



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS
HIDUP PASIEN GLAUKOMA DI RUMAH SAKIT TINGKAT
III BALADHIKA HUSADA KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh:
Biastika Alun Sukma
NIM 162310101034

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS
HIDUP PASIEN GLAUKOMA DI RUMAH SAKIT TINGKAT
III BALADHIKA HUSADA KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pembelajaran di Fakultas Keperawatan (S1) dan memenuhi gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

Oleh:
Biastika Alun Sukma
NIM 162310101034

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS
HIDUP PASIEN GLAUKOMA DI RUMAH SAKIT TINGKAT
III BALADHIKA HUSADA KABUPATEN JEMBER**

Oleh:

**Biastika Alun Sukma
NIM 162310101034**

Dosen Pembimbing Utama
Dosen Pembimbing Anggota

Pembimbing
: Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep
: Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Sunariyadi dan Ibunda Rubiani yang selalu mendoakan, memberi dukungan, dan membantu secara moril dan materi selama saya menjalani pendidikan hingga mencapai gelar sarjana;
2. Kakak saya Kilas Layung Ardini yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini;
3. Seluruh guru TK Islamiyah, MI NU 1 Grajagan, SMPN 1 Purwoharjo, dan SMAN 1 Cluring yang telah membimbing saya;
4. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh Bapak/Ibu dosen yang telah memberikan ilmu dan bimbingan kepada saya;
5. Dosen Pembimbing Akademik (DPA) yaitu Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep yang telah membimbing dan memberikan nasihat sejak awal masuk Fakultas Keperawatan hingga saat ini;
6. Teman saya yaitu Miftahul Huda, Nadhifah Eriyanti dan Melati Kusuma Dewi yang selalu menjadi pendengar setia serta memberikan semangat dan motivasi kepada saya;
7. Teman-teman satu DPU yang telah menemani, membantu dan berjuang bersama dalam menyelesaikan skripsi ini;
8. Keluarga besar angkatan 2016, khususnya kelas A yang telah berjuang bersama-sama di Fakultas Keperawatan hingga tahap akhir.

MOTTO

“Dan, sesungguhnya Allah akan memberikan balasan kepada orang-orang yang sabar dengan pahala yang lebih baik dari apa yang mereka kerjakan.”

(QS. An-Nahl: 96)**

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetap bekerja keraslah (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap”.

(QS. Al-Insyirah ayat 6-8)**

**Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung: CV. Penerbit Diponegoro

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Biastika Alun Sukma

NIM : 162310101034

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember” yang saya tulis adalah benar-benar hasil karya sendiri serta bukan karya plagiat, kecuali dalam pengutipan substansi sumber yang saya tulis, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi. Apabila kemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah saya adalah hasil plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika kemudian hari tidak benar.

Jember, 25 Februari 2020

Yang menyatakan,

Biastika Alun Sukma

NIM 162310101034

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember" karya Biastika Alun Sukma telah diuji dan disahkan pada :

hari, tanggal : Selasa, 25 Februari 2020

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Siswoyo, S.Kep.,M.Kep
NIP. 19800412 200604 1 002



Ns. Kushariyadi, S.Kep.,M.Kep
NIP. 760015697

Penguji 1

Penguji 2



Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 19810319 201404 1 001



Ns. Ana Nistiandani, S.Kep., M.Kep
NIP. 760019011

Mengesahkan
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
(*Relationship of Family Support with Quality of Life in Glaucoma Patients at Baladhika Husada Level III Hospital Jember*)

Biastika Alun Sukma

Faculty of Nursing University of Jember

ABSTRACT

Glaucoma is incurable but can be controlled with lifelong treatment. In addition, decreased visual function affects daily activities and can reduce the quality of life of patients. A factor influencing the quality of life is family support. Family support can improve the quality of life for example, the family helps care costs. This study aims to analyze the relationship of family support with the quality of life of Glaucoma patients at Baladhika Husada Level III Hospital in Jember, using a cross sectional approach, the independent variable is family support and dependent quality of life. 71 research samples with purposive sampling. Data collection uses a family support questionnaire to assess family support and a GQL-15 questionnaire to assess quality of life. Analysis of the relationship of family support with quality of life using Spearman Rank test with a p value of 0.05. The results showed the percentage of family support 59 (83.1%) had high family support and 12 (16.9%) low family support, the percentage of quality of life was 58 (81.7%) had a good quality of life and 13 (18, 3%) poor quality of life. There is a relationship between family support and quality of life (p value = <0.001 r value = +0.467) with a positive correlation means the higher the family support, the higher the quality of life. Family support is related to quality of life in glaucoma patients because family support has an important role in efforts to improve quality of life.

Keywords : *Glaucoma, Family Support, Quality of Life*

RINGKASAN

Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember; Biastika Alun Sukma, 162310101034; 2020; - halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Penyakit glaukoma dapat memicu permasalahan yang cukup serius dan berpengaruh pada kehidupan pasien glaukoma. Penyakit ini tergolong penyakit yang tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol dan harus menjalani perawatan seumur hidup. Selain itu, fungsi penglihatan yang menurun dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari serta keterbatasan aktivitas. Oleh karena itu, kualitas hidup pasien tersebut dapat menurun. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga dapat menjadi salah satu upaya peningkatan kualitas hidup pasien, yang mana dukungan yang diberikan keluarga dapat menunjang proses perawatan penyakitnya. Sehingga semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dalam menjalani proses pengobatan.

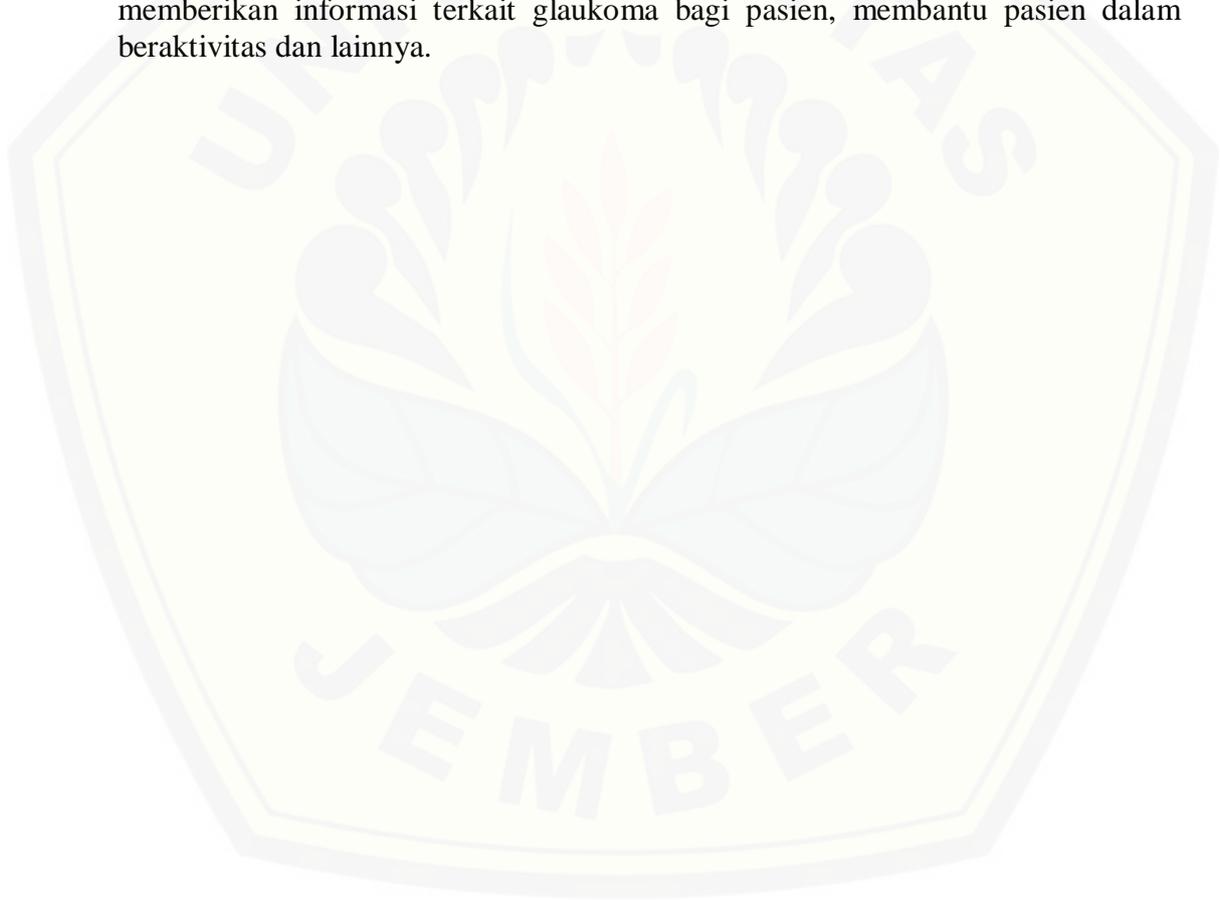
Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember. Desain penelitian ini deskriptif analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, variable independennya dukungan keluarga dan dependennya kualitas hidup. Pada teknik pengambilan sampel dengan *non probability sampling* menggunakan metode *purposive sampling*. Jumlah sampel penelitian ini sebanyak 71 sampel yang telah memenuhi kriteria inklusi, alat pengumpulan data dengan kuesioner Dukungan Keluarga untuk menilai dukungan keluarga dan kuesioner *Glaucoma Quality of Life-15 (GQL-15)* untuk menilai kualitas hidup. Analisis data pada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup menggunakan uji korelasi *Spearman Rank* dengan tingkat signifikan 0,05.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 59 (83,1%) responden memiliki dukungan keluarga tinggi dan 12 (16,9%) responden memiliki dukungan keluarga yang rendah. Sebanyak 58 (81,7%) responden memiliki kualitas hidup baik dan 13 (18,3%) memiliki kualitas hidup buruk. Uji statistik yang digunakan *Spearman Rank* menunjukkan hasil $p\ value = <0,001$ $r\ value = +0,467$ yang berarti bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember dengan nilai korelasi positif hal ini menunjukkan semakin tinggi dukungan keluarga, maka semakin tinggi kualitas hidup.

Dukungan keluarga merupakan faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien glaukoma. Kualitas hidup dihubungkan dengan dukungan keluarga karena keluarga memiliki peran penting bagi individu dalam proses

menjalani perawatan penyakit glaukoma dan dapat meningkatkan kualitas hidup. Individu yang mendapatkan dukungan keluarga tinggi dari keluarga dalam menjalani perawatan kesehatan maka semakin baik kualitas hidupnya. Apabila individu mendapatkan dukungan keluarga rendah, akan terjadi penurunan kualitas hidup.

Kesimpulan dari penelitian ini terdapat hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember. Upaya meningkatkan kualitas hidup pasien glaukoma adalah meningkatkan dukungan keluarga, untuk meningkatkan dukungan keluarga yaitu berdiskusi dengan keluarga pasien dan seberapa pentingnya peran keluarga bagi individu dalam menjalani proses perawatan glaukoma. Dukungan yang diberikan seperti berupa meluangkan waktu mendengarkan keluhan pasien, memberikan biaya untuk perawatan, memberikan informasi terkait glaukoma bagi pasien, membantu pasien dalam beraktivitas dan lainnya.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada”. Skripsi ini diajukan sebagai bahan untuk memenuhi tugas akhir pendidikan strata satu (S1) Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karenanya, peneliti menyampaikan terimakasih kepada :

1. Ns Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Dini Kurniawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat dan Ns. Nur Widayati, S.Kep.,M.N., selaku Kombi;
3. Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan semangat dan motivasi selama menjalankan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember
4. Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep, selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan arahan, saran, dan motivasi demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Dosen Penguji I dan Ns. Ana Nistiandani, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
6. Seluruh civitas akademik Fakultas Keperawatan (Fkep) Universitas Jember;
7. Pihak Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian;
8. Pasien Glaukoma di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
9. Keluarga besar saya yang selalu memberikan do'a, dukungan dan semangat agar skripsi ini dapat segera terselesaikan;

10. Teman – Teman angkatan 2016 khususnya kelas A 2016, kelompok “DPA wali Ns. Hanny”, kelompok belajar “DPU Ns. Siswoyo dan DPA Ns. Kushariyadi”, serta teman dekat saya Miftahul Huda yang selalu memberikan dukungan;

11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna sehingga diharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, peneliti berharap semoga skripsi ini dapat diterima dan bermanfaat.

Jember, 25 Februari 2020

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Bagi Pasien dan Keluarga	7
1.4.2 Pelayanan Kesehatan	7
1.4.3 Institusi Pendidikan	8
1.4.4 Bagi Peneliti.....	8
1.5 Keaslian Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Glaukoma	10
2.1.1 Definisi Glaukoma	10
2.1.2 Etiologi Glaukoma	10
2.1.3 Manifestasi Klinis Glaukoma	12
2.1.4 Klasifikasi Glaukoma	13
2.1.5 Patofisiologi Glaukoma	15
2.1.6 Diagnosa dan Pemeriksaan Penunjang Glaukoma	16
2.1.7 Komplikasi Glaukoma	17
2.1.8 Penatalaksanaan Bedah pada Pasien Glaukoma	17
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan pada Pasien Glaukoma	18
2.2 Kualitas Hidup	19
2.2.1 Definisi Kualitas Hidup	19
2.2.2 Dimensi Kualitas Hidup	20
2.2.3 Indikator Kualitas Hidup	21
2.2.4 Faktor mempengaruhi Kualitas Hidup	22
2.2.5 Kualitas Hidup pada Pasien Glaukoma	23

2.2.6	Penilaian Kualitas Hidup pada Pasien Glaukoma	25
2.3	Dukungan Keluarga	27
2.3.1	Definisi Keluarga	27
2.3.2	Ciri-Ciri Keluarga	28
2.3.3	Struktur Keluarga	29
2.3.4	Keluarga Sebagai Fokus Sentral	30
2.3.5	Interaksi Keluarga dengan Rentang Sehat/Sakit	31
2.3.6	Fungsi Keluarga	31
2.3.7	Tugas Kesehatan Keluarga	33
2.3.8	Definisi Dukungan Keluarga	35
2.3.9	Jenis Dukungan Keluarga	36
2.3.10	Sumber Dukungan Keluarga	36
2.3.11	Manfaat Dukungan Keluarga	37
2.3.12	Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	37
2.3.13	Tujuan Dukungan Keluarga	39
2.3.14	Penilaian Dukungan Keluarga	39
2.4	Kerangka Teori	40
	BAB 3 KERANGKA KONSEP	41
3.1	Kerangka Konsep Penelitian	41
3.2	Hipotesis Penelitian	42
	BAB 4 METODE PENELITIAN	43
4.1	Desain Penelitian	43
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	43
4.2.1	Populasi Penelitian	43
4.2.2	Sampel Penelitian	43
4.2.3	Teknik Penentuan Sampel	45
4.2.4	Kriteria Sampel Penelitian	45
4.3	Tempat Penelitian	45
4.4	Waktu Penelitian	46
4.5	Definisi Operasional	48
4.6	Pengumpulan Data	50
4.6.1	Sumber Data	50
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data	50
4.6.3	Alat Pengumpulan Data	52
4.6.4	Uji Validitas dan Uji Reabilitas	53
4.7	Pengelolaan Data	55
4.7.1	<i>Editing</i>	55
4.7.2	<i>Coding</i>	55
4.7.3	<i>Entry</i>	58
4.7.4	<i>Cleaning</i>	58
4.8	Analisa Data	59
4.8.1	Analisis Univariat	59
4.8.2	Analisis Bivariat	60
4.9	Etika Penelitian	60
4.9.1	Kemanfaatan (<i>Beneficience</i>)	60
4.9.2	Lembar Persetujuan (<i>Inform Consent</i>)	61

4.9.3 Kerahasiaan (<i>Confidentially</i>)	61
4.9.4 Keadilan (<i>Justice</i>)	61
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	63
5.1 Hasil Penelitian	63
5.1.1 Karakteristik Responden.....	63
5.1.2 Dukungan Keluarga Pasien Glaukoma	65
5.1.3 Kualitas Hidup Pasien Glaukoma	66
5.1.4 Hubungan Dukungan Keleuarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember	67
5.2 Pembahasan	68
5.2.1 Karakteristik Responden	68
5.2.2 Dukungan Keluarga Pasien Glaukoma	77
5.2.3 Kualitas Hidup Pasien Glaukoma	80
5.2.4 Hubungan Dukungan Keleuarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember	84
5.3 Implikasi Keperawatan	87
5.4 Keterbatasan Penelitian	88
BAB 6. PENUTUP	89
6.1 Kesimpulan	89
6.2 Saran	89
DAFTAR PUSTAKA	91
LAMPIRAN	101

