuat keputusan. Sementara itu, defenisi keluarga/ *family* menurut Chaplin (2001) adalah satu kelompok individu yang terkait oleh ikatan perkawinan/ darah, secara khusus mencakup seorang ayah, ibu dan anak. Lebih luas lagi ia menyebutkan bahwa keluarga juga dapat dikatakan sebagai satu kelompok pribadi yang hidup

bersama-sama dalam satu rumah tangga. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah memberikan dorongan/ semangat/ nasihat/ pengobaran semangat dalam satu situasi pembuatan keputusan oleh satu kelompok individu yang terikat perkawinan atau darah secara khusus, mencakup seorang ayah, ibu, dan anak.

Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan bantuan jika diperlukan. Senada dengan hal tersebut, Ali (2009) menyebutkan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain (orangtua, anak, suami, istri atau saudara) yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai.

Menurut Setiadi (2008), dukungan keluarga merupakan penerimaan keluarga terhadap anggotanya yang diwujudkan dalam sikap dan tindakan. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang

tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa keluarga adalah orang yang paling dekat dengan sikap saling mendukung serta selalu siap memberikan pertolongan jika diperlukan. Dukungan keluarga mempunyai dampak terhadap kesehatan fisik dan mental pada setiap anggotanya. Dukungan keluarga yang kurang berhubungan dengan peningkatan angka kesakitan dan kematian.

Cobb dan Jones (dalam Niven, 2012) menambahkan bahwa dukungan dari sanak keluarga dan teman merupakan bagian dari dukungan sosial yang tidak dapat dipisahkan. Lebih lanjut diutarakannya bahwa dukungan sosial itu sendiri dapat diukur dengan tiga elemen yakni perilaku suportif aktual; dari teman dan sanak keluarga, sifat kerangka sosial (apakah kelompok jaringan tertutup dari individu atau lebih menyebar) serta bagaimana cara seorang individu merasakan dukungan yang diberikan oleh teman dan sanak keluarganya.

Berdasarkan beberapa pendapat para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya.

### **II.A.2. Jenis dukungan keluarga**

Menurut Cohen dan McKay (dalam Niven, 2012), ada tiga jenis dukungan, diantaranya adalah:

#### 1. Dukungan nyata.

Bukan hanya berupa uang atau perhatian, dukungan nyata akan efektif bila dihargai penerima dengan tepat. Sebaliknya, jika dukungan nyata dirasakan tidak tepat dan individu merasa berhutang uang maupun perhatian, maka akan semakin menambah stress individu itu sendiri.

#### 2. Dukungan pengharapan.

Dalam hal ini, individu akan dibantu diarahkan kepada orang-orang yang telah mengalami situasi yang sama untuk mendapatkan nasihat dan bantuan. Dukungan pengharapan akan berhasil, jika individu secara social dapat menerima apa yang disampaikan. Biasanya dukungan pengharapan berasal dari orang lain yang mengalami hal sama dengan yang dirasakan oleh individu tersebut.

#### 3. Dukungan emosional.

Jika stress dapat mengurangi perasaan seseorang akan hal dimiliki dan dicintai, maka dukungan emosional ini dapat menggantikannya atau menguatkan perasaan ini. Stress yang tidak terkontrol dapat berakibat pada hilangnya harga diri. Jika hal ini terjadi, orang lain memainkan peran yang berarti dalam meningkatkan pendapat

yang rendah terhadap diri sendiri. Kejadian yang berakibat seseorang merasakan hilang perasaan memiliki dapat diperbaiki dengan bentuk dukungan yang mengembangkan hubungan personal yang relatif lebih intim.

Sementara itu, Sarafino (2011) menyebutkan bahwa dukungan sosial keluarga dapat dibedakan menjadi 5 jenis, yaitu:

1. Dukungan emosional (*emotional support*).

Melibatkan ungkapan rasa empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu itu merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian dan afeksi serta bersedia mendengarkan keluh kesah orang lain.

2. Dukungan penghargaan (*esteem support*).

Melibatkan ekspresi yang berupa pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain. Dukungan ini akan membantu membangun perasaan menghargai terhadap diri sendiri pada individu dan menghargai kompetensinya.

3. Dukungan instrumental (*instrumental support*).

Melibatkan bantuan langsung, misalnya yang berupa bantuan finansial atau

bantuan dalam mengerjakan tugas-tugas tertentu.

4. Dukungan informasi (*informational support*).

Dukungan yang bersifat informasi ini dapat berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan.