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Perbandingan Penelitian	9
4.1 Waktu Penelitian	47
4.2 Definisi Operasional	49
4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner Dukungan Keluarga	52
4.4 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Glaucoma Quality of Life-15</i>	53
4.5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga	55
5.1 Distribusi Karakteristik Responden Glaukoma Berdasarkan Usia di Poli Mata RS Tk. III Baladhika Husada Kabupaten Jember (n=71)	63
5.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Ketajaman Penglihatan di Poli Mata RS Tk. III Baladhika Husada Kabupaten Jember (n=71)	64
5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Data Kategorik di Poli Mata RS Tk. III Baladhika Husada Kabupaten Jember (n=71)	64
5.4 Dukungan Keluarga pada Pasien Glaukoma di Poli Mata RS Tk. III Baladhika Husada Kabupaten Jember (n=71)	65
5.5 Indikator Dukungan Keluarga pada Pasien Glaukoma di Poli Mata RS Tk. III Baladhika Husada Kabupaten Jember (n=71)	66
5.6 Kualitas Hidup pada Pasien Glaukoma di Poli Mata RS Tk. III Baladhika Husada Kabupaten Jember (n=71)	66
5.7 Indikator Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember (n=71)	67
5.8 Hasil Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Poli Mata RS Tk. III Baladhika Husada Kabupaten Jember (n=71)	67

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Gambar Kerangka Teori	40
3.1 Gambar Kerangka Konsep	41
5.1 Gambar Snellen Chart	70



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	102
B. Lembar <i>Consent</i>	103
C. Lembar Demografi	104
D. Kuesioner <i>Mini Mental State Exam</i> (MMSE)	106
E. Kuesioner Dukungan Keluarga	107
F. Kuesioner <i>Glaukoma Quality of Life-15</i>	110
G. Lembar Terjemahan Kuesioner	112
H. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga	113
I. Analisis Data	114
J. Lembar Surat Izin Penelitian	118
K. Lembar Surat Keterangan Selesai Penelitian	121
L. Lembar Uji Etik	122
M. Lembar Dokumentasi	123
N. Lembar Bimbingan Skripsi	125

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Glaukoma merupakan suatu penyakit gangguan pada mata, ditandai dengan tekanan bola mata yang mengalami peningkatan kemudian menyebabkan saraf optikus rusak (Brunner dan Suddart, 2013). Penyakit glaukoma adalah gangguan penglihatan yang dapat memicu permasalahan yang serius dan berpengaruh pada beberapa aspek kehidupan pasien glaukoma, dari segi fisik sampai psikologis pasien. Permasalahan yang muncul, apabila perawatan pasien glaukoma tidak tertangani dengan baik dan sampai mengalami kebutaan dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari serta aktivitasnya dapat terganggu, seperti semua aktivitas yang biasanya dapat dilakukan secara mandiri tetapi perlu bantuan orang lain (Karmila, 2014). Penilaian kualitas hidup pasien glaukoma sangat perlu dilakukan sebagai acuan sejauh mana progres keberhasilan dari proses pengobatan yang harus dijalani seumur hidup pasien glaukoma dan juga adanya penurunan lapang pandang menyebabkan keterbatasan dalam beraktivitas sehari-hari (Pelcic dkk, 2017). Selain itu, semakin buruk atau hilangnya fungsi penglihatan akibat dari tingkat keparahan penyakit glaukoma tersebut dapat mempengaruhi dan menurunkan kualitas hidup pasien (Karmila, 2014; Skalicky dan Goldberg, 2008).

Pada penatalaksanaan keperawatan menjelaskan bahwa proses pengobatan perlu keterlibatan pasien beserta keluarga, karena glaukoma bukan penyakit yang dapat disembuhkan dan 90% glaukoma merupakan penyakit kronis (Tamsuri, 2010). Penyakit glaukoma hanya bisa dikontrol tidak ada penyembuhannya, maka

dari itu perlu melibatkan keluarga dalam proses perawatan (Brunner dan Suddart, 2013). Anggota keluarga yang mengidap glaukoma tentunya menjadi hal yang dapat memberatkan bagi keluarga padahal keluarga merupakan salah satu sistem dukungan. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kesehatan setiap individu didalamnya, maka dari itu seseorang yang memperoleh dukungan keluarga yang baik berbanding lurus dengan status kesehatannya yang meningkat (Friedman, Bowden, Jones, 2010). Keluarga memiliki kewajiban dan berperan penting dalam proses perawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Se jauh ini seberapa besar dukungan keluarga memberikan dukungan karena fenomena tersebut maka sangat penting untuk dilakukan penelitian.

Penyakit glaukoma berdasarkan hasil data *World Health Organization (WHO)* tahun 2010 merupakan salah satu gangguan penglihatan yang dapat menyebabkan kehilangan penglihatan nomor dua di dunia setelah katarak (51%), glaukoma (8%) atau sekitar 3,2 juta dari 39 juta orang yang mengalami kebutaan, selanjutnya urutan ketiga *Age Related Macular Degeneration (AMD)* (5%) (WHO, 2012). Pernyataan tersebut sesuai dengan yang dikemukakan Kemenkes RI tahun (2015) glaukoma merupakan penyakit urutan ke 2 penyebab kebutaan setelah penyakit katarak. Prevalensi penyebab kebutaan akibat glaukoma di Indonesia berdasarkan hasil survei kesehatan panca indra 1993-1996 ada 1,5% kebutaan, dan glaukoma menyumbang 0,20% dari keseluruhan kasus kebutaan (Kemenkes RI, 2015). Pada bulan Januari – Agustus 2017 kasus kejadian glaukoma berdasarkan data yang di peroleh dari Dinas Kesehatan Jember terdapat 291 kasus yang keseluruhan tersebar di puskesmas Kabupaten Jember. Oleh

karena itu, penyakit glaukoma menjadi penyakit urutan ke sembilan di Kabupaten Jember sebagai penyakit penyebab gangguan mata setelah pterigium dan corpus alienum (Siswoyo dkk., 2018).

Glaukoma secara signifikan dapat berdampak buruk terhadap kualitas hidup dan semakin memburuk seiring perkembangan penyakitnya (Chandramohan dkk., 2017). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Lisboa dkk., (2013) Di Afrika ditemukan ada 32 (8,0%) hasil dari survei kuesioner NEI VFG-25 pasien glaukoma yang mengalami gangguan kualitas hidup. Hasil data penelitian jika kelompok katarak dibandingkan dengan kelompok glaukoma, pasien glaukoma dengan kualitas hidup yang relatif lebih rendah dengan nilai rata-rata 33,1 dan median 32,4 (Asroruddin, 2014). Pada penelitian kualitas hidup pasien glaukoma menyatakan bahwa kualitas hidup pada pasien glaukoma sudut terbuka primer mengalami penurunan dengan skor terendah 20, tertinggi 53, dan nilai median 36,5 (Rosalina dan Wahjudi, 2011). Sedangkan penelitian lain ditemukan kualitas hidup responden baik ada sebanyak 224 (89,6%) dan kualitas hidup responden buruk ada 26 (10,4%) (Hardianti, 2018). Pada penelitian yang dilakukan oleh Purwitasari (2019) pada pasien glaukoma dari hasil kuesioner *The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire* (GQL-15) ditemukan ada 47 responden (64,4%) dengan kualitas hidup yang baik dan 26 responden (35,6%) memiliki kualitas hidup yang buruk.

Dukungan keluarga bagi pasien glaukoma sangat penting. Berdasarkan penelitian kualitatif yang diteliti oleh Shtein dkk., (2015) tentang peran support system pada pasien glaukoma disebutkan ada beberapa hal yang perlu

diperhatikan mengenai perawatan pasien dengan glaukoma salah satunya kurangnya keterlibatan keluarga dalam perawatan medis pasien (17,2%), serta adanya ketergantungan pasien glaukoma pada caregivers/keluarga (14,9%). Kemudian penelitian lain menunjukkan hasil bahwa dari 80 pasien glaukoma memiliki dukungan sosial yang rendah, hanya 4,2% keluarga yang membantu dalam minum obat, 8,3% membantu meneteskan obat tetes mata, dan 22,9% menemani saat pasien melakukan kunjungan ke klinik mata (Styker dkk.,2010). Sedangkan penelitian lain, didapatkan mayoritas keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita glaukoma, memberikan dukungan tercatat dari 30 responden keluarga yang memberikan dukungan sebesar 24 responden dan sisannya kurang mendukung (Purwitasari dan Indriani, 2016). Berdasarkan penelitian dari Hapsari., (2017) ditemukan 20 klien glaukoma (71,4%) memperoleh dukungan keluarga yang tinggi dan 8 klien glaukoma (28,6%) dengan dukungan keluarga yang rendah.

Berdasarkan hasil studi literatur pada penelitian (Purwitasari, 2019) kasus glaukoma pada Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember, tahun 2017 sebanyak 119 kasus dan pada bulan Juli-September 2018 sebanyak 76 kasus. Pada data kunjungan pasien ke Poli Mata pada tahun 2017 ada 174 pasien dan selama bulan Juli - September 2018 ada 100 pasien. Wawancara yang dilakukan Purwitasari (2019) bahwa pasien glaukoma mengaku mengalami gangguan dalam semua aktivitas. Sehingga, penelitian dilakukan di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember karena rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit tipe C yang menjadi rujukan pertama pasien BPJS (Badan

Penyelenggaraan Jaminan Sosial) dari berbagai puskesmas di Kabupaten Jember, selain itu rumah sakit ini menjadi lembaga pelayanan kesehatan yang pertama dan utama untuk menangani berbagai permasalahan kesehatan masyarakat.

Glaukoma ditandai dengan mengalami peningkatan tekanan intraokular (TIO), sehingga terjadi peningkatan produksi *aqueus humor* atau obstruksi cairan (Black dan Hawks, 2014). Tekanan intraokuler yang tinggi akan menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan suplai darah dan terhambatnya aliran darah menuju saraf optik dan retina sehingga mengakibatkan terjadinya iskemia yang dampaknya terjadi penurunan fungsi mata secara bertahap (Black dan Hawks, 2014). Penyakit glaukoma hanya bisa dikontrol dan tidak dapat disembuhkan, maka dari itu keterlibatan keluarga dalam proses perawatan sangat diperlukan (Brunner dan Suddart, 2013). Penatalaksanaan awal diperlukan pemeriksaan mata secara teratur agar dapat mengontrol sejauh mana penyakit glaukoma pasien, setelah itu dapat dilakukan perawatan lebih lanjut.

Penyakit glaukoma dapat memengaruhi kualitas hidup pasien karena membutuhkan waktu lama sampai harus dijalani seumur hidup yang membuat kualitas hidup pasien glaukoma menurun (Rosalina dan Wahjudi, 2011; Asroruddin, 2014). Kualitas hidup seseorang dapat dikatakan baik jika orang tersebut dapat hidup normal dan mencapai derajat kesehatan yang maksimal (Wakhid dkk., 2018). Maka dari itu penilaian kualitas hidup sangat penting dilakukan pada pasien glaukoma, mengingat hal tersebut dapat mempengaruhi dari aspek fisik dan produktivitas dalam kehidupannya (Karmila, 2014; Ananda, 2016).

Kualitas hidup menurun juga dapat terjadi karena adanya kecemasan saat terdiagnosis glaukoma apabila tidak diobati dengan benar dapat mengakibatkan kebutaan, kesulitan beraktivitas karena penurunan penglihatan, pengobatan yang terlalu lama membuat pasien merasa tidak nyaman mulai dari biaya yang harus dikeluarkan dan juga efek sampingnya (Rosalina dan Wahjudi, 2011). Selain itu, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien glaukoma meliputi: usia, tingkat pengetahuan, dan lama menderita (Karmila, 2014; Ananda, 2016).

Dukungan keluarga sangat penting diberikan sebagai salah satu upaya peningkatan kualitas hidup pasien glaukoma. Bentuk dukungan itu dapat berupa menemani pasien saat hendak ke pusat pelayanan kesehatan, memberikan informasi tentang perawatan glaukoma, ditunjang dengan biaya perawatan, memberikan perhatian penuh, membantu aktivitas pasien, dan lain-lain (Hapsaari, 2017). Selain itu, dukungan keluarga perlu diberikan dalam proses perawatan yang membutuhkan waktu cukup lama atau bahkan seumur hidup (Rosalina dan Wahjudi, 2011). Setelah penelitian ini dilakukan, hasil data dapat digunakan sebagai bahan referensi dalam memberikan intervensi keperawatan yang lebih sesuai dengan permasalahan pasien glaukoma untuk meningkatkan kualitas hidup dan perawatan yang lebih optimal.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
- b. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup pada pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
- d. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Memberikan gambaran pada pasien dan keluarga tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma sehingga pasien glaukoma dapat memperoleh sebuah dukungan keluarga yang lebih baik sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien glaukoma.

1.4.2 Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan acuan dan pandangan saat melakukan pelayanan kesehatan, perawatan, serta pengobatan yang melibatkan

keluarga pasien untuk memberikan dukungan pada pasien agar kualitas hidup pada pasien glaukoma meningkat.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil peneliitan dapat digunakan sebagai salah satu referensi dalam mengembangkan bidang penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma maka dapat diterapkan dalam metode pembelajaran atau sebagai pengabdian masyarakat.

1.4.4 Bagi Peneliti

Peneliti memperoleh tambahan wawasan, pengetahuan dan kemampuan dalam menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien dengan glaukoma dalam upaya promotif dan preventif menangani permasalahan pada pasien glaukoma.

1.5 Keaslian Peneitian

Pada penelitian ini, sebelumnya sudah ada penelitian yang mendekati terkait topik ini yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan dalam Perawatan pada Klien Glaukoma di Wilayah Kerja Puskesmas Balung Kabupaten Jember” yang dilaksanakan oleh Hapsari (2016). Dan penelitian tersebut menganalisis hubungan dua variabel yaitu dukungan keluarga dan kepatuhan dalam perawatan pada pasien glaukoma. Jenis penelitian dengan desain penelitian deskriptif analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, teknik pengambilan sampel yaitu *non-probabiity sampling* dengan *total sampling* jumlah sample 28 responden. Penelitian tersebut menggunakan analisa data

spearman rank hasil akhir penelitian ini menyatakan ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam perawatan pada pasien glaukoma.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah variabel dependen, dan untuk persamaannya pada variabel independen. Penelitian pada variabel dependen menggunakan kualitas hidup pada pasien glaukoma. Dengan tujuan menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember. Desain penelitian ini menggunakan deskripsi analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik samplingnya dengan *purposive sampling* dengan jumlah populasi 71 responden.

Tabel 1.1 Perbandingan Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian setelahnya
Judul	Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam perawatan pada klien glaukoma di wilayah kerja puskesmas balung kabupaten jember	Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
Tempat penelitian	Puskesmas Balung Kabupaten Jember	Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
Tahun penelitian	2017	2019
Subjek	Klien Glaukoma	Pasien Glaukoma
Variabel Independent	Dukungan keluarga	Dukungan keluarga
Variabel Dependen	Kepatuhan dalam perawatan glaukoma	Kualitas hidup pasien glaukoma
Peneliti	Devi Maharani Hapsari	Biastika Alun Sukma
Desain Penelitian	Deksriptif analitik korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Deksriptif analitik korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i>
Teknik Sampling	<i>Total Sampling</i>	<i>Purposive sampling</i>

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Glaukoma

2.1.1 Definisi Glaukoma

Glaukoma dari kata Yunani yaitu Glaukos artinya hijau kebiruan, yang terkesan seperti ada warna itu di bagian pupil pasien glaukoma (Ilyas dan Yulianti, 2017). Glaukoma merupakan adanya kerusakan saraf optikus berhubungan dengan tekanan intraokuler yang meningkat disebabkan pengeluaran cairan mata (*aqueous humor*) yang terhambat kemudian terjadi gangguan lapang pandang (Brunner dan Suddart, 2013; Kemenkes RI, 2015). Glaukoma ini penyakit mata yang menyebabkan kehilangan fungsi penglihatan dikarenakan adanya kerusakan pada sel ganglion pada retina (Greco dkk., 2016). Glaukoma merupakan penyakit mata yang dapat melemahkan fungsi mata, penurunan luar pandang penglihatan, mengalami kerusakan anatomi yaitu ekskavasi (penggaungan), atropi saraf optik, glaukوماتomas, degenerasi papil saraf optik, neuropati saraf optik, serta kehilangan atau kerusakan luar pandang penglihatan yang khas (Ilyas dan Yulianti, 2017; Black dan Hawks, 2014).