5. Dukungan jaringan (*network support*). Menyediakan suatu perasaan keanggotaan dalam sebuah kelompok orang-orang yang berbagai kepentingan dan aktivitas sosial.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa jenis dukungan keluarga terdiri atas dukungan nyata, dukungan pengharapan, dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informasi dan dukungan jaringan

## II.B. Kualitas Hidup

### II.B.1. Pengertian kualitas hidup

Menurut Taylor (2009), kualitas hidup adalah tingkat dimana individu dapat memaksimalkan keberfungsian fisik, psikis, vokasi dan kehidupan sosial. Felce dan Perry (dalam Rapley, 2003) mendefinisikan kualitas hidup sebagai suatu fenomena psikologis, yaitu kualitas hidup merupakan kesejahteraan umum secara menyeluruh yang mana termasuk penguraian objektif dan evaluasi subjektif menyangkut kesejahteraan fisik, materi,

sosial, dan emosional bersama dengan perluasan perkembangan personal dan aktivitas bertujuan yang ditekankan pada seperangkat nilai-nilai personal.

Cohen dan Lazarus (dalam Sarafino, 2011) menyebutkan bahwa kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan individu yang dapat dilihat dari kehidupan individu yang dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadi, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. Adam (dalam Nursalam, 2013) menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan tersebut berada.

Menurut O'Connor (1993), kualitas hidup adalah pandangan subjektif dari suatu individu dalam mempersepsi posisi kehidupannya saat ini, individu melihat seberapa jauh perbedaan antara kondisi kehidupannya saat ini dengan kondisi kehidupan yang diinginkan individu. Jadi, individu menilai kondisi kehidupannya saat ini dengan melihat jarak antara posisi kehidupannya saat ini dengan kondisi yang ia inginkan. Inoguchi dan Fuji (dalam Tonon, 2015) menyebutkan bahwa kualitas

hidup merupakan persepsi setiap individu terhadap tempat tinggal, konteks budaya dan sistem nilai yang sesuai dengannya, berkaitan dengan harapan, minat dan persepsi.

Terkait dengan penyakit diabetes mellitus sendiri, WHO (2012) menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisinya dalam konteks budaya dan sistem nilai pada tempat individu tersebut hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standard dan fokus hidupnya. Lebih lanjut dijelaskan bahwa kualitas hidup pada penderita DM dapat diartikan sebagai perasaan penderita terhadap kehidupannya secara umum dan kehidupan bersama diabetes.

Berdasarkan beberapa pendapat para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kualitas hidup adalah kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara fisik maupun psikis terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan tersebut berada, terutama terkait penyakit DM yang dideritanya.

### **II.B.2. Dimensi kualitas hidup**

Menurut Tonon (2016), ada tujuh belas domain terkait dimensi dari kualitas hidup, diantaranya:

1. Pendidikan. Dengan pendidikan dapat meningkatkan kualitas hidup dan kemampuan manusia dengan menyediakan sumber dukungan sosial dan merupakan ruangan untuk pembangunan kewarganegaraan.
2. Kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu komponen vital kualitas hidup dan mengenai kesetaraan kesehatan.
3. Ketenagakerjaan. Hubungan individu dengan pekerjaan mereka menjadi penting, karena tenaga kerja menganggap bahwa tenaga kerja sebagai dukungan istimewa untuk dimasukkan dalam struktur sosial, bukan hanya sebagai hubungan teknis dengan produksi
4. Keamanan pribadi. Keamanan telah mengalami perubahan yang berbeda mengenai tujuannya, telah terjadi pengalihan keamanan negara terhadap keamanan individu dan keamanan negara ke sistem internasional.
5. Tempat tinggal. Terkait dengan tempat tinggal, komite hak ekonomi, sosial dan budaya, Organisme untuk PBB yang bertugas mengawasi kepatuhan negara terhadap hak hunian.
6. Keyakinan spiritual/ religius. Spiritual/ religius memiliki inti konsisten yang terdiri dari pemikiran, pengalaman, perasaan, dan perilaku yang berasal dari pencarian sesuatu yang sakral, dipahami sebagai realitas atau kebenaran tertinggi, tergantung pada persepsi individu.
7. Keanekaragaman budaya. Keanekaragaman budaya terlahir dalam hubungan antara budaya dan identitas, budaya dipahami sebagai dimensi, simbol, ekspresif dari praktis sosial
8. Partisipasi dalam kegiatan budaya. Partisipasi merupakan sesuatu yang dapat dipandang sebagai partisipasi keseluruhan dan budaya sangat terkait erat dengan kewarganegaraan.
9. Gender. Gender adalah seperangkat keyakinan, fungsi dan dibuat secara sosial dengan mengambil perbedaan seksual.
10. Diskriminasi. Hubungan budaya dengan identitas, perlu dicatat bahwa sebuah komunitas tidak hanya diidentifikasi oleh ciri-ciri budaya yang objektif, namun oleh yang masing-masing anggota selektifkan secara subjektif dan titik ini beberapa atribut biologis (seperti, ras).
11. Lingkungan. Lingkungan dianggap keseluruhan fisik, kimia, biologi dan komponen sosial yang mampu menyebabkan efek langsung dan tidak langsung dari individu dan aktivitas dalam jangka pendek dan panjang.
12. Hubungan Masyarakat. Kepuasan dengan masyarakat membuat individu berkomitmen terhadap layanan masyarakat. Kesejahteraan masyarakat