2.1.2 Etiologi Glaukoma

Penyakit glaukoma ditandai dengan adanya peningkatan tekanan intraokular, penyebabnya karena bertambahnya produksi cairan mata oleh badan siliar, dan berkurangnya cairan mata di daerah sudut bilik mata atau di celah pupil (glaukoma hambatan pupil) (Ilyas dan Yulianti, 2017). Penyakit glaukoma tidak semua diketahui penyebabnya, tergantung jenis glaukoma apa yang sedang

diderita (Kemenkes RI, 2015). Pada jenis glaukoma primer bersifat genetik atau turunan dan tidak diketahui secara pasti apa penyebabnya, sedangkan glaukoma sekunder sebaliknya. Glaukoma berdasarkan jenisnya terdapat glaukoma sudut terbuka primer disebabkan karena adanya faktor yang tersembunyi, proses perjalanan penyakit yang perlahan lebih membahayakan karena terjadi abnormalitas struktural di dalam jaringan trabekular yang menyebabkan adanya penurunan aliran keluar cairan *aqueous*. Pada glaukoma sudut tertutup terjadi karena adanya obstruksi secara tiba-tiba di sudut ruang anterior oleh iris perifer. Jenis glaukoma sekunder terjadi karena beberapa hal, meliputi: kondisi inflamasi pada mata dengan edema yang menutup kanal schlemm, tumor intraokuler yang menghalangi aliran keluarnya cairan *aqueous*, trauma dengan perdarahan intraokuler yang mengakibatkan terhalangnya kanal schlemm, dan trauma dalam bentuk edema kornea dan jaringan parut yang dapat menghambat aliran keluarnya cairan *aqueous*.

Faktor resiko yang dapat menimbulkan glaukoma adalah pasien diabetes, Afro-Amerika, adanya riwayat keluarga yang glaukoma, individu pernah mengalami trauma pada mata, pembedahan pada mata, pada orang kulit hitam dan yang menggunakan steroid sebagai terapi jangka panjang (Brunner dan Suddart, 2013; Tamsuri, 2010). Faktor resiko lain yang dapat menimbulkan glaukoma peradangan, perdarahan pada mata, trauma mata, dan katarak (Kemenkes RI, 2015).

2.1.3 Manifestasi Klinis Glaukoma

Menurut Brunner dan Suddart (2013) Manifestasi klinis yang dapat ditemukan pada pasien glaukoma, meliputi:

- a. Sebagian besar penderita tidak sadar bahwa keadaannya merupakan tanda gangguan mata, mereka mengalami penyakit hingga mereka merasakan ada perubahan visual dan penurunan penglihatan
- b. Gejala-gejalanya seperti penglihatan kabur di sekitar cahaya, sulit memfokuskan penglihatan, sulit menyesuaikan mata pada saat cahaya redup, kehilangan penglihatan perifer, ada rasa sakit atau tidak nyaman di area mata, dan timbul sakit kepala.
- c. Pucat dan cekungnya lempeng/diskus saraf, ketika kerusakan saraf bertambah parah persepsi visual di area itu akan menghilang.

Menurut Tamsuri (2010), manifestasi klinis pada pasien glaukoma ialah nyeri pada mata atau area sekitarnya, ketajaman mata menurun, edema kornea, pandangan kabur, mual, muntah, berkeringat, mata merah, hyperemia konjungtiva, siliar, bili mata depan dangkal, pupil melebar dan lonjong, tidak ada reflek cahaya, Tekanan intraokuler (TIO) meningkat.

Setiap jenis glaukoma memiliki gejala yang berbeda-beda baik akut maupun kronis. Pada kondisi glaukoma akut terjadi kerusakan saraf karena tekanan intraokular sangat tinggi, gejala yang timbul yaitu sakit kepala, rasa gatal pada mata, mual dan muntah, penglihatan kabur, dan melihat pelangi di sekitar lampu. Sedangkan pada kondisi kronis, penderita glaukoma tidak mengalami gejala namun kerusakan saraf yang berlanjut secara perlahan (Kemenkes RI,

2015). Glaukoma sudut terbuka, ditemukan tanda dan gejala yaitu kornea yang berkabut dan edema, terlihat salah satu mata lebih besar, dan peningkatan lakrimasi tanpa ada air mata. Selain itu glukoma juga mengalami peningkatan TIO, ketajaman mata menurun, dan bilik mata dangkal (Tamsuri, 2010). Pada glaukoma sudut tertutup tanda dan gejala yang timbul, meliputi: sakit kepala ipsilateral (sakit kepala heat pada sisi yang sama dengan mata yang cedera); mual dan muntah; mata kemerahan yang terasa nyeri; pupil yang semidilatasi, menetap, atau reaktif; kongesti sklera, melihat halo atau banyangan seperti pelangi di sekitar cahaya dan penglihatan kabur; fotofobia (peningkatan sensitivitas terhadap cahaya) (Hurst, 2015).

2.1.4 Klasifikasi Glaukoma

Penyakit glaukoma bersifat primer atau sekunder. Menurut Smeltzer (2013), glaukoma dibagi menjadi beberapa tipe yaitu glaukoma sudut terbuka, sudut tertutup, kongenital, dan glaukoma yang berkaitan dengan kondisi atau penyakit penyerta lainnya. Menurut Perdami (2002) diklasifikasikan menjadi empat yaitu glaukoma primer, sekunder, kongenital, dan absolute.

Menurut Ilyas dan Yulianti (2017), klasifikasi Vaughen untuk jenis glaukoma meliputi:

a. Glaukoma primer,

Glaukoma primer merupakan jenis glaukoma penyebabnya tidak dapat diketahui secara pasti (Tamsuri, 2010), memiliki sifat bilateral yang berbeda antara sudut bilik mata terbuka maupun tertutup. Glaukoma ini dibedakan menjadi dua yaitu glaukoma sudut terbuka (*open angle glaucoma, chronic simple*

glaucoma) dan glaukoma sudut tertutup (*close angle glaucoma, acute congestive glaucoma*) (Ilyas dan Yulianti, 2017).

1) Glaukoma sudut terbuka

Terjadi kehilangan penglihatan secara tiba-tiba tanpa tanda dan gejala awal dan bersifat kronis, adanya obstruksi atau degeneratif jaringan trabekular, saluran schlemm dan saluran lain yang berdekatan mengakibatkan aliran *aqueous humor* menjadi lebih lambat atau terhenti dan disertai peningkatan TIO (Tamsuri, 2010). Terdapat beberapa faktor seperti genetik, bilateral, onset secara tiba-tiba dan progres yang lambat (Black dan Hawks, 2014).

2) Glaukoma sudut tertutup

Glaukoma yang disebabkan pada ruang anterior (bilik mata depan) mengalami penyempitan secara anatomis dan menyebabkan terdorongnya iris ke depan dan menempel pada jaringan trabekular kemudian dapat menghambat aliran *aqueous humor* ke saluran schlemm (Tamsuri, 2010). Penderita akan mengalami nyeri berat dengan TIO yang tinggi, penglihatan kabur, terkadang melihat gambaran halo hingga mual muntah (Black dan Hawks, 2014).

b. Glaukoma kongenital

Glaukoma ini ada yang primer atau infantil, dan penyerta kongenital lainnya. Glaukoma jenis ini terjadi pada bayi karena faktor keturunan atau genetik. Pada tipe ini tampak adanya kelainan perkembangan pada mata saat bayi lahir, seperti pembesaran bola mata dan kornea keruh, serta mata tampak merah dan berair (Ilyas dan Yulianti, 2017).

c. Glaukoma sekunder

Glaukoma ini terjadi karena ada penyakit lain yang menyerang bola mata seperti terjadi kelainan uvea (uveitis dan tumor), perforasi kornea dan prolaps iris), adanya kelainan lensa (luksasi, pembengkakan, dan fakoltik), trauma (perdarahan dalam bilik mata depan, dan prosedur pembedahan (setelah pembedahan katarak kemudian bilik mata depan yang tidak cepat terbentuk) (Perdami, 2002).

d. Glaukoma absolut

Glaukoma ini suatu kondisi yang terjadi pada tahap stadium akhir dari glaukoma dan terjadi kebutaan total. Pada fase ini terjadi penyumbatan pembuluh darah sehingga terjadi neovaskularisasi, nyeri dan mata keras seperti batu, bilik mata dangkal, papil atrofi dengan eksvakasi glaukomatosa, serta kornea tampak keruh. (Ilyas dan Yulianti, 2017).

2.1.5 Patofisiologi Glaukoma

Glaukoma merupakan penyakit yang timbul karena adanya tekanan intraokular yang meningkat, penyebabnya karena bertambahnya produksi *aqueous humor* (cairan mata) oleh badan siliar dan mengalirkannya keluar, serta keadaan kanalis Schlemm dan keadaan tekanan episklera juga memengaruhi aliran humor *aqueous* melalui sudut bilik mata depan (Tamsuri, 2010). Peningkatan tekanan intraokuler dipengaruhi oleh keseimbangan produksi sekresi *aqueous humor* (cairan mata) oleh badan siliar, kemudian diserap melalui *trabecular meshwork* dan *uveoscleral outflow* (Weinreb dkk., 2014). Pemeriksaan menggunakan alat tonometer Schiotz (aplasi), hasil normalnya tekanan intraokuler kurang dari 20

mmHG, sedangkan tekanan intraokuler mengalami peningkatan itu lebih dari 23 mmHg dan dibutuhkan evaluasi lanjutan (Tamsuri, 2010). Tekanan intraokuler yang tinggi juga menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan suplai darah dan aliran darah terhambat menuju saraf optik dan retina sehingga terjadi iskemia yang dampaknya terjadi penurunan fungsi mata secara bertahap (Black dan Hawks, 2014). Peningkatan TIO menimbulkan pengganggu dan degenerasi saraf optikus yang disebabkan beberapa faktor, meliputi (Tamsuri, 2010):

- a. Pada papil mengalami perdarahan menyebabkan degenerasi berkas serabut saraf pada papil saraf optik;
- b. TIO meningkat secara mekanik dapat memberikan penekanan pada papil saraf bola mata berfungsi sebagai tempat yang memiliki daya tahan paling lemah.
- c. Kerusakan serabut saraf optik dapat menyebabkan kelainan lapang pandang pada pasien glaukoma

2.1.6 Diagnosis dan Pemeriksaan Penunjang Glaukoma

Diagnostik pada pasien glaukoma, dengan melakukan beberapa pemeriksaan (Ilyas dan Yulianti, 2017):

- a. Tonometri,

Pada saat proses pemeriksaan mata pasien diberi anestesi lokal, prosedur ini bertujuan untuk mengukur tekanan bola mata.

- b. Oftalmoskopi,

Pemeriksaan ini dilakukan dengan melebarkan dengan midriatikum, dan bertujuan untuk menginspeksi saraf optikus.

c. Gonioskopi,

Prosedur ini dilakukan dengan melihat pertemuan iris dengan kornea disudut bilik mata menggunakan alat goniolens, yang bertujuan untuk mengkaji sudut filtrasi dalam bilik anterior

d. Perimetri

Berfungsi untuk mengkaji lapang pandang

e. Pakimetri

Berfungsi untuk mengukur tebalnya kornea

2.1.7 Komplikasi Glaukoma

Penyakit glaukoma yang semakin parah dapat terjadi komplikasi terutama kebutaan atau kehilangan penglihatan. Tekanan intraokuler yang semakin parah menyebabkan kerusakan saraf optikus dan ketajaman penglihatan akan semakin menurun (Hapsari, 2017). Komplikasi lain yang timbul yaitu dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari karena kehilangan sensitivitas kontras dan masalah sensitivitas cahaya.

2.1.8 Penatalaksanaan Bedah pada Pasien Glaukoma

- a. Trabekuloplasti laser atau iridotomi, prosedur yang dilakukan dengan indikasi adanya IOP tidak dapat dikontrol secara adekuat oleh medikasi.
- b. Prosedur penyaringan, lubang atau fistula di jejaring trabekular trabekulektomi yang termasuk teknik standar.
- c. Implan drainase atau bedah pintas mungkin dilakukan

- d. Bedah trabektomi hanya dilakukan untuk pasien yang telah menjalani terapi farmakologis dan atau trabekuloplasti, tetapi tidak adekuat dalam mengontrol IOP.

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan pada Pasien Glaukoma

Pada manajemen keperawatan yang dapat diberikan pada pasien (Brunner dan Suddart, 2013):

- a. membuat rencana pendidikan kesehatan mengenai sifat penyakit dan pentingnya mematuhi rencana medikasi yang ketat untuk membantu memastikan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan
- b. Meninjau program medikasi dengan pengontrolan glaukoma pada penglihatan
- c. Memberikan penjelasan terkait efek medikasi pengontrol glaukoma pada penglihatan seperti miotik dan simpatomimetik menghasilkan perubahan fokus mata, maka dari itu pasien harus berhati-hati ketika beraktivitas di lingkungan sekitar.
- d. Merujuk pasien ke pelayanan yang akan membantu pelaksanaan aktivitas hidup sehari-hari, apabila diperlukan
- e. Merujuk pasien dengan adanya gangguan mobiltas untuk mendapatkan layanan bagi pasien dengan gangguan penglihatan dan rehabilitasi, pasien yang memenuhi kriteria kebutaan yang sudah ditentukan harus dirujuk ke lembaga yang membantu mereka mendapatkan bantuan dari negara lain.
- f. Menenangkan pasien dan memberikan dukungan emosional
- g. Melibatkan keluarga pasien dalam rencana asuhan yang akan diberikan, dan penyakit ini memiliki sifat genetik maka dorong keluarga untuk melakukan

pemeriksaan mata minimal 2 tahun sekali untuk mencegah glaukoma sedini mungkin.

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan pemahaman seseorang di kehidupannya sesuai konteks budaya dan sistem nilai berkaitan dengan perhatian, tujuan, harapan, dan standar hidup seseorang (WHO, 1997). Kualitas hidup berupa tingkatan puas atau tidaknya yang dirasakan seseorang tentang berbagai aspek dalam kehidupannya (Ekasari dkk, 2018). Kualitas hidup diartikan sebagai suatu perasaan individu mengenai kesehatan dan kesejahteraan seperti kemampuan fisik, status psikologis, fungsi sosial, kemandirian (Skalicky dan Goldberg, 2012 dalam Ananda, 2016). Pada fungsi intelektual dan kognitif, serta adanya perasaan sehat dan kepuasan hidup (WHO, 2004 dalam Alfian dkk., 2017). Kualitas hidup merupakan suatu persepsi seseorang pada kehidupannya yang menimbulkan tingkat kepuasan atau ketidakpuasan dalam segala aspek yang dialami (WHOQOL-BREF, 1997; Ekasari dkk, 2018). Kualitas hidup terkait kesehatan merupakan tingkat optimal dari mental, fisik, peran, fungsi sosial, persepsi kesehatan, kebugaran, kepuasan hidup, dan kesejahteraan (Theofilou, 2013). Kualitas hidup dipengaruhi oleh derajat kesehatan, seperti halnya individu yang memiliki derajat kesehatan tinggi maka kualitas hidup pun mengikuti menjadi semakin baik atau tinggi (Nursalam, 2015).

Kualitas hidup menurut Notoadmojo (2007) dalam (Anggreria dan Daeli, 2018) diklasifikasikan menjadi dua, meliputi:

- a. Kualitas hidup baik

Seseorang mampu melakukan kebiasaannya seperti memiliki pola hidup yang baik, melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, dan ikut serta dalam program penyuluhan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah.

b. Kualitas hidup buruk

Seseorang melakukan kebiasaan yang menimbulkan peningkatan risiko terpapar penyakit.

2.2.2 Dimensi Kualitas Hidup

Kualitas hidup digambarkan sebagai rentang dari unidimensi yang merupakan domain utama berdasarkan jumlah domain yang berbeda untuk domain objektif (seperti kesehatan, pendapatan, lingkungan) dan domain subjektif (kesejahteraan, kepuasan hidup, psikologis). Domain objektif lebih berdasarkan observasi eksternal individu seperti standar kehidupan, pendidikan atau pengetahuan, pendapatan, dan status kesehatan, serta cara seseorang dalam melakukan pengontrolan dan pengarahan di kehidupannya. Kualitas hidup pada dimensi subjektif berdasarkan respon seseorang dalam hal kepuasan dan kesenangan. Indikator sosial sebagai alat ukur pada domain objektif yang menggambarkan standar hidupnya. Pada dimensi subjektif menekankan pada bagaimana individu menerima kehidupannya yang disesuaikan standar internal (Ekasari dkk, 2018).

Dimensi kualitas hidup meliputi aspek penglihatan/fisik, ekonomi, sosial, fungsional, serta ada aspek emosional dan psikologis (WHO, 1997). Selain itu spiritual, kepuasan pada pelayanan terapi, orientasi masa depan (rencana dan harapan), kesejahteraan keluarga, seksualitas (*body image*) (Rasjidi, 2010 dalam

Anggeria dan Daeli, 2018). Pada kualitas hidup terkait dengan kesehatan atau *health related quality of life* (HRQOL) berhubungan dengan persepsi, fungsi tubuh, kepuasan hidup, psikososial, kecakapan (*ability*), kesejahteraan, serta hubungan (*relationship*) (Stelmack dkk, 2003 dalam Asroruddin, 2014). Menurut WHO (1996) dalam (Anggeria dan Daeli, 2018), domain kualitas hidup yaitu:

a. Domain Kesehatan Fisik

Terdiri dari aspek aktivitas setiap hari, bergantung terhadap tenaga medis dan penggunaan obat, rasa sakit dan ketidaknyaman, energi dan kelelahan, istirahat dan tidur, kapasitas kerja, serta mobilitas.

b. Domain Psikologis

Terdiri dari aspek spiritual, perasaan positif dan negatif, penampilan tubuh, penghargaan diri, konsentrasi dan memori.

c. Domain Hubungan Sosial

Aspek hubungan yang terdiri dari pribadi, aktivitas sosial dan dukungan.

d. Domain Lingkungan

Aspek keamanan dan kenyamanan fisik, kesehatan dan kepedulian sosial, lingkungan rumah, sumber keuangan, kebebasan, transportasi, keterampilan baru, rekreasi.

2.2.3 Indikator Kualitas Hidup

Kualitas hidup itu memperoleh kehidupan yang baik dan juga yang berkualitas tinggi (Ventegodt dkk, 2013). Kualitas hidup di deskripsikan dari adanya kebahagiaan, fungsi dalam konteks fungsi, pemenuhan semua kebutuhan,

dan lain-lain. Kualitas hidup dikelompokkan menjadi 3 indikator kehidupan yang baik, yaitu:

- a. Kualitas hidup subjektif, ini menjelaskan bahwa kehidupan tersebut dapat dikatakan baik jika di rasakan oleh setiap manusia dan secara mandiri mengevaluasi dengan menggambarkan sesuatu sesuai apa yang mereka rasakan
- b. Kualitas hidup eksistensial, ini menjelaskan pada tingkatan yang lebih mendalam dan terlihat dari seberapa baik hidup seseorang. Individu mempunyai suatu sifat bawaan yang lebih mendalam dan berhak untuk dihormati serta hidup dalam keharmonisan
- c. Kualitas hidup objektif, kemampuan individu dalam beradaptasi dengan nilai-nilai kebudayaan dan mengutarakan tentang kehidupannya, oleh karena itu salah satu indikator ini dapat dirasakan oleh dunia luar.

2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

a. Usia

Menurut Nuthel dkk dan Hyman dkk dalam Karmila (2014), berdasarkan hasil penelitian bahwa usia memberikan makna yang signifikan terhadap skor kualitas hidup.

b. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan sangat berpengaruh dalam proses membentuk tindakan manusia. Pada penelitian Ananda (2016) menyebutkan bahwa pasien dengan pengetahuan yang baik, maka juga mempunyai kualitas hidup yang baik dan sebaliknya.

c. Lama menderita penyakit

Pada penelitian Rosalina dan Wahjudi (2011) menunjukkan bahwa semakin lama waktu sakit, maka pasien semakin paham dan dapat beradaptasi dengan penyakit yang di alaminya. Sedangkan pada penelitian Ananda (2016), menyatakan bahwa kualitas hidup klien dengan glaukoma dipengaruhi oleh semakin lama maka kualitas hidup klien juga menurun.

d. Jumlah Penggunaan Obat

Hasil penelitian Karmila (2014) menunjukkan jumlah pemakaian obat yang memiliki hubungan terhadap kualitas hidup pasien glaukoma.

2.2.5 Kualitas hidup pada pasien glaukoma

Glaukoma memang tidak bisa disembuhkan namun dapat dikontrol dan dikendalikan serta bersifat progresif, maka dari itu dibutuhkan manajemen perawatan dalam jangka waktu yang lama bahkan sampai seumur hidup. Pada pasien glaukoma dengan adanya manajemen perawatan bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kualitas hidup. Penyakit ini dapat mempengaruhi kualitas hidup karena berkaitan dengan fungsi penglihatan yang menurun kemudian adanya keterbatasan dan kesulitan dalam beraktivitas (Karmila, 2014). Keterbatasan yang dialami meliputi kesulitan mobilitas, mengemudi, berjalan, membaca, adanya peningkatan resiko jatuh, mengerjakan pekerjaan rumah, dan menyiapkan makanan (Medeiros dkk., 2014; Sun dkk., 2015). Selain itu, dapat terjadi isolasi sosial, depresi, *shock* dan *denial*, serta ketergantungan pada orang lain (Assroruddin, 2014).

Penurunan kualitas hidup pada pasien glaukoma berkaitan dengan beberapa faktor yakni penyakit yang diderita dan perawatan yang dilakukan seumur hidup, seperti terjadi penurunan fungsi penglihatan, keterbatasan beraktivitas, proses pengobatan, efek samping, dan biaya pengobatan yang harus dikeluarkan (Rosalina dan Wahjudi, 2011; Floriani dkk., 2016; Ananda, 2016).

Perkembangan penyakit glaukoma dapat dinilai dengan pemeriksaan primeteri, TIO, dan ketajaman penglihatan, penilaian tersebut hanya secara klinis saja dan tidak cukup mewakili penilaian kualitas hidup pasien karena tidak diketahui aktivitas-aktivitas yang terganggu dan yang tidak terganggu (Ananda, 2016). Pada beberapa penelitian dalam proses penilaian kualitas hidup membutuhkan pengkajian tambahan untuk mengukur kualitas hidup pasien glaukoma berupa instrumen tambahan atau kuesioner. Secara spesifik dilihat pada aspek kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial serta lingkungan. Pada aspek kesehatan kualitas hidup lebih mengarah pada pemahaman individu terhadap kesehatan fisik dan mental. HRQOL dapat dibagi lagi untuk mengukur dimensi tunggal atau dimensi multipel HRQOL, item yang berhubungan untuk menilai variabel dapat dikelompokkan menjadi domain, dimensi atau subskala. Penilaian kualitas hidup terkait kesehatan yakni HRQOL yang sering diukur seperti fisik, fungsi, psikologis dan sosial (WHO, 1997 dalam Asroruddin, 2014). Salah satu kuesioner yang digunakan pada beberapa penelitian yang bertujuan untuk mengukur kualitas hidup pasien glaukoma adalah kuesioner *The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire* (GQL-15). GQL 15 merupakan salah satu instrumen yang spesifik mengkaji dan mengevaluasi kualitas hidup pasien dengan

gangguan penglihatan (Glaukoma) yaitu berfokus pada aspek fisik pasien dan keterbatasan aktivitas yang merupakan dampak dari gangguan penglihatan (Rosalina dan Wahjudi, 2011; Purwitasari, 2019).

2.2.6 Penilaian Kualitas Hidup pada pasien glaukoma

Instrumen yang dikembangkan dan dilakukan untuk menilai atau mengukur kualitas hidup pada pasien gangguan penglihatan yaitu kuesioner adalah sebagai berikut:

a. *The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire (GQL-15)*

Kuesioner *The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire (GQL-15)* ada 15 pertanyaan yang terbagi menjadi 4 kategori yaitu mobilitas luar ruangan, penglihatan perifer, penglihatan dekat, dan adaptasi gelap terang bertujuan untuk mengevaluasi gangguan fungsi visual pada pasien glaukoma (Mbadugha dkk., 2012; Rosalina dan Wahjudi, 2011; Purwitasari, 2019). Pemberian skor pada GQL-15 ini dengan beberapa kategori skala kesulitan (Khadka dkk., 2011). Kriteria pemberian skor yaitu 0= Jangan diisi untuk alasan yang tidak terkait dengan pandangan mata, 1= tidak ada kesulitan, 2= sedikit ada kesulitan, 3= kadang-kadang, 4= kesulitan yang agak parah, 5 = kesulitan yang parah. Nilai maksimal 75 dan minimalnya 0, dengan setiap pertanyaan dinilai skala 0-5. Nilai skor semakin tinggi maka sejajar dengan kualitas hidup semakin buruk (Rosalina dan Wahjudi, 2011; Purwitasari, 2019).

b. Kuesioner *National Eye Visual Institute Visual Functioning Questionnaire-25 (NEI VFQ-25)*

Awalnya NEI VGQ-25 dikembangkan oleh National Eye Institute (NEI) Amerika pada pemenuhan kebutuhan pada instrumen yang bertujuan untuk menilai kualitas hidup yang berhubungan dengan fungsi penglihatan. Kuesioner ini telah digunakan pada penelitian tentang penyakit mata dengan populasi yang besar dan tervalidasi dalam beberapa bahasa. Penelitian menjelaskan bahwa subskala dari NEI VFQ-25 kebanyakan bersifat responsif pada perubahan ketajaman fungsi penglihatan selama 12 bulan, maka dari itu kuesioner ini dapat digunakan dari waktu ke waktu untuk mengukur kualitas hidup yang berhubungan fungsi penglihatan (Fajariyah, 2016). Kuesioner dapat memberikan data yang bersifat *reproducible* dan sahih, khususnya apabila digunakan di berbagai kondisi pada gangguan fungsi visual yang semakin lama dapat semakin parah (Mangione dkk dalam Asroruddin, 2014). Reliabilitas dan validitas sama dengan yang dimati pada versi NEI VFQ-51 item. Diperkirakan setiap subskala dari VFQ diprediksi 92% dari varian skor subskala 51 item (Mangione, 2001 dalam Purwitasari, 2019). Kuesioner ini terbagi menjadi 25 pertanyaan yang dan dibagi lagi menjadi 12 subskala yaitu kesehatan mata, rasa sakit pada mata atau ketidaknyamanan, pada penglihatan aktivitas jarak dekat dan jarak jauh, fungsi sosial, kesehatan mental, kemandirian, keterbatasan dalam pekerjaan, melihat di sekeliling, melihat warna, dan kemampuan mengemudi. Pada skoring dihitung tiap subskala dari 0 yang terburuk dan 100 tidak ada ketidakmampuan yang berkaitan dengan fungsi visual. Kemudian skoring di total keseluruhan dan dibagi 12. Setelah itu di kelompokkan dengan pengkategorian menjadi 2 jenis yaitu kualitas hidup baik (skor ≥ 60) dan buruk (skor < 60) (Ananda, 2016).

c. *Glaucoma Symptom Scale (GSS)*

GSS adalah salah satu instrumen yang di peruntukkan pada penilaian kualitas hidup pasien glaukom berdasarkan gejala yang dialami oleh pasien. Pada kuesioner ada 10 pertanyaan yang dibagi menjadi 2 domain yaitu keluhan visual dan non visual (Karmila, 2014). Domain keluhan visual terbagi menjadi 4 pertanyaan visual dan 6 pertanyaan non visual. Reliabilitas baik dengan *alpha cronbach* $> 0,70$. GSS juga menunjukkan korelasi yang baik dengan subskala yang terdapat pada kuesioner NEI VFG, tapi kurang signifikan pada korelasi perubahan lapang pandang dan ketajaman penglihatan (Labiris dkk., 2011).

d. *Activities Daily Vision Scale (ADVS)*

Pada pengukuran kualitas hidup yang berhubungan dengan fungsi penglihatan dapat digunakan instrumen kuesioner *Activities Daily Vision Scale (ADVS)*. VF-14 ini memiliki korelasi yang signifikan dengan ketajaman mata. Evaluasi yang dilakukan menghasilkan 3 kali lebih sensitif terhadap perubahan ketajaman mata. Saat diaplikasikan pada pasien glaukoma hasil yang didapatkan kesesuaian dengan kehilangan lapang pandang, tapi secara statistik kurang signifikan jika dibandingkan dengan kontrol orang normal (Spachth dkk., 2006 dalam Hardianti, 2018).

2.3 Dukungan Keluarga

2.3.1 Definisi Keluarga

Gabungan dari dua individu atau lebih yang membentuk suatu perkumpulan dikarenakan hubungan darah, perkawinan, atau diangkat sebagai keluarga, hidup dalam satu rumah, saling melakukan interaksi sesuai perannya

dan menciptakan serta mempertahankan seni dan budaya, yang disebut keluarga (Bailon dan Maglaya 1997 dalam Susanto, 2012). Keluarga itu suatu kelompok kecil yang memiliki sifat yang unik, dengan individu yang saling berkaitan satu sama lain dan bergantung secara erat untuk mendapatkan fungsi dan tujuan keluarga (Friedman, Bowden, Jones, 2010). Menurut Depkes 1988, keluarga dapat diartikan bagian terkecil di masyarakat yang di dalamnya ada kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal dalam satu atap yang sama dalam keadaan saling bergantung satu sama lain (Ali, 2009). Berdasarkan penjelasan di atas keluarga adalah suatu hubungan yang terdiri dari sekumpulan individu yang didalamnya ada ikatan perkawinan, hubungan darah, saudara angkat yang saling berkaitan satu sama lain sesuai perannya, memiliki keunikan serta saling bergantung.

2.3.2 Ciri-Ciri Keluarga

Dapat dikatakan suatu keluarga jika terdapat hal-hal sebagai berikut (Maclver dan Page dalam Ali 2009):

- a. Adanya suatu ikatan perkawinan
- b. Dapat terbentuk suatu organisasi yang berhubungan dengan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara
- c. Adanya fungsi ekonomi
- d. Keluarga mempunyai tempat tinggal bersama
- e. Adanya suatu sistem tata nama (nomenclatur)

2.3.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga dibagi menjadi empat (Friedman dkk., 2010), meliputi:

a. Struktur Peran Keluarga

Peran adalah suatu gabungan perilaku yang memiliki sifat homogen dan ada batas secara normatif, pada saat individu berada atau memegang suatu posisi sosial tertentu maka semua yang harus dilakukan individu tersebut (Friedman, Bowden, Jones., 2010). Menurut Suprajitno (2004) pada lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat setiap anggota keluarga memiliki perannya, peran diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu informal dan formal.

b. Nilai atau Norma Keluarga

Nilai atau norma dalam lingkungan keluarga menjadi acuan bagi perilaku anggota keluarga dan pedoman untuk mengembangkan aturan dan nilai dalam keluarga (Friedman dkk., 2010). Nilai atau norma keluarga berupa suatu sistem ide, sikap, perilaku dan kepercayaan tentang konsep yang disadari maupun tidak serta bersifat mengikat semua anggota keluarga.

c. Pola Komunikasi Keluarga

Komunikasi adalah suatu kegiatan saling bertukar perasaan, keinginan, kebutuhan, dan pendapat yang berperan pengikat subsistem. Pola komunikasi yang ditanamkan dalam keluarga sangat berpengaruh pada anggota keluarganya. Komunikasi terdapat dua jenis yaitu fungsional dan disfungsional (Friedman, Bowden, dan Jones, 2010).

d. Struktur Kekuatan/kekuasaan Keluarga

Suatu keahlian anggota keluarga dalam mempengaruhi, mengendalikan, serta merubah tingkah laku anggota keluarga yang lain (Suprajitno, 2004). Dalam konteks ini terdapat dua komponen utama yaitu pengaruh dan pengambilan keputusan (Friedman dkk., 2010).

2.3.4 Keluarga Sebagai Fokus Sentral

Menurut Friedman dkk (2003) dalam Susanto (2012) keluarga adalah suatu cerminan status kesehatan individu maupun masyarakat dalam suatu keluarga, maka dari itu untuk merealisasikan kesehatan yang baik fokus sentral atau yang utama dalam proses asuhan keperawatan yaitu keluarga. Keluarga sebagai fokus sentral, sebagai berikut:

- a. Keluarga dapat menjadi lebih kritis dalam memberikan pesan dan nasehat kesehatan pada anggotanya.
- b. Keluarga adalah suatu unit, maka apabila ada masalah didalamnya (misalnya penyakit) dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lainnya.
- c. Mempunyai hubungan yang erat kaitannya dengan status kesehatan anggota keluarganya.
- d. Keluarga dapat menjadi upaya penemuan kasus kunci pada permasalahan yang dialami anggota keluarganya.
- e. Keluarga dapat dipahami lebih jelas terhadap individu dan fungsinya dalam lingkungan keluarga.
- f. Keluarga merupakan suatu sistem pendukung yang penting bagi anggotanya.