dapat membuat kualitas hidup menjadi baik

13. Dukungan sosial. Dukungan sosial akan menghasilkan kualitas hidup. Dukungan sosial yang ramah dari seseorang melalui ikatan sosial dari oranglain, kelompok dan masyarakat.
14. Nilai. Nilai-nilai dapat dianggap sebagai kemampuan yang berkaitan dengan budaya yang dikembangkan oleh setiap individu. Proses adaptasi individu dalam perjalanan kehidupan sosial dianggap sebagai nilai-nilai pendiri norma-norma yang mengatur kehidupan individu.
15. Kepuasan dengan kehidupan. Kepuasan terhadap hidup mencakup kepuasan, kesenangan, dan kenikmatan.
16. Kesejahteraan ekonomi. Mengembangkan studi dimana individu secara sistematis mengeksplorasi hubungan kebahagiaan dengan pendapatan perkapita.
17. Politik dan institusi. Politik dan institusi mengaggap kohabitasi sosial tatanan yang dibangun oleh masyarakat sebagai landasan.

Glatzer, dkk (2015) mengungkap sembilan dimensi kualitas hidup, diantaranya:

1. *Material living condition*. Dimensi ini mencakup kebutuhan-kebutuhan dasar untuk hidup seperti tempat tinggal,

makanan, minuman dan penghasilan untuk kelangsungan hidup.

2. Kesehatan. Dimensi ini mencakup kesejahteraan fisik yang berkaitan dengan kondisi kesehatan, ketersediaan fasilitas kesehatan, hingga jaminan kesehatan bagi individu.
3. Pendidikan. Dimensi ini mencakup ketersediaan akses pendidikan bagi individu, baik dasar maupun lanjutan.
4. *Productive and valued activities*. Dimensi ini mencakup ketersediaan akses untuk bekerja, berkarir dan segala jenis aktivitas produktif yang menghasilkan pemasukan bagi individu.
5. Hak-hak dasar dan konstitusional. Dimensi ini mencakup hak-hak asasi dasar individu dan hak-hak dalam masyarakat.
6. Waktu senggang dan interaksi sosial. Dimensi ini mencakup hak individu untuk menikmati waktu luang dan berinteraksi dengan lingkungannya.
7. *Natural and living environment*. Dimensi ini mencakup hubungan individu dengan alam dan lingkungan di sekitarnya.
8. Keamanan fisik dan ekonomi. Dimensi ini mencakup keamanan secara fisik dan keamanan secara ekonomi
9. Pengalaman hidup secara menyeluruh. Dimensi ini mencakup pengalaman

individu menjalani kehidupannya secara keseluruhan.

Peruniak (2010) menjelaskan bahwa ada lima dimensi dari kualitas hidup yaitu:

1. *Dimensi Subjektif-objektif.* Menggambarkan interior-eksterior dari manusia. Interior mewakili pikiran, ide, keyakinan, mimpi dan elemen lain, sedangkan eksterior mewakili fisik (yang bisa di sentuh) dan berhubungan dengan bagian luar manusia.
2. *Dimensi theorist-practitioner.* Lebih mengarah kepada objektivitas lingkungan seperti kondisi finansial, tempat tinggal, tingkat kesehatan dan sebagainya,
3. *Dimensi Individual-society.* Menjelaskan mengenai kualitas hidup di lihat dari persepsi individu atau dari perpektif yang lebih kompleks dari komunitas dan struktur sosial lainnya.
4. *Dimensi quality of condition & person.* Berhubungan dengan karakteristik dari individu dan lingkungan diluar dari diri individu.
5. *Dimensi potential actual.* Menjelaskan bagaimana individu mengaktualisasikan potensi yang ada pada dirinya.