2.3.5 Interaksi Keluarga dengan Rentang Sehat/Sakit

Ruang lingkup keluarga memerlukan mekanisme coping yang baik dalam menghadapi masalah, interaksi dalam keluarga diperlukan ketika anggota keluarga sehat maupun sakit dan apabila terjadi suatu keadaan sakit keluarga akan merespon dan berusaha dengan berupaya mengambil beberapa tindakan untuk mengatasi keadaan tersebut (Stanhope dan Lancaster, 1996 dalam Susanto, 2012), meliputi:

- a. Keluarga akan berupaya dengan melakukan promosi kesehatan
- b. Keluarga akan melakukan suatu penilaian terhadap gejala penyakit yang dialami keluarga
- c. Keluarga akan mencari perawatan yang sesuai dengan kondisi sakit keluarganya
- d. Keluarga akan berusaha untuk merujuk keluarganya dan mendapat perawatan yang sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami
- e. Keluarga akan menunjukkan respon takut pada keadaan sakit oleh pasien dan keluarga
- f. Keluarga beradaptasi terhadap sakit dan pemulihan masalah kesehatan yang dialami

2.3.6 Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Fungsi ini sesuai konteksnya berkaitan terhadap fungsi internal keluarga, yang didalamnya melindungi dan dukungan psikososial pada anggota keluarga (Efendi dan Makhfudli, 2009). Keterlibatan pemahaman keluarga dalam

memberikan penghargaan dan asuhan kebutuhan psikososial keluarganya. Keluarga memberikan suasana kenyamanan emosional, membantu anggota dalam membentuk identitas dan cara bertahan saat terjadi goncangan atau stress (Friedman, Bowden, Jones, 2003 dalam Susanto, 2012). Fungsi ini berupa bentuk saling mengasuh mengasih dalam memberikan cinta kasih, dukungan dan menerima keadaan anggota keluarga dengan glaukoma.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi ini keluarga sebagai figur utama dalam proses pembentukan karakter anggotanya. Berperan dalam menanamkan kepercayaan, nilai, sikap dan mekanisme coping; dapat memberikan umpan balik dan petunjuk dalam penyelesaian masalah (Friedman, Bowden, Jones, 2003 dalam Susanto, 2012). Keluarga berperan penting dalam proses perkembangan dan melatih anggota keluarganya sebelum bersosialisasi atau berhubungan langsung dengan orang lain. Fungsi sosialisasi ini diperlukan oleh anggota keluarga dengan glaukoma agar mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar dan sebagai pendukung agar tidak terjadi perilaku maladaptif.

c. Fungsi Ekonomi

Fungsi ini keluarga berupa aspek finansial dan dapat memenuhi kebutuhan anggota keluarganya. Sumber daya yang dibutuhkan berupa uang, sandang pangan, adanya tempat tinggal, barang yang diperlukan anggota keluarga serta suatu tempat pengembangan kemampuan individu dalam proses peningkatan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Pada pasien glaukoma salah

satunya membutuhkan biaya perawatan selama hidupnya karena hanya dapat dikontrol.

d. Fungsi Reproduksi

Fungsi ini keluarga bertugas memberikan anak atau meneruskan keturunan, melahirkan, memelihara, membesarkan anak, memenuhi semua kebutuhannya sampai menjaga kelangsungan kehidupan keluarga. Pasien glaukoma juga menginginkan salah satu aspek fungsi keluarga ini terpenuhi salah satunya dapat berupa memiliki keturunan.

e. Fungsi Fisik atau Perawatan Kesehatan

Pada fungsi ini dapat mewujudkan kenyamanan, keamanan lingkungan yang diperlukan dalam fase pertumbuhan, perkembangan dan tempat istirahat serta proses penyembuhan penyakit (Friedman, Bowden, Jones, 2003 dalam Susanto, 2012). Bertujuan untuk memelihara dan mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar terwujud derajat kesehatan yang tinggi. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan penglihatan atau glaukoma dengan membantu dalam beraktivitas sehari-hari. Keluarga mampu memenuhi, memberikan dukungan dalam proses perawatan atau pengobatan penyakitnya.

2.3.7 Tugas Kesehatan Keluarga

Pada ruang lingkup kesehatan, keluarga bertugas seperti salah satu fungsi keluarga yaitu perawatan atau pemeliharaan kesehatan. Proses pemberian perawatan dan memelihara kesehatan yang efektif memerlukan keterlibatan

keluarga, maka perlu dipahami mengenai 5 tugas kesehatan keluarga (Friedman, Bowden, Jones., 2010), yaitu:

a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Keluarga adalah suatu unit kecil di masyarakat, yang tidak boleh diabaikan dalam pemenuhan kebutuhan keluarga adalah kesehatan keluarganya. Salah satu tugas keluarga adalah mengetahui masalah kesehatan keluarga sangat penting untuk melakukan preventif lebih awal dalam menangani masalah yang mulai dialami anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun perlu ditinjau lebih lanjut oleh keluarga (orang tua), apabila diperlukan perubahan tersebut dapat dicatat kejadiannya kapan, dan sudah sejauh mana perubahannya (Suprajitno, 2004).

b. Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Setelah keluarga mengetahui masalah yang terjadi, keluarga berupaya mencari pertolongan atau tindakan yang tepat untuk mengatasi keadaan keluarga dengan mempertimbangkan pertolongan atau tindakan yang disepakati dengan harapan masalah dapat berkurang atau bahkan teratasi. Pada proses menentukan tindakan dilakukan oleh anggota keluarga yang mampu untuk memutuskan dan menentukan tindakan yang tepat bagi keluarga (Suprajitno, 2004).

c. Merawat keluarga yang sakit

Pada saat menentukan pertolongan, pengobatan atau pelayanan kesehatan yang tepat, namun keluarga belum mampu dan ada keterbatasan dalam merawat. Maka dari itu, bagi yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh

tindakan lebih lanjut atau perawatan di pelayanan kesehatan. Jika keluarga merasa mampu atau mempunyai kemampuan saat memberikan tindakan pertolongan pertama, maka dapat memberikan perawatan anggota keluarganya dirumah (Suprajitno, 2004).

- d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Salah satunya tugasnya saat anggota keluarga sakit yaitu memberikan perawatan. Keluarga memberikan perawatan saat pasien di pusat pelayanan kesehatan maupun kondisi setelah perawatan. Pada saat fase penyembuhan keluarga dituntut untuk mempertahankan kondisi pasien sehingga keluarga yang sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidupnya. Keluarga yang memberikan perawatan harus mengetahui kondisi pasien dan pengetahuan tentang penyakit yang diderita keluarganya. Selain itu hal yang perlu diperhatikan, keluarga harus memahami bagaimana perawatan yang harus dilakukan, peralatan, fasilitas untuk merawat pasien (Parellangi, 2017).

2.3.8 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga ini sebuah dukungan interpersonal yang berupa sikap, tindakan penerimaan dan dapat memberikan perlindungan terhadap anggota keluarganya dari efek stress yang buruk yang meliputi: dukungan emosional, informasioal, penilaian, dan instrumental (Kaplan dan Sadock, 2002; Friedman dkk.,2010).

2.3.9 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut House dan Khan (1985) dalam Friedman, Bowden, Jones (2010) jenis dukungan keluarga ada 4 tipe, meliputi:

- a. Dukungan emosional, diberikan keluarga untuk mendorong anggota keluarga membicarakan semua masalahnya sehingga dapat sedikit meringankan beban yang dialami oleh anggotanya, dengan memberikan saran dan bimbingan yang memelihara nilai dan tradisi keluarga (Friedman, Bowden, Jones, 2010).
- b. Dukungan penilaian, berperan sebagai umpan balik, memberikan bimbingan dan memecahkan masalah yang dialami oleh anggota keluarganya (Setiadi, 2008).
- c. Dukungan instrumental, berupa bantuan langsung atau nyata dan bantuan ekonomi untuk memenuhi semua kebutuhan anggota keluarganya (Friedman, Bowden, Jones, 2010).
- d. Dukungan informasional, keluarga berperan dalam bentuk informasi yang berupa saran, ide, ataupun dapat memberikan informasi yang membantu meringankan permasalahan yang dialami oleh anggota keluarga (Setiadi, 2008).

2.3.10 Sumber Dukungan Keluarga

Sumber dukungan dapat diperoleh dari individu, keluarga, komunitas. Sumbernya dapat berupa berorganisasi, kemampuan pengambilan keputusan, serta kemampuan untuk menyelesaikan masalah didapatkan melalui dukungan internal dan eksternal. Dukungan eksternal yaitu sistem pendukung sosial keluarga atau

diluar keluarga, jika yang internal didapat dari suami istri dan juga saudara kandung (Friedman, Bowden, Jones, 2010).

2.3.11 Manfaat dukungan keluarga

Proses yang terjadi seumur hidup, dukungan keluarga dapat mempengaruhi kesehatan setiap individu. Individu yang memperoleh dukungan keluarga yang baik, status kesehatannya meningkat (Friedman, Bowden, Jones, 2010).

2.3.12 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor yang terbagi menjadi 2, meliputi (Purnawan, 2008 dalam Sampelan, 2015):

a. Faktor Internal

1) Tahap perkembangan

Pada setiap perkembangan dalam memahami dan merespon terhadap kesehatan itu berbeda-beda, disesuaikan dengan tahap tumbuh kembang setiap rentang usia (bayi-lansia). Maka dari itu dukungan yang diberikan dapat disesuaikan dengan tahap perkembangan individu.

2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Salah satu dukungan keluarga yaitu memberikan informasi yang dipengaruhi tingkat pengetahuan dan pendidikan anggota keluarga. Jika anggota keluarga mengenai kedua hal tersebut baik maka dukungan keluarga terhadap dukungan informasi yang diberikan juga baik, begitu pula sebaliknya.

3) Emosional

Keyakinan individu dengan adanya dukungan dan cara melakukannya dipengaruhi oleh emosional. Faktor ini sangat berpengaruh pada cara respon keluarga dalam memberikan dukungan, sehingga individu mengetahui keluarga telah memberikan bantuan yang tepat dan sesuai kebutuhan.

4) Spiritual

Di lihat dari nilai dan keyakinan yang dilakukan, kemudian bagaimana hubungan yang terjalin dengan keluarga atau teman terdekat, serta mampu mencari arti dan harapan hidup.

b. Faktor Eksternal

1) Praktik di keluarga

Keluarga dapat sebagai contoh bagi anggota keluarganya, seperti cara keluarga dalam memberi dukungan yang dapat berpengaruh pada pasien saat proses pelaksanaannya. Contohnya, apabila keluarga melakukan tindakan pencegahan sebagian besar pasien juga dapat terpengaruhi untuk dapat melakukan hal itu juga.

2) Faktor sosial-ekonomi

Sosial ekonomi dapat berpengaruh pada cara individu menjelaskan dan berespon terhadap penyakitnya, serta dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit.

3) Latar belakang budaya

Keyakinan, nilai serta kebiasaan seseorang dalam memberikan dukungan terkait cara memelihara kesehatannya dipengaruhi oleh latar belakang budaya .

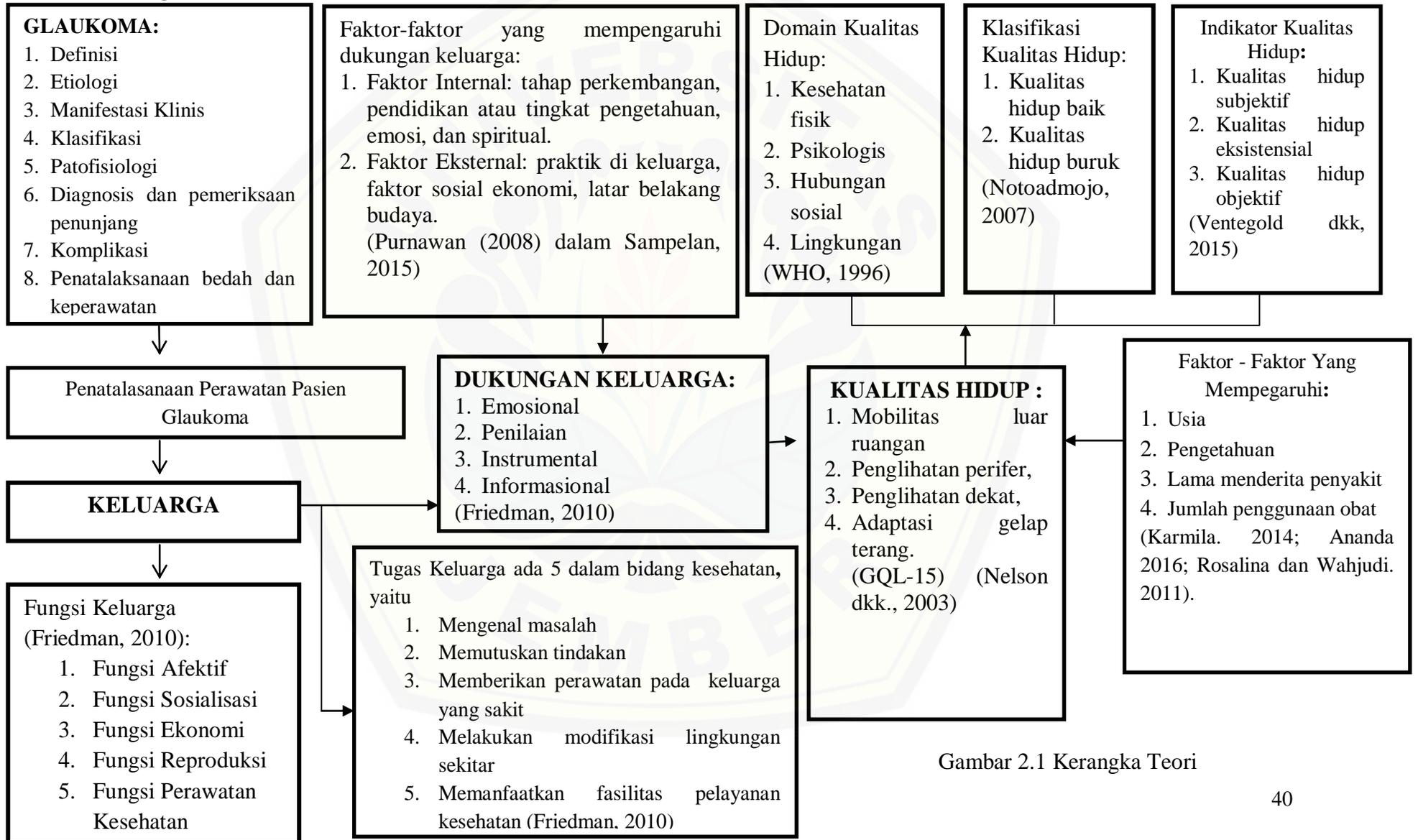
2.3.13 Tujuan Dukungan Keluarga

Menurut Friedman dkk (2010) menjelaskan bahwa individu yang berada di lingkungan yang mendukung biasanya mempunyai kondisi yang lebih baik daripada sebaliknya. Terutama dukungan keluarga dapat menurunkan stress serta untuk kesehatan mental individu ataupun keluarga akan meningkat. Dukungan keluarga dapat dijadikan strategi koping yang sangat penting sebagai salah satu untuk mengatasi permasalahan yang terjadi di dalam keluarga atau saat terjadi stress bagi keluarga.

2.3.14 Penilaian Dukungan Keluarga

Sejauh mana dukungan tersebut diberikan dinilai menggunakan kuesioner yang diadopsi dari penelitian Hapsari (2017). Kuesioner ini tersusun berdasarkan jenis dukungan keluarga menurut Friedman dkk (2010) terbagi menjadi 4 macam meliputi: dukungan emosional, penilaian, informasional, dan instrumental. Dukungan keluarga dicantumkan di kuesioner ini bersifat *favorable* ada 14 pertanyaan dengan jawaban 1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sering, dan 4= selalu. Pertanyaan *unfavorable* ada 9 dengan jawaban 1= selalu, 2= sering, 3= kadang-kadang, dan 4= tidak pernah. Setelah itu dikategorikan berdasarkan distribusi data (*cut off point*).

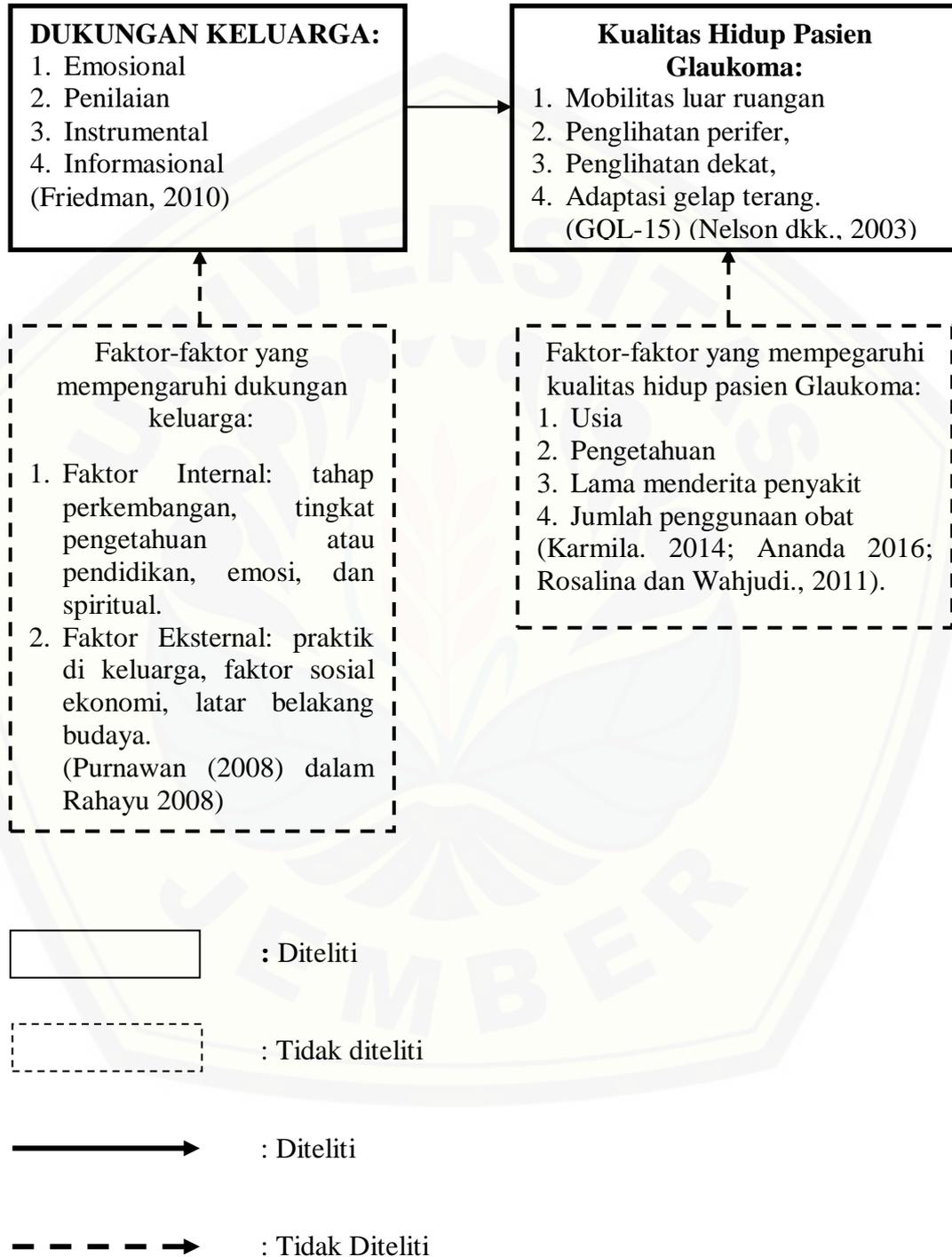
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis berupa jawaban sementara dari rumusan penelitian yang perlu diuji kebenarannya dan dinyatakan dalam sebuah kalimat (Setiadi, 2013). Hipotesis penelitian ini berdasarkan teori yang telah dibuat, dan fakta-fakta empiris belum ada yang kemudian di dapatkan pada saat pengumpulan data (Sugiyono, 2016). Penelitian ini menggunakan hipotesa alternatif (H_a) yang menyatakan hubungan antara dukungungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien glaukoma. Pada penelitian ini tingkat kesalahan (α) yaitu 0,05. Apabila nilai yang di dapat menunjukkan $p \text{ value} < \alpha$ maka H_a diterima atau H_o ditolak.

BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan tersebut lebih menekankan pada saat proses pengukuran atau observasi dilakukan dalam satu waktu dari data variabel independen maupun dependen. Variabel independennya yaitu dukungan keluarga, dan variabel dependen yaitu kualitas hidup.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Penelitian membutuhkan suatu populasi sebelum menentukan sampel yang akan diteliti. Populasi merupakan semua objek maupun subjek memiliki karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian dapat disimpulkan (Sugiyono, 2016). Populasi terjangkau merupakan populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan dapat dijangkau peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2017). Pada penelitian ini populasinya dari seluruh pasien glaukoma yang melakukan perawatan di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember bulan Maret-Desember 2019 yaitu sebesar 186 pasien.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi terjangkau yang bisa digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2017). Menurut Roscoe dalam Sugiyono (2017) menyatakan ukuran sampel minimal pada penelitian antara 30-500 responden. Sampel penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi

dan eksklusi responden yang bertempat di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember. Besaran sampel penelitian ini dihitung menggunakan perhitungan rumus Lameshow, yaitu:

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

Keterangan :

n : Besar sampel minimal

N : Jumlah populasi

Z : Standar deviasi normal 1,96 dengan CI 95%

d : Derajat ketepatan yang digunakan oleh 90% atau 0,1

p : proporsi target populasi adalah 0,5

Perhitungan sampel minimal, sebagai berikut :

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 186 \times (0,5)^2}{(0,1)^2 \times (186 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 63,5$$

$$n = 64$$

Kesimpulan berdasarkan perhitungan sampel didapatkan data sebanyak 64 sampel disesuaikan dengan estimasi tambahan sebesar 10% sehingga sampel ditambah menjadi 71 sampel.

4.2.3 Teknik Penentuan Sampel

Penentuan sampel menggunakan teknik *non probability sampling* yaitu teknik penentuan sampel yang tidak memberikan peluang sama terhadap anggota populasi untuk dipilih sebagai sampel (Sugiyono, 2017). Pada penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling* dengan cara *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2017).

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Penelitian ini menggunakan kriteria sampel yang terbagi menjadi dua yaitu: kriteria inklusi dan eksklusi.

4.2.4.1 Kriteria Inklusi

1. Pasien glaukoma usia minimal 18 tahun (responden usia > 65 tahun dilakukan *screening* menggunakan kuesioner MMSE);
2. Pasien glaukoma yang kooperatif;
3. Pasien bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini menjadi responden.

4.2.4.2 Kriteria Eksklusi

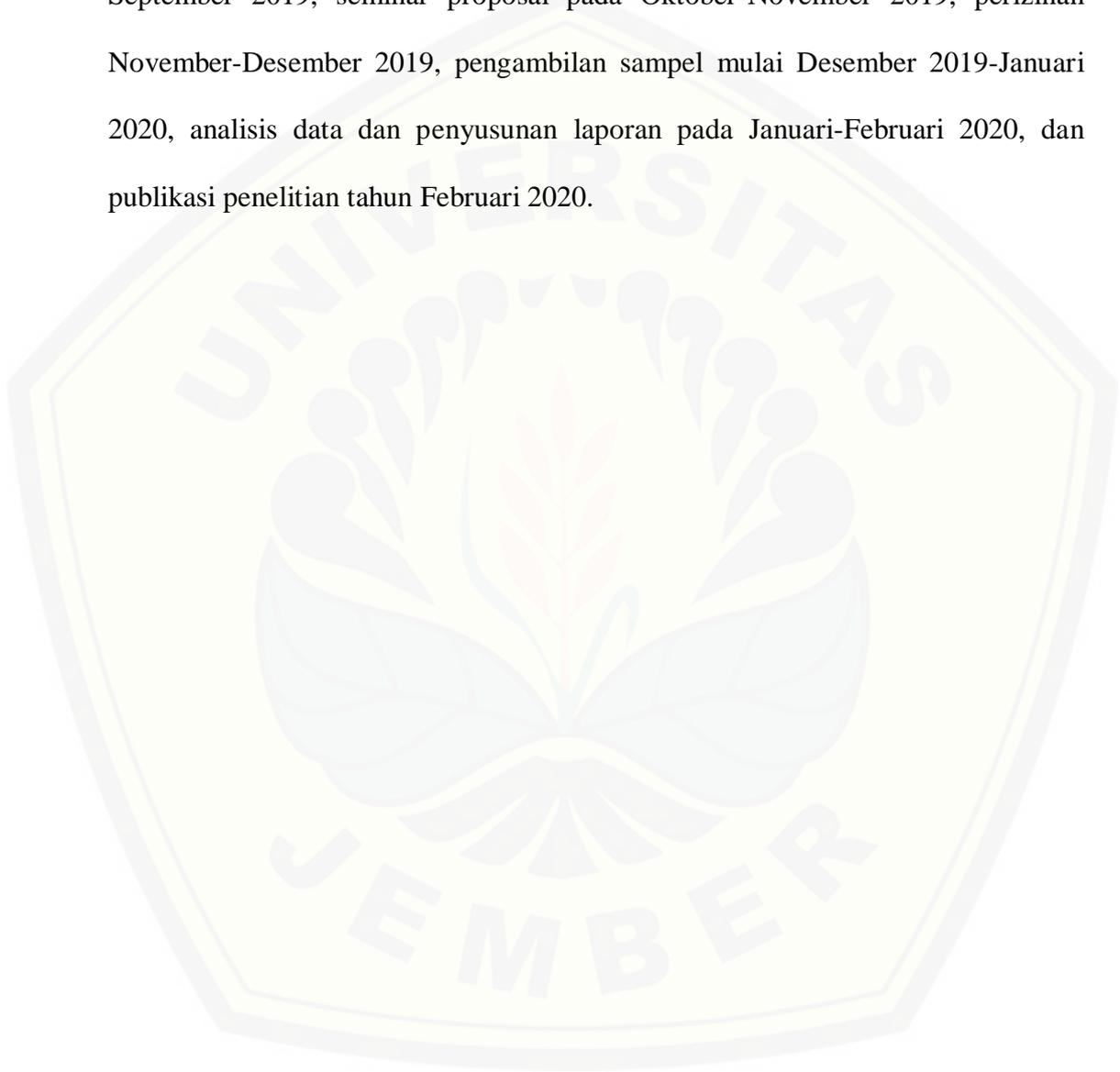
1. Pada saat proses penelitian pasien mengundurkan diri;
2. Pasien glaukoma yang tidak mengisi dengan lengkap kuesioner.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poli Mata Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Tahap mengerjakan skripsi ini dimulai pada bulan September – Desember 2019. Waktu penelitian terhitung mulai dari tahap menyusun proposal pada bulan September 2019, seminar proposal pada Oktober-November 2019, perizinan November-Desember 2019, pengambilan sampel mulai Desember 2019-Januari 2020, analisis data dan penyusunan laporan pada Januari-Februari 2020, dan publikasi penelitian tahun Februari 2020.



Tabel 4.1 Waktu Penelitian

No	Kegiatan	September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan Judul	■																							
2	Penyusunan Proposal		■	■	■	■	■	■																	
3	Seminar Proposal dan Revisi							■	■	■	■														
4.	Perizinan											■	■	■	■										
5.	Pengambilan Data															■	■	■	■						
6.	Penyusunan Laporan																			■	■	■	■		
7.	Sidang Hasil dan Revisi																							■	■
8.	Publikasi Ilmiah																								■

4.1 Definisi Operasional

Karakteristik penelitian diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut sebagai nilai akurasi, komunikasi dan replikasi, yang disebut definisi operasional (Nursalam, 2017). Pada definisi operasional terdiri dari variabel independen dukungan keluarga dan dependen kualitas hidup.



Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel Independen: Dukungan Keluarga	Berupa bantuan yang dibutuhkan pasien glaukoma dan dapat diterima serta dirasakan oleh klien, yang diberikan oleh keluarga dekat pada pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember.	a. Dukungan Informasional b. Dukungan Penilaian c. Dukungan Instrumental d. Dukungan Emosional	Kuesioner Keluarga	Dukungan Ordinal	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> yaitu Dukungan keluarga tinggi jika nilai $\geq 45,5$ Dukungan keluarga rendah jika nilai $< 45,5$
Variabel Dependen: Kualitas Hidup	Suatu bentuk persepsi subjektif pasien glaukoma dari tingkat kepuasan dalam menjalani kehidupan, perawatan, dan beraktivitas sehari-harinya pada pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember	a. Penglihatan Sentral dan dekat b. Penglihatan perifer, c. Adaptasi gelap terang d. Aktivitas di luar ruangan.	Kuesioner <i>The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire (GQL-15)</i>	Ordinal	Dikategorikan menjadi 2 kategori menggunakan <i>cut of point</i> yaitu kualitas hidup baik skor ≤ 34 kualitas hidup buruk skor > 34 .

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data terdiri dari data primer diperoleh secara langsung dari responden tersebut, sedangkan untuk data sekunder itu di peroleh data secara tidak langsung dari responden tapi dari pihak lain (Sugiyono, 2016). Data primer di dapat dari hasil kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner *The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire* (GQL-15) yang didukung oleh data dari karakteristik responden antara lain nama, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan. Data sekunder seperti ketajaman penglihatan didapatkan dari data rekam medis pasien glaukoma di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Tahap pengumpulan data ini menggunakan teknik yang berupa langkah-langkah yang dilakukan peneliti untuk memperoleh data (Sugiyono, 2016).

Tahapan pengambilan data sebagai berikut:

- a. Pembuatan proposal
- b. Peneliti mengajukan perijinan surat penelitian kepada pihak Fakultas Keperawatan Universitas Jember, kemudian surat diajukan pada Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LP2M) Universitas Jember serta pihak Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember (Bangkesbang-pol Jember), yang selanjutnya diajukan pada direktur Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember.

- c. Setelah memperoleh surat ijin dari direktur rumah sakit, surat pengantar diberikan pada petugas instalasi poli mata
- d. Peneliti setiap hari selasa dan kamis jam 10.00 mendatangi poli mata untuk mengikuti observasi ketajaman penglihatan, kemudian setelah itu menemui calon responden yang sesuai dengan kriteria penelitian.
- e. Peneliti melakukan *screening* menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*) terlebih dahulu pada pasien yang berusia > 65 tahun. Responden yang memenuhi syarat kriteria penelitian ke tahap selanjutnya.
- f. Peneliti memberikan lembar informed consent pada calon responden untuk dibaca sambil peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat dari penelitian yang dilakukan kepada responden
- g. Calon responden yang setuju untuk berpartisipasi, peneliti meminta responden untuk mengisi lembar persetujuan tersebut dan juga sebagai tanda bersedia menjadi responden
- h. Kemudian peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner, dan peneliti selalu mendampingi responden selama pengisian kuesioner untuk meminimalisir kesalahan. Pada responden yang tidak mampu membaca, peneliti membantu membacakan kuesioner tersebut.
- i. Setelah pengisian lembar instrumen, kuesioner yang telah diisi dikumpulkan kembali oleh peneliti serta di teliti kelengkapan pengisian kuesioner.
- j. Setelah itu di lakukan pengolahan dan menganalisis data menggunakan uji statistika yang sesuai.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

a. Kuesioner Demografi

Kuesioner demografi merupakan form yang dibuat peneliti berisikan pertanyaan tentang data responden yang dibutuhkan, berupa karakteristik responden yaitu nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, lama menderita penyakit, dan ketajaman penglihatan.

b. Kuesioner dukungan keluarga

Pada kuesioner dukungan keluarga tersusun berdasarkan jenis dukungan keluarga menurut friedman (2010) yang meliputi dukungan instrumental, informasional, penilaian dan emosional. Kuesioner ini terdiri dari beberapa pertanyaan yang bersifat favorable ada 14 pertanyaan dan unfavorable ada 9 pertanyaan. Nilai jawaban untuk pertanyaan favorable 1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sering dan 4 selalu. Nilai jawaban pertanyaan unfavorable 1= selalu, 2= sering, 3= kadang-kadang, dan 4= tidak pernah. Hasil dari pertanyaan tersebut akan dikategorikan dengan *cut of point* yaitu berdasarkan distribusi data, dukungan keluarga tinggi jika nilai $\geq 45,5$, dan dukungan keluarga rendah jika nilai $< 45,5$.