Power (Lopez dan Snyder, 2003) menambahkan bahwa ada empat dimensi dari kualitas hidup yang dijabarkan dalam beberapa faset, diantaranya:

1. Dimensi kesehatan fisik, meliputi:

- a. Aktifitas sehari-hari: menggambarkan kesulitan dan kemudahan yang dirasakan individu ketika melakukan kegiatan sehari-hari.
- b. Ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis: menggambarkan seberapa besar kecenderungan individu dalam menggunakan obat-obatan atau bantuan medis lainnya dalam melakukan aktifitas sehari-hari.
- c. Energi dan kelelahan: menggambarkan tingkat kemampuan yang dimiliki oleh individu dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari.
- d. Mobilitas: menggambarkan tingkat perpindahan yang mampu dilakukan oleh individu dengan mudah dan cepat.
- e. Sakit dan ketidaknyamanan; menggambarkan sejauh mana perasaan keresahan yang dirasakan individu terhadap hal-hal yang menyebabkan individu merasa sakit.
- f. Tidur dan istirahat: menggambarkan kualitas tidur dan istirahat yang dimiliki oleh individu.
- g. Kapasitas kerja: menggambarkan kemampuan yang dimiliki individu untuk menyelesaikan tugas-tugasnya.

2. Dimensi Kesejahteraan Psikologis, meliputi:

- a. Citra diri dan penampilan: menggambarkan bagaimana individu memandang keadaan tubuh serta penampilannya.
  - b. Perasaan negatif: menggambarkan adanya perasaan yang tidak menyenangkan yang dimiliki oleh individu.
  - c. Perasaan positif: menggambarkan perasaan yang menyenangkan yang dimiliki oleh individu.
  - d. Harga diri: melihat bagaimana individu menilai atau menggambarkan dirinya sendiri.
  - e. Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi; menggambarkan keadaan kognitif individu yang memungkinkan untuk berkonsentrasi, belajar dan menjalankan fungsi kognitif lainnya.
3. Dimensi Hubungan Sosial, meliputi:
    - a. Relasi personal: menggambarkan hubungan individu dengan orang lain.
    - b. Dukungan sosial: menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya.
    - c. Aktivitas seksual: menggambarkan kegiatan seksual yang dilakukan individu.
  4. Dimensi Hubungan dengan Lingkungan, meliputi:
    - a. Sumber finansial: menggambarkan keadaan keuangan individu.
    - b. Kebebasan dan keamanan: menggambarkan tingkat keamanan individu yang dapat mempengaruhi kebebasan dirinya.
    - c. Perawatan kesehatan dan kepedulian lingkungan: menggambarkan ketersediaan layanan kesehatan dan perlindungan sosial yang dapat diperoleh individu.
    - d. Lingkungan rumah: menggambarkan keadaan tempat tinggal individu.
    - e. Kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan: menggambarkan ada atau tidaknya kesempatan bagi individu untuk memperoleh hal-hal baru yang berguna bagi individu.
    - f. Partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan: menggambarkan sejauh mana individu memiliki kesempatan dan dapat bergabung untuk berkreasi dan menikmati waktu luang.
    - g. Lingkungan fisik: menggambarkan keadaan lingkungan sekitar tempat tinggal individu (keadaan air, saluran udara, iklim, polusi dan lain-lain).
    - h. Transportasi: menggambarkan sarana kendaraan yang dapat dijangkau oleh individu.

Yudianto, dkk (dalam Retnowati dan Satyabakti, 2015) memberikan penjelasan mengenai konsep kualitas hidup terkait penderita DM, menurutnya konsep kualitas hidup meliputi sejumlah dimensi yang kompleks dalam kehidupan individu, meliputi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Sejumlah aspek dari diabetes mellitus yang dapat mempengaruhi kualitas hidup antara lain, selama hidup diharuskan menjalani terapi farmakologis, pembatasan dan pengaturan diet serta monitoring gula darah, kekhawatiran apabila muncul gejala hipoglikemi maupun hiperglikemi, ketakutan mengalami komplikasi DM dan timbulnya disfungsi seksual.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa dimensi kualitas hidup meliputi dimensi kesehatan fisik, dimensi kesejahteraan psikologis, dimensi hubungan sosial, dan dimensi hubungan dengan lingkungan

### **II.B.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup**

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu, ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, diantaranya:

#### **1. Dukungan keluarga**

Penelitian yang dilakukan Husni, dkk (2012) terhadap pasien kanker payudara di Instalasi Rawat Inap Bedah RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

yang berjumlah 32 responden. Dalam penelitian ini terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien kanker payudara.

#### **2. Dukungan Sosial**

Dukungan sosial yang diberikan kepada setiap individu dapat mempengaruhi kualitas hidup, dengan dukungan sosial membuat individu merasa dihargai. Hal ini dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Noviarini dkk (2013) terhadap pecandu narkoba yang sedang menjalani rehabilitas. Dalam penelitian tersebut ada hubungan positif yang sangat signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pecandu narkoba yang sedang menjalani rehabilitas.

#### **3. Fungsi keluarga**

Fungsi keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Sutikno (2011) kepada lansia menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang kuat antara fungsi keluarga dan kualitas hidup. Keluarga merupakan kelompok yang mempunyai peranan yang amat penting dalam kehidupan kita. Individu akan memiliki kualitas hidup yang optimal apabila fungsi keluarga dapat berjalan dengan baik

#### **4. Kesepian**

Kesepian termasuk salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Hal ini telah dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Weiner & Lloyd (2006) kepada penyandang moderat penyakit yang serius. Hasil menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang negatif antara kesepian dengan kualitas hidup. Para penyandang merasakan kesepian karena kurangnya hubungan sosial antara sesama sehingga kualitas hidup antara mereka menurun.

#### 5. Stres

Penelitian dilakukan oleh Zainuddin, dkk (2015) kepada para penderita diabetes mellitus untuk melihat apakah stress mempengaruhi kualitas hidup. Berdasarkan penelitian ini dapat diperoleh hasil yang signifikan dan negatif terhadap variabel stress, semakin rendah stres maka semakin tinggi kualitas hidupnya, sebaliknya semakin tinggi kualitas hidup maka semakin rendah kualitas hidupnya.

#### 6. Optimisme

Optimisme juga salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Zenger (2010) terhadap penderita kanker menunjukkan bahwa optimisme memberikan hasil yang signifikan terhadap kualitas hidup, yang mana

seseorang memiliki tingkat optimisme yang baik maka akan terlihat pada kualitas hidup yang baik.

#### 7. *Self-care*

Penelitian yang dilakukan oleh Rantung, dkk (2015) penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan *self-care* dengan kualitas hidup pasien DM. Metode penelitian *cross sectional*, melibatkan 125 anggota Persadia cabang Cimahi. Hasil penelitian menunjukkan hubungan *self-care* dengan kualitas hidup menjadi positif.

#### 8. Kecemasan dan depresi

Kecemasan dan depresi juga mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Kecemasan yang berlebihan dapat menyebabkan depresi pada individu. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurhasanah, dkk (2009) terhadap korban pasca gempa bumi di Kabupaten Slamet, yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara depresi dengan kualitas hidup. Dilihat dari tingkat kecemasan dan depresi yang dimiliki oleh korban pasca gempa bumi mengakibatkan mereka tidak berdaya dan memiliki kualitas hidup yang buruk.

#### 9. Pengungkapan diri (*self disclosure*)

Pengungkapan diri merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas

hidup seorang. Individu mampu mengungkapkan dirinya dengan baik maka kualitas hidup yang dimiliki akan semakin baik, seperti penelitian yang dilakukan Ekasari (2013) yang menunjukkan hasil positif antara kedua variabel tersebut.

#### 10. *Spiritual Well-Being*

Penelitian yang dilakukan Shahbaz dan Shahbaz (2015) tentang hubungan *Spiritual Well-Being* dengan Kualitas Hidup pada 200 penderita penyakit kronis yang berumur 15 sampai 80 tahun. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang positif antara Kualitas Hidup dengan *Spiritual Well-Being*.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya dukungan keluarga, dukungan social, fungsi keluarga, kesepian, stress, optimisme, *self-care*, kecemasan dan depresi, pengungkapan diri dan *spiritual well being*

### **II.C. Diabetes Mellitus**

#### **II.C.1. Pengertian diabetes mellitus**

Diabetes Mellitus (DM) merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Smeltzer dan Bare, 2002). Lebih lanjut, Guyton & Hall (2007) menjelaskan bahwa Diabetes

Mellitus (DM) merupakan suatu sindrom dimana terganggunya metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh berkurangnya sekresi insulin atau penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin.