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner Dukungan Keluarga

Indikator	Favorable	Unfavorable	Jumlah
Dukungan instrumental	1, 2, 5	3, 4	5
Dukungan informasional	8, 9, 10, 11	6, 7	6
Dukungan penilaian	15, 16, 17, 18	12, 13, 14	7
Dukungan emosional	19, 20, 23	21, 22	5
Total	14	9	23

c. Kuesioner *The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire* (GQL-15)

Pada kuesioner *The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire* (GQL-15) diadopsi dari Nelson dkk., (2003). Selain itu kuesioner ini juga digunakan pada penelitian Purwitasari (2019). Kuesioner ini terdiri dari 15 pertanyaan dan dikelompokkan menjadi 4 domain. Pemberian skor pada setiap skor mulai dari 0-5, dengan kriteria 0= Jangan diisi untuk alasan yang tidak terkait pandangan mata, 1= tidak ada kesulitan, 2= sedikit kesulitan, 3= kadang-kadang, 4= kesulitan yang agak parah, 5= kesulitan yang parah. Nilai maksimal 75 dan minimalnya 0, dengan setiap pertanyaan dinilai skala 0-5. Nilai skor semakin tinggi maka sejajar dengan kualitas hidup semakin buruk (Rosalina dan Wahjudi, 2011; Purwitasari, 2019).

Tabel 4.4 *Blue Print* kuesioner *The Glaucoma Quality of Life – 15 Questionnaire* (GQL-15)

No	Domain/Indikator	Jumlah Pertanyaan	No Pertanyaan
1	Penglihatan sentral dan dekat	2	1, 15
2	Penglihatan perifer	6	4, 8, 9, 11, 12, 13
3	Adaptasi gelap-terang	6	2, 3, 5, 6, 7, 14
4	Aktivitas di luar ruangan	1	10
Total			15

4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Glaucoma Quality of Life – 15 (GQL-15) dinyatakan sebagai kuesioner kualitas hidup dengan konstruk validitas yang baik, validitas skala terlihat dari korelasi yang signifikan dengan nilai mean deviasi (MD) ($r = -0,6; P < 0,0001$)

(Labiris dkk., 2011). Pada kuesioner dukungan keluarga diadopsi dari penelitian yang dilakukan Hapsari (2017) tentang dukungan keluarga yang telah dinyatakan pada tanggal 22 Mei 2017 sebagai standart penelitian, uji validitas ini menggunakan perbandingan total item pertanyaan masing-masing pertanyaan didapatkan pada variabel dukungan keluarga item instrumen nomer 1, 2, 4, 7, 10, 13, 15, 16, 17, 23 menunjukkan tidak valid karena nilai probabilitas korelasi sig.(2-tailed) > taraf signifikan (α) sebesar 0,05 namun pernyataan valid ditandai dengan adanya bintang di *cell* total pernyataan per item pertanyaan (kolom paling kanan) sehingga pernyataan yang valid berjumlah 13 pernyataan.

b. Uji Reliabilitas

Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner *Glaucoma Quality of Life – 15* (GQL-15) untuk mengukur kualitas hidup, reliabilitas dengan koefisien *alpha cronnbach* = 0,95 serta *tes-retest reliability* $r = 0,87$ (Labiris dkk., 2011).

Pada kuesioner dukungan keluarga diadopsi dari penelitian yang dilakukan Hapsari (2017) tentang dukungan keluarga yang telah dinyatakan pada tanggal 22 Mei 2017 sebagai standart penelitian, uji reliabilitas kuesioner dukungan keluarga ditunjukkan dengan nilai r alpha ($0,824 > 0,444$).

Tabel 4.5 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga

Indikator	Sebelum Uji Validitas		Jumlah	Setelah Uji Validitas		Jumlah
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Dukungan Instrumental	1, 2, 5	3, 4	5	5	3	2
Dukungan Informasional	8, 9, 10, 11	6, 7	6	8, 9, 11	6	4
Dukungan Penilaian	15, 16, 17, 18	12, 13, 14	7	18	12, 14	3
Dukungan Emosional	19, 20, 23	21, 22	5	19, 20	21, 22	4
Total	14	9	23	7	6	13

(Hapsari, 2017)

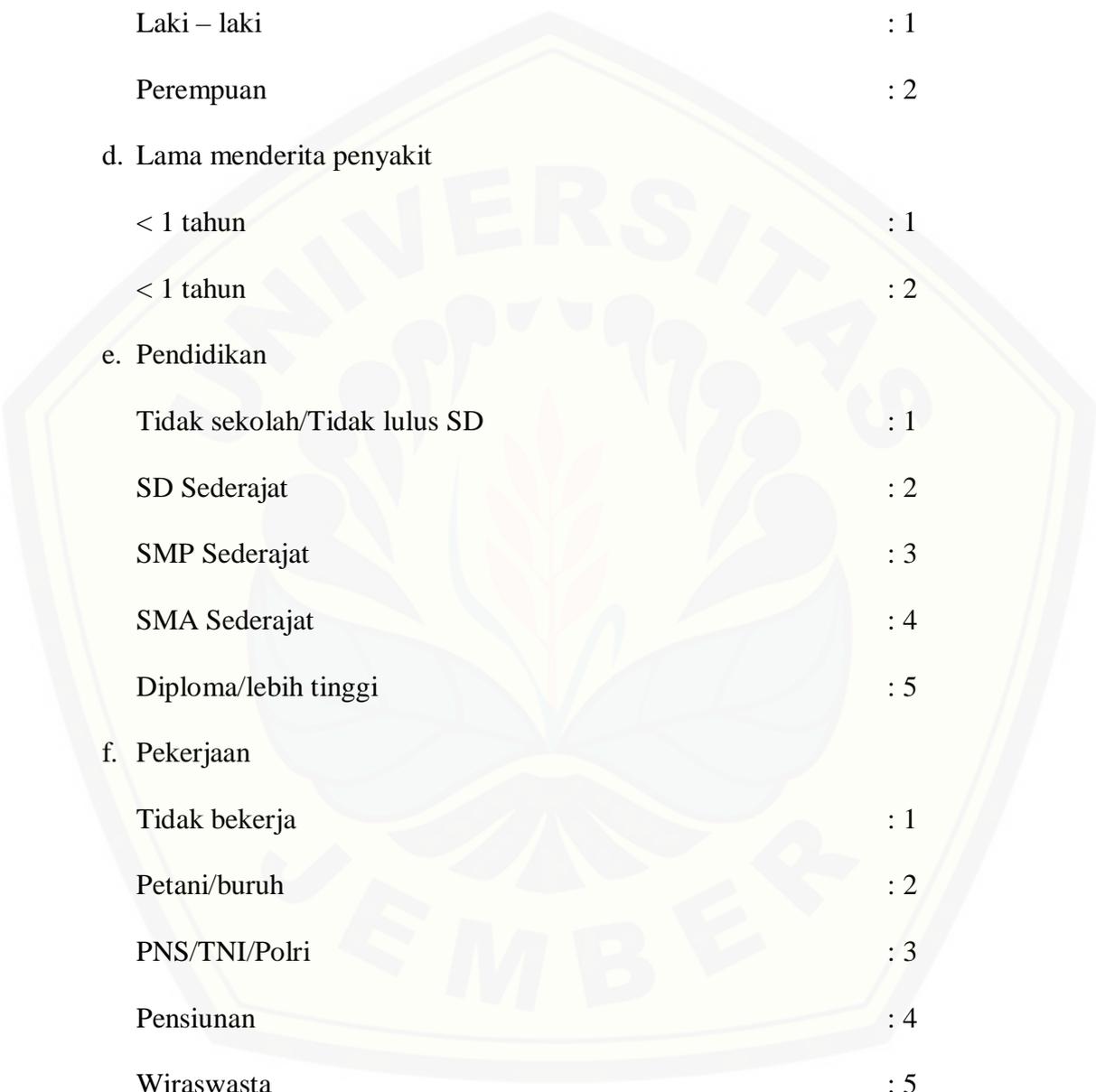
4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing merupakan tahap pemeriksaan kumpulan pertanyaan yang telah dikumpulkan oleh peneliti, jika ada yang belum terisi oleh responden maka peneliti dapat kembali untuk meminta data yang belum terisi tersebut kepada responden (Setiadi, 2013). Peneliti melakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian kuesioner yang di isi responden, item kuesioner yang belum terisi atau tidak sama dengan petunjuk yang telah dijelaskan, peneliti kembali meminta responden untuk mengisi kembali kuesioner tersebut.

4.7.2 Coding

Coding digunakan untuk mengkategorikan jawaban kuesioner dalam bentuk angka ataupun bilangan yang telah diisi responden. Pengkategorian biasanya dilakukan dengan memberikan kode atau tanda dalam bentuk angka pada jawaban setiap data (Setiadi, 2013). Pengkategorian yang dilakukan pada data penelitian ini sebagai berikut:

- 
- a. Usia
- b. Ketajaman Penglihatan
- c. Jenis kelamin
- Laki – laki : 1
- Perempuan : 2
- d. Lama menderita penyakit
- < 1 tahun : 1
- > 1 tahun : 2
- e. Pendidikan
- Tidak sekolah/Tidak lulus SD : 1
- SD Sederajat : 2
- SMP Sederajat : 3
- SMA Sederajat : 4
- Diploma/lebih tinggi : 5
- f. Pekerjaan
- Tidak bekerja : 1
- Petani/buruh : 2
- PNS/TNI/Polri : 3
- Pensiunan : 4
- Wiraswasta : 5
- Swasta : 6
- IRT : 7
- Lain-lain, Sebutkan.... : 8

g. Status pernikahan

Belum Menikah	: 1
Menikah	: 2
Cerai	: 3

h. Dukungan Keluarga

1) Dukungan instrumental

Tinggi	: 1
Rendah	: 2

2) Dukungan informasional

Tinggi	: 1
Rendah	: 2

3) Dukungan penilaian

Tinggi	: 1
Rendah	: 2

4) Dukungan emosional

Tinggi	: 1
Rendah	: 2

i. Kualitas Hidup

1) Penglihatan sentral dan dekat

Baik	: 1
Buruk	: 2

2) Penglihatan perifer

Baik	: 1
------	-----

Buruk	: 2
3) Adaptasi gelap terang	
Baik	: 1
Buruk	: 2
4) Aktivitas di luar ruangan	
Baik	: 1
Buruk	: 2
5) Kualitas Hidup	
Baik	: 1
Buruk	: 2

4.7.3 *Entry*

Entry adalah tahap memasukkan jawaban dari kuesioner yang telah diisi oleh responden yang berupa kode seperti angka atau huruf pada software komputer (Notoadmodjo, 2012). Proses pengolahan data software yang digunakan yaitu aplikasi SPSS Versi 20.0. Data yang telah di coding dimasukkan sesuai dengan kategori, setelah itu pengolahan data menggunakan program tersebut.

4.7.4 *Cleaning*

Proses memeriksa kembali setelah melalui proses pengolahan data untuk mengetahui kemungkinan adanya kesalahan atau ketidaklengkapan data yang perlu dikoreksi kembali (Notoadmodjo, 2012). Setelah itu peneliti kembali melakukan pengecekan kembali setelah data di masukkan dan diolah oleh program tersebut agar diketahui adanya kesalahan atau tidak serta kelengkapan data tersebut.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis ini berguna untuk menggambarkan karakteristik di setiap variabel penelitian, untuk analisis univariat tergantung pada jenis datanya (Notoatmojo, 2012). Pada penelitian ini data numerik disajikan dalam bentuk nilai mean, median, dan standar deviasi. Sedangkan data kategorik disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran presentasi atau proporsi. Analisis univariat dapat menghasilkan distribusi frekuensi dan persentasi dari tiap variabel. Penelitian ini mendeskripsikan karakteristik responden yang terdiri dari usia, ketajaman penglihatan, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, lama menderita glaukoma, dukungan keluarga, dan kualitas hidup. Data numerik pada penelitian ini usia dan ketajaman penglihatan selain itu berupa data kategorik. Pengkategorian variable kualitas hidup menjadi baik dan buruk serta dukungan keluarga pasien glaukoma menjadi tinggi dan rendah disajikan pada nilai *cut of point* (Maggie, 2001). Yang dihitung dengan rumus:

Kualitas Hidup:

$$X = \frac{\text{nilai min} + \text{nilai maks}}{2}$$

$$x = \frac{15 + 51}{2}$$

$$x = 34$$

Variabel kualitas hidup dikategorikan sebagai berikut:

1. Baik ≤ 34
2. Buruk > 34

Dukungan Keluarga:

$$X = \frac{\text{nilai min} + \text{nilai maks}}{2}$$

$$x = \frac{40 + 51}{2}$$

$$x = 45,5$$

Variabel dukungan keluarga dikategorikan sebagai berikut:

1. Tinggi $\geq 45,5$
2. Rendah $< 45,5$

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan pada dua variabel dengan dugaan sementara adanya hubungan atau korelasi (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini yang di analisis bivariat yaitu variabel independen dukungan keluarga dan dependen kualitas hidup, untuk mengetahui ada hubungan atau tidak kedua variabel tersebut dapat di gunakan uji statistik. Skala penelitian ini adalah ordinal-ordinal. Maka uji statistik yang digunakan uji *Spearman*. Kesimpulan akhir berhubungan atau tidak berdasarkan hasilnya yang jika *p value* $< 0,05$, maka H_a diterima yang mengartikan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma (Sugiyono, 2014).

4.9 Etika Penelitian

Etika penelitian yang harus diperhatikan oleh peneliti sebagai berikut:

4.9.1 Kemanfaatan (*Beneficience*)

Penelitian yang dilakukan harus mempunyai banyak manfaat. Peneliti berupaya mengurangi dampak kerugian dan beresiko bagi responden dan juga

memaksimalkan manfaat dari penelitian ini (Notoadmodjo, 2012). Pada penelitian ini dengan tujuan tidak membahayakan responden serta responden dapat mengetahui bagaimana kualitas hidup pasien dengan glaukoma.

4.9.2 Lembar Persetujuan (*Inform Consent*)

Inform consent adalah proses informasi yang akan diberikan kepada responden yang seperti hak dan kewajiban responden selama proses penelitian. Hak responden meliputi harus mengetahui tujuan penelitian yang akan dilakukan, memahami kerahasiaan, memahami proses penelitian, dan keanoniman. Tujuan diberikan inform consent ialah untuk meminta persetujuannya dari responden untuk berpartisipasi dalam penelitian tersebut (Notoadmodjo, 2012). Peneliti juga menjelaskan tujuan, manfaat, waktu, dan mekanisme penelitian pada responden. Kemudian semua responden bersedia dan mengisi lembar persetujuan.

4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentially*)

Semua informasi responden yang telah dikumpulkan oleh peneliti dijamin kerahasiaannya. Responden memiliki hak atas kerahasiaan data yang diberikan (Nursalam, 2015). Peneliti menjamin dan menjaga semua data yang didapat dari responden, dengan tidak memberikan identitas maupun informasi responden ke orang lain di luar penelitian.

4.9.4 Keadilan (*Justice*)

Keadilan merupakan salah satu prinsip etik yang mengacu pada kewajiban etik dalam memperlakukan setiap orang (sebagai prinsip otonom) sama dengan moral yang benar serta layak memperoleh haknya (Kemenkes RI, 2015). Peneliti

memperlakukan yang sama pada semua responden dan tidak membedakan dalam segi apapun.



BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian dapat disimpulkan bahwa hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien dengan glaukoma di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember, sebagai berikut:

- a. Pada karakteristik pasien glaukoma terkait usia rata-rata kelompok lanjut usia, ketajaman penglihatan pada kedua mata dengan nilai median 0,07(6/60). Dari 71 responden, jenis kelamin sebagian besar laki-laki, lama menderita glaukoma paling banyak yang menderita < 1 tahun, tingkat pendidikan yang paling besar tingkat SMA/SMK, pekerjaan terbanyak pensiunan. Kemudian sebagian besar berstatus menikah.
- b. Pasien glaukoma mendapat dukungan keluarga dalam kategori tinggi
- c. Kualitas hidup pada pasien glaukoma dalam kategori baik.
- d. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien glaukoma di Poli Mata RS Tk. III Baladhika Husada Kabupaten Jember.