Berdasarkan beberapa pendapat ahli diatas, dapat disimpulkan bahwa Diabetes mellitus (DM) merupakan kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya

#### **II.C.2. Klasifikasi diabetes mellitus**

Taylor (1995) membagi penyakit DM kedalam dua tipe utama, yaitu:

- a. DM Tipe 1 (DM tergantung insulin)  
DM tipe ini disebabkan karena kekurangan insulin, biasanya berkembang relatif pada usia muda, lebih sering pada anak wanita daripada anak laki-laki dan diperkirakan timbul antara usia enam dan delapan atau 10 dan 13 tahun. Gejalanya yang tampak sering buang air kecil, merasa haus. Terlalu banyak minum, letih, lemah, cepat marah. Gejala-gejala tersebut tergantung dari usaha tubuh untuk menemukan sumber energi yang tepat yaitu lemak dan protein. DM tipe ini bisa di kontrol dengan memberikan suntikan insulin.
- b. DM tipe 2 (DM tidak tergantung insulin)

Tipe ini biasanya terjadi setelah usia tahun 40 tahun. DM ini disebabkan karena insulin tidak berfungsi dengan baik. Gejalanya antara lain: sering buang air kecil, letih atau lelah, mulut kering, impoten, menstruasi tidak teratur pada wanita, infeksi kulit, sariawan, gatal-gatal hebat, lama sembuhnya jika terluka. Sebagian besar penderita DM tipe ini mempunyai tubuh gemuk dan sering terjadi pada wanita berkulit putih.

Menurut Rudijanto, dkk (2015), penyakit DM dapat diklasifikasikan menjadi beberapa bagian, yakni:

- a. DM tipe 1 yakni Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute.
- b. DM Tipe 2. Bervariasi, mulai yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang dominan defek sekresi insulin disertai resistensi insulin
- c. DM Tipe lain, yang disebabkan oleh: defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pancreas, endokrinopati, disebabkan oleh obat atau zat kimia, infeksi, sebab imunologi yang jarang, sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM
- d. Diabetes mellitus gestasional (GDM) yang didefinisikan sebagai derajat apapun intoleransi glukosa dengan

onset atau pengakuan pertama selama kehamilan.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa ada 4 klasifikasi dari DM yakni DM tipe 1, 2, tipe lainnya dan GDM.

#### **II.D. Memaksimalkan Dukungan Keluarga Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus.**

Kualitas hidup penderita diabetes mellitus dapat diartikan sebagai perasaan penderita terhadap kehidupannya secara umum dan kehidupan bersama diabetes. Hal ini senada dengan apa yang diungkap oleh WHO (2012) bahwa kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisinya dalam konteks budaya dan sistem nilai pada tempat individu tersebut hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standard dan fokus hidupnya. Sementara itu, bagi penderita DM dapat diartikan sebagai perasaan penderita terhadap kehidupannya secara umum dan kehidupan bersama diabetes.

Kualitas hidup dapat meningkat dengan adanya dukungan keluarga. Sebagaimana yang diutarakan Cobb & Jones (dalam Niven, 2012) bahwa dukungan dari sanak keluarga dan teman merupakan bagian dari dukungan sosial yang tidak dapat dipisahkan. Ali (2009) menambahkan bahwa dukungan keluarga

merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain (orangtua, anak, suami, istri atau saudara) yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai. Dari penjelasan tersebut jelaslah bahwa dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien diabetes mellitus bukan hanya sekedar perhatian terhadap kebutuhan fisik saja namun kebutuhan psikis serta pemahaman keluarga akan penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya.

Dukungan yang diberikan keluarga itu sendiri dapat diukur dengan tiga elemen yakni perilaku suportif aktual; dari teman dan sanak keluarga, sifat kerangka sosial (apakah kelompok jaringan tertutup dari individu atau lebih menyebar) serta bagaimana cara seorang individu merasakan dukungan yang diberikan oleh teman dan sanak keluarganya (Niven, 2012).

## KESIMPULAN

Keluarga merupakan orang yang terdekat dengan kita. Bukan hanya kedekatan secara fisik semata, kedekatan secara mental juga dibutuhkan termasuk dukungan dari keluarga. Semua orang pastinya membutuhkan dukungan dari

keluarga, dukungan ini jugalah yang dibutuhkan pasien *diabetes mellitus*. Dukungan yang diberikan keluarga kepada keluarganya yang mengalami DM dapat meningkatkan kualitas hidup bagi pasien DM itu sendiri. Dengan meningkatnya kualitas hidup pasien DM ini, secara otomatis akan meningkatkan kepercayaan diri dan mereka lebih *survive* dalam menjalani kehidupan dengan penyakit DM yang dideritanya. Dukungan yang diberikan keluarga terhadap pasien DM bukan hanya sekedar perhatian semata, namun haruslah dilakukan dengan ikhlas. Sejauh ini, kita sudah memberikan dukungan kepada keluarga kita yang mengalami DM, namun harapannya dengan membaca tulisan ini semakin meningkatkan dukungannya serta menambah pengetahuan mengenai *diabetes mellitus*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2009). **Pengantar keperawatan keluarga**. Jakarta: EGC.
- Barnes, E. D. (2009). **Program olahraga: diabetes**. Yogyakarta: PT. Citra Aji Parama.
- Chaplin, J.P. (2001). **Kamus lengkap psikologi**. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Ekasari, N. (2013). Hubungan antara pengungkapan diri (*self disclosure*) melalui *blackberry*, *messenger* dan kualitas hidup (*quality of life*) pada remaja. **Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya Vo.2 No.2**.



Diakses pada tanggal 18 Mei 2017 dari  
<http://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=Hubungan+Antara+Pengungkapan+Diri+Dengan+Kualitas+Hidup+Pada+Remaja>

- Ernawati. (2013). **Penatalaksanaan keperawatan diabetes mellitus terpadu**. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Friedman, M.M. (2010). **Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, Teori dan Praktek**. Jakarta: EGC
- Glatzer, W., Camfield, L., Moller, V., & Rojas, M. (2015). **Global Handbook Of Quality Of Life**. New York: Springer.
- Green, L.W dan Kreuter, M.W. (1999). **Health Promoting Planning, Educational and Environmental Approach-2n edition**. Montain View: Mayfield Publishing Company.
- Guyton dan Hall. (2007). **Buku Ajar Fisiologi Kedokteran**. Jakarta: EGC.
- Husni, M., Romadoni, S., & Rukiyati, D. (2012). Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien kanker payudara di instalasi rawat inap bedah RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2012. **Jurnal Keperawatan Sriwijaya, Vol.2. No.2, Juli 2015, ISSN No 2355-5459**. Di akses pada tanggal 06 Juni 2017 dari: <https://www.google.co.id/search?q=HUBUNGAN+DUKUNGAN+KELUARGA+DENGAN+KUALITAS+HIDUP+PASIEN+KANKER+PAYUDARA+DI+INSTALASI+RAWAT+INAP+BEDAH+RSUP+Dr.+MOHAMMAD+HOESIN+PALEMBANG+TAHUN+2012&oq=HUBUNGAN+DUKUNGAN+KELUARGA+DENGAN+KUALITAS+HIDUP+PASIEN+KANKER+PAYUDARA+DI+INSTALASI+RAWAT+INAP+BEDAH+RSUP+Dr.+MOHAMMAD+HOESIN+PALEMBANG+TAHUN+2012&aqs=chrome..69i57j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Lopez dan Snyder, C.D. (2003). **Positive Psychological Assessment a Handbook of Models & Measures**. Washington DC: APA
- Niven, N. (2012). **Health Psychology: An Introduction For Nurses And Other Health Care Professionals** (trans: Waluyo, A). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Nurhasanah, Kushadiwijaya, H dan Marchira, C. (2009). Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup pada Masyarakat Daerah bencana Pasca Gempa Bumi di Kabupaten Slamet tahun 2008. **Jurnal Kedokteran Masyarakat, vol.25 no.1**. Diakses pada tanggal 13 Juni 2017 dari [http://scholar.google.co.id/scholar?q=Hubungan+tingkat+depresi+dengan+kualitas+hidup&btnG=&en&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.co.id/scholar?q=Hubungan+tingkat+depresi+dengan+kualitas+hidup&btnG=&en&as_sdt=0%2C5)
- Nursalam. (2013). **Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis edisi 3**. Jakarta: Salemba
- Noviarini, N. A., Dewi, M. P., & Prabowo, H. (2013). Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pecandu narkoba yang sedang menjalani rehabilitasi. **Proceeding PESAT (Psikologi, Ekonomi, Sastra, Arsitektur & Teknik Sipil) Vol. 5**. Diakses pada tanggal 13 Februari 2017 dari: <http://ejournal.gunadarma.ac.id/index.php/pesat/article/view/957>

- O'Connor, Rod. (1993). **Issues In The Measurement Of Health-related Quality Of Life**. Australia: The Centre for Health Program Evaluation
- Peruniak, G, S. (2010). **A Quality of Life Approach to Career Development**. London: University of Toronto Press
- Rantung, J., Yetti, K dan Herawati, T. (2015). Hubungan antara self care dengan kualitas hidup pasien diabetes mellitus (DM) di Persatuan Diabetes Indonesia (persadia) cabang Cimahi. **Jurnal Skolastik Keperawatan, Vol.1 No.1**. Diakses pada tanggal 6 Juli 2017 dari <http://jurnal.unai.edu/index.php/jks/article/view/17>
- Rapley, M. (2003). **Quality Of Life Research: A Critical Introduction**. London: University Of East London.
- Retnowati, N dan Satyabakti, P. (2015). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus di Puskesmas Tanah Kalikedinding. **Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol.3, No.1 Januari 2015: 57-68**.
- Rudijanto, A., Yuwono, A., Shahab, A., Manaf, A., Pramono, B., Lindarto, D., Purnamasari, D., Sanusi, H., Zufry, H., Novida, H., Suastika, K., Sucipto, K.W., Sasiarini, L., Dwipayana, M.P., Saraswati, M.R., Soetedjo, N.N., Soewondo, P., Soelistijo, S.A., Sugiarto, Langi Y.A. (2015). **Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2015**. Jakarta: Pengurus Besar Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PB PERKENI)
- Sarafino, E.P. (2011). **Healty Psychology: Biopsychosocial Interaction edition 7**. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Setiadi. (2008). **Konsep dan Proses: Keperawatan Keluarga**. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alvi, I., Simadibrata, K., dan Setiati, S. (2006). **Ilmu Penyakit Dalam**. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sutikno, E. (2011). Hubungan antara fungsi keluarga dan kualitas hidup lansia. **Jurnal Kedokteran Indonesia. Vol.2 No.1**. Diakses pada tanggal 25 Juni 2017 dari [http://scholar.google.co.id/scholar?q=hubungan+antara+fungsi+keluarga+dan+kualitas+hidup+lansia&btnG=&hl=en&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.co.id/scholar?q=hubungan+antara+fungsi+keluarga+dan+kualitas+hidup+lansia&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5)
- Shahbaz, Kanwai dan Shahbaz, Kiran. 2015. Relationship between Spiritual Well-being and Quality of Life among Chronically Ill Individuals. **The International Journal of Indian Psychology Volume 2, Issue 4**. Diakses pada tanggal 11 Februari 2017 dari: <http://oaji.net/articles/2015/1170-1442338434.pdf>
- Smeltzer, S.C. dan Bare, B.G. (2002). **Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8**. Jakarta: EGC
- Tamara, E., Bayhakki dan Nauli, F. A. (2014). Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di RSUD Arifin Achmad Propinsi Riau. **JOM PSIK, Vol.1, No.2 Oktober 2014**.
- Taylor. (1995). **Healthy Psychology**. Singapura: Mc Graw-Hill inc.

- Taylor, E.S. (2009). **Psikologi Sosial**. Jakarta: Prenada Media Grup.
- Tonon, G. (2015). **Qualitative Studies in Quality of Life**. Switzerland: Springer
- Tonon, G. (2016). **Indicators of Life in Latin America**. Switzerland: Springer
- Wahdah, N. 2011. **Menaklukkan Hipertensi dan Diabetes**. Yogyakarta: Multipress.
- Weiner, W dan Lloyd, M. (2006). **Psychology Applied To Modern Life: Adjustment In The 21<sup>st</sup> Century Eight Edition**. Canada: Thomson Wardsworth
- WHO. (2012). **Scoring and Coding for the WHOQOLHIV Instruments**. Diakses pada tanggal 23 Maret 2017 dari [http://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/)
- WHO. (2014). **Diabetes Mellitus. WHO News: Fact Sheets**. Diakses pada tanggal 23 Maret 2017 dari: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>
- Zainuddin, M., Utomo, W., dan Herlina. (2015). Hubungan Stress dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. **JOM Vo.2 No.1**. Diakses pada tanggal 5 Juni 2017 dari [http://scholar.google.co.id?q=hubungan+stres+dengan+kualitas+hidup+penderita+diabetes+mellitus+tipe+2++jurnal+psikologi+volume+2+no+1+&btnG=&hl=en&as\\_sdt=0%2CC5](http://scholar.google.co.id?q=hubungan+stres+dengan+kualitas+hidup+penderita+diabetes+mellitus+tipe+2++jurnal+psikologi+volume+2+no+1+&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2CC5)
- Zenger, M. (2010). The Impact Of Optimism On Anxiety, Depression And Qualityof Life In Urogenital Cancer Patients. **Journal Psycho-Oncology. No.19, 879-886**. Diakses pada tanggal 6 Juni 2017 dari <http://e-resources.perpusnas.go.id/library.php?id=00009>