6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian ini, meliputi:

- a. Bagi Peneliti

Pada penelitian berikutnya diharapkan dapat melakukan penelitian terkait faktor lain yang berpengaruh terhadap kualitas hidup, sehingga dapat diketahui

lebih spesifik faktor apa saja yang berpengaruh pada kualitas hidup pasien glaukoma.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan dapat digunakan sebagai salah satu sumber referensi pada saat mengenai faktor-faktor yang berpengaruh di kualitas hidup pasien glaukoma.

c. Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat memberikan informasi terkait dukungan keluarga pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember sehingga pihak rumah sakit dapat memberikan sebuah arahan kepada keluarga pasien untuk selalu memberikan dukungan kepada keluarganya yang sakit.

d. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat harus mengkaji secara holistik pada pasien glaukoma terkait dukungan yang diperlukan oleh pasien dan juga kualitas hidup sehingga perawat dapat membuat intervensi yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien glaukoma misalnya memberikan konseling.

e. Bagi Masyarakat

Berdasarkan penelitian ini meningkatkan dukungan keluarga pada pasien glaukoma, sehingga kualitas hidup pasien meningkat dan diharapkan setiap masyarakat menyadari bahwa setiap individu merupakan makhluk sosial dibutuhkan dukungan dari keluarga hingga masyarakat sebagai salah satu upaya meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfian, R., Y. Susanto., dan S. Khadizah. 2017. Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Di Poli Jantung RSUD Ratu Zalecha Martapura. *Pharmascience*. Volume 04(01): 39–47. https://www.researchgate.net/publication/330444601_Kualitas_Hidup_Pasien_Hipertensi_Dengan_Penyakit_Penyerta_Di_Poli_Jantung_RSUD_Ratu_Zalecha_Martapura [Di akses pada tanggal 2 September 2019]
- Ali, Z. 2009. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Ananda, E. P. 2016. Hubungan Pengetahuan, Lama dan Tekanan Intraokuler terhadap Kualitas Hidup Penderita Glaukoma. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 4(2): 288-300. <https://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/view/2153/2469> [diakses 30 Agustus 2019]
- Anggeria, E. dan V. A. Daeli. 2018. Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup pada Pasien Terminal dengan Kanker Serviks di RSU. *Vina Estetica Medan Tahun 2016*. Jumantik. 3(1): 29–43. <http://jurnal.uinsu.ac.id/index.php/kesmas/article/view/1215/1000>. [diakses pada 1 September 2019].
- Asosiasi Alzheimer Indonesia. 2003. *Konsensus Nasional: Pengenalan dan Penatalaksanaan Demensia Alzheimer dan Demensia Lainnya*. Edisi pertama. Jakarta
- Asroruddin, M. 2014. *Dampak Gangguan Penglihatan dan Penyakit Mata terhadap Kualitas Hidup Terkait Penglihatan (Vision-Related Quality Of Life) pada Populasi Gangguan Penglihatan Berat dan Buta di Indonesia*. Tesis. Jakarta: Program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20367253-SP-Muhammad%20Asroruddin.pdf> [diakses pada 2 September 2019].
- Brunner & Suddarth. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC

- Black, J. M. dan H. J. Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan, Buku 3*. Edisi kedelapan. Singapura: Elsevier Inc.
- Chaidir, Q., F. L. Rahmi, dan T. Nugroho. 2016. Hubungan Tingkat Pengetahuan Penderita Glaukoma dengan Ketaatan Menggunakan Obat. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. 5(4): 1517–1525. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico/article/view/15780>. [diakses pada 12 April 2019].
- Chandramohan, H., W. H. W. A. Halim., H. A. Azizi., H. S. Tiak., S. L. Z. Rain., G.Y. A. Rahman., dan S. M. Khialdin. 2017. Quality of Life and Severity of Glaucoma. *International Medical Journal*. 24(4): 61-64. https://www.researchgate.net/publication/317211762_Quality_of_life_and_severity_of_glaucoma_A_study_using_Glaucol-36_questionnaire_at_Universiti_Kebangsaan_Malaysia_Medical_Centre_UKMMC [di akses pada tanggal 13 Januari 2020]
- Cheng, H.C., C.Y. Guo, Y.J. Chen, M.J. Chen, Y.C. Ko, N. Huang, dan C. J. Liu. 2016. Patient-Reported Vision-Related Quality-of-Life Differences Between Primary Angle-Closure Glaucoma and Primary Open-Angle Glaucoma. *Plos One*. 11(9): e0163123. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045164/>. [diakses pada tanggal 12 Januari 2020].
- Efendi, F., dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunita: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Ekasari, M. A., N. M. Riasmini., dan T. Hartini. 2018. *Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia Konsep dan Berbagai Intervensi*. Malang: Wineka Media
- Fajariyah, Y. 2016. Perbedaan Quality of Life pada Penderita Proliferative Diabetic Retinopathy dengan dan Tanpa Laser Panretial Photocoagulation. Skripsi. Semarang: Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. http://eprints.undip.ac.id/56349/3/Yuliana_Fajariyanti_22010113120092_Lap.KTI_Bab2.pdf. [diakses pada 28 Agustus 2019].

- Floriani, I., dkk. 2016. Health-Related Quality of Life in Patients with Primary Open-Angle Glaucoma. An Italian Multicentre Observational Study. *Acta Ophthalmologica*. 94 (5): e278–e286. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26639735>. [diakses pada 2 September 2019].
- Friedman, M.M., V. R. Bowden., dan E. G. Jones. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Goldberg, I., R. S. Junior., dan I. Sumantri. 2016. *Glaukoma: Langkah Penting Selamatkan Penglihatan Anda*. Amsterdam, The Netherlands:Kugler Publication.
- Greco, A., M. I. Rizzo., A. De Virgilio., A. Gallo., M. Fusconi., dan M. De Vincentilis. 2016. Emerging Concepts in Glaucoma and Review of the Literature. *American Journal of Medicine*. 129(9):1000.e7-1000.e13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27125182> [diakses pada 14 Januari 2020]
- Hapsari, D. M. 2017. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan dalam Perawatan pada Klien Glaukoma di Wilayah Kerja Puskesmas Balung Kabupaten Jember. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. <https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/84515/Devi%20Maharani%20Hapsari%20132310101056%20%23.pdf?sequence=1> [di akses pada tanggal 26 Agustus 2019]
- Hardianti, A. 2018. Kualitas Hidup Penderita Glaukoma di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Kota Makassar. *Tesis*. Makassar: Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/YTBiZmFjZGY1MmUyMmY3NGY0ZGYwNTQzMjc2Y2JmYzJlNWU2N2E4MQ==.pdf [di akses pada tanggal 26 Agustus 2019]
- Hurst, M. 2015. *Belajar Mudah Keperawatan Medikal-Bedah*. Vol 2. Jakarta: EGC.
- Ilyas, S. H. 2007. *Glaukoma Tekanan Bola Mata Tinggi*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Ilyas, S. 2010. *Ilmu Penyakit Mata*. Ed 2. Jakarta: CV Sagung Seto.

- Ilyas, S., dan S. R. Yulianti. 2017. *Ilmu Penyakit Mata*. Ed 5. Jakarta: Penerbit FKUI
- Jakarta Eye Center. 2014. *Low Vision*. <https://jec.co.id/en/service/low-vision-jec>.
[di akses pada tanggal 12 Januari 2020].
- Kaplan, H. I., dan Sadock, B. J. 2002. *Sinopsis Psikiatri* Edisi 7. Jakarta: EGC.
- Karmila, M. 2014. Kualitas Hidup Penderita Glaukoma Di RSUP. H. Adam Malik Dan RSUP Pirngadi Medan Tahun 2012. *Tesis*. Departemen Ilmu Kesehatan Mata Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/39679>. [diakses 30 Agustus 2019).
- Kemendes RI. 2015. *Situasi dan Analisis Glaukoma*. Jakarta Selatan: Infodatin. 2015. <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/.../infodatin/infodatinglaukoma.pdf>. [diakses pada 25 Agustus 2019].
- Khadka, J., K. Pesudovs, C. McAlinden, M. Vogel, M. Kernt, dan C. Hirneiss. 2011. Reengineering the Glaucoma Quality of Life-15 Questionnaire with Rasch Analysis. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*.52(9):6971–6977. <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2188495>. [diakses pada 25 Agustus 2019].
- Labiris, G., A. Giarmoukakis., dan V. P. Kazobolis. 2011. Quality of Life (QoL) in Glaucoma Patients. Dalam *Glaucoma-Basic and Clinical Concepts*. Editor S. Rumelt. Croatia: InTech. <https://www.intechopen.com/books/glaucoma-basic-and-clinical-concepts/quality-of-life-qol-in-glaucoma-patients>. [diakses pada 9 September 2019].
- Laitinen, A. 2009. *Reduced visual acuity and impact on quality of life*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.

- Lisboa, R., Y. S. Chun., L. M. Zangwill., R. N. Weinreb., P. N. Rosen., J. M. Liebmann., C. A. Girkin., dan F. A. Medeiros. 2013. Association Between Rates of Binocular Visual Field Loss and Vision-Related Quality of Life In Patients with Glaucoma. *JAMA Ophthalmology*. 131(4): 486–494. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450425>. [diakses pada 29 Agustus 2019].
- Mbadugha, C. A., A. O. Onakoya., O. T. Aribaba., dan F. B. Akinsola. 2012. A Comparison of the NEI VFQ-25 And GQL-15 Questionnaires in Nigerian Glaucoma Patients. *Clinical Ophthalmology*. 6(1): 1411–1419. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437959/pdf/opth%20-6-1411.pdf>. [diakses pada 19 Agustus 2019].
- Medeiros, F. A., C. P. B. Gracitelli., E. R. Boer., R. N. Weinreb., L. M. Zangwill., dan P. N. Rosen. 2014. Longitudinal Changes in Quality of Life and Rates of Progressive Visual Field Loss in Glaucoma Patients. *Ophthalmology*. 122(2):293–301. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25444345>. [diakses pada 3 September 2019].
- Mcmonnies, C. W. 2016. Glaucoma History and Risk Factors. *Journal of Optometry*. 10(2): 71–78. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888429616000212?via%3Dihub>. [diakses pada 12 Januari 2020].
- Nelson, P., P. Aspinall, O. Pappasoulitis, B. Worton, dan C. O'Brien. 2003. Quality of Life in Glaucoma and Its Relationship with Visual Function. *Journal of Glaucoma*. 12(2): 139–150. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12671469>. [diakses pada tanggal 5 September 2019].
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

- Nursalam. 2017. *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika.
- Parellangi, A. 2017. *Home Care Nursing: Aplikasi Praktik Berbasis Evidence Based*. Penerbit Andi.
- Pelcic, G., N. Peric., dan G. Pelcic. 2017. The Importance of The Assessment of Quality of Life in Glaucoma Patients. *JHAR*. Vol 8(1):15. <https://pdfs.semanticscholar.org/4d2d/fba402cce7d33e684553f515aaf9ef90b901.pdf> [di akses pada tanggal 5 September 2019].
- Perdami. 2002. *Ilmu Penyakit Mata Untuk Dokter Umum dan Mahasiswa Kedokteran*. Edisi kedua. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Potter, P. G. & Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik volume 2*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. dan A. G. Perry. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Purwitasari, D. 2019. Gambaran Kualitas Hidup (Fungsi Penglihatan) Pasien dengan Glaukoma di Poli Mata Rumah Sakit di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember. <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/92456> [di akses pada tanggal 4 September 2019].
- Purwitosari, E. dan D. Indriani. 2016. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemampuan dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari pada Pasien Glaukoma Kronis di Poli Mata RSD Dr. Soebandi Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Ilmu Kesehatan, Jurusan Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jember. <http://digilib.unmuhjember.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=umj-1x-ekopurwito-3338> [di akses pada tanggal 30 Agustus 2019].
- Putri, P. G. A. B., I. W. E. Sutyawan, dan A. M. P. Triningrat. 2018. Karakteristik Penderita Glaukoma Primer Sudut Terbuka dan Sudut Tertutup di Divisi Glaukoma di Poliklinik Mata Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Periode 1 Januari 2014 hingga 31 Desember. *E-Jurnal Medika*. 7(1): 16–

21. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/36493/22063>.
[diakses pada tanggal 13 Januari 2020].

Rahayungsista, A. 2018. Characteristics of Primary Glaucoma in Eye Outpatient Clinic of RA Basoeni Hospital Mojokerto Indonesia. *Folia Medica Indonesia*. Volume 54: 172-178. <https://ejournal.unair.ac.id/FMI/article/view/10007/5588> [Di akses pada tanggal 12 Januari 2020]

Rosalina, D., dan H. Wahjudi. 2011. Visual Field Abnormality and Quality of Life of Patient with Primary Open Angle Glaucoma. *Jurnal Oftalmologi Indonesia*. Volume 7 : 175-180. http://journal.unair.ac.id/filerPDF/abstrak_531633_tpjua.pdf [di akses pada tanggal 28 Agustus 2019].

Sampelan, dkk. 2015. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari di Desa Batu Kecamatan Likupang Selatan Kabupaten Minahasa Utara. *Skripsi*. Keperawatan Universitas Sam Ratulangi: Manado. <https://ejournal.unsrat.ac.id/> [Diakses 3 September 2019]

Sathyamangalam, L. V., P. G. Paul., G. Ronnie., M. Baskaran., A. Hemamalini., M. R.V., J. Augustian., R. Prema., dan L. Vijaya. Determinants of Glaucoma Awareness and Knowledge in urban Chennai. *Indian J Ophthalmol*. 57: 355-360. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804123> [diakses pada tanggal 15 Januari 2020]

Skalicky, S., I. Goldberg. 2008. Depression and quality of life in patients with glaucoma: a cross-sectional analysis using the Geriatric Depression Scale-15, assessment of function related to vision, and the Glaucoma Quality of Life-15. *Journal Glaucoma*. 17(7):546-551. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18854731> [diakses pada 3 September 2019]

Smeltzer, S. C. 2013. *Keperawatan Medikal-Bedah, Brunner & Suddarth*. Edisi 12. Terjemahan oleh Yulianti, D dan Kimin, A. Jakarta: EGC.

- Setiadi. 2008. *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Setiadi. 2013. *Konsep dan Praktek Penulisan Riset*. Ed 2. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Shtein, R. M., P. A. N. Casey., L. Herndon., A. L. Coleman., dan P. P. Lee. 2015. Assessing the Role of the Family/Support System Perspective in Patients With Glaucoma. *J Glaucoma*. 00(00): 1-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26550982> [di akses pada tanggal 20 Agustus 2019]
- Siswoyo; L. A. Susumaningrum., dan S. Rahayu. 2018. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Upaya Pencegahan Penyakit Glaukoma pada Klien Berisiko di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember (Correlation Between Knowledge Level and Prevention of Glaucoma Disease in Client is at Risk in the Area of Public Health Center of Jenggawah. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*. 6 (2): 285–291. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/7773/5503>. [diakses pada 29 Agustus 2019].
- Stryker, J. E., A. D. Beck., S. A. Primo., K. V. Echt., L. Bundy., G. C. Pretorius., dan K. Glanz. 2010. An Exploratory Study of Factors Influencing Glaucoma Adherence. *J Glaucoma*. 19(1): 66-72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20075676> [di akses pada tanggal 5 September 2019]
- Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sun, Y., C. Lin., M. Waisbourd., F. Ekici., E. Erdem., S. S. Wizov., L. A. Hark., dan G. L. Spaeth. 2015. The Impact of Visual Field Clusters on Performance-Based Measures and Vision-Related Quality of Life in Patients with Glaucoma. *American Journal of Ophthalmology*. 163: 45–52. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26701273>. [diakses pada 3 September 2019].
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.

- Susanto, T. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Tamsuri, A. 2010. *Klien Gangguan Mata & Penglihatan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Theofilou, P. 2013. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 9(1): 150-162. <https://pdfs.semanticscholar.org/e6d3/548eb9a7243f4cac2772cd3577b106596975.pdf> [Di akses pada tanggal 4 September 2019]
- Vajaranant, T. S., S. Nayak, J. T. Wilensky, dan C. E. Joslin. 2010. Gender And Glaucoma: What We Know and What We Need to Know. *Curr Opin Ophthalmol*. 21(2): 91-99. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20051857>. [Di akses pada tanggal 12 Januari 2020].
- Ventegold, S., Merrick, J., dan Anderson, N. J. 2003. Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of The Global Quality Life Concept. *The Scientific World Journal*. 3: 1030-1040.
- Wakhid, A., W. Nurhikmah, dan Rosalina. Hubungan Mekanisme Koping dengan Kualitas Hidup pada Pasien Kanker Payudara. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 1 (1): 38-47. <http://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/view/35/12> [diakses pada tanggal 15 September 2019].
- Wang, Y., Y. Zhao., S. Xie., Q. Chen., dan X. Xia. 2019. Resilience Mediates the Relationship Between Social Support and Quality of Life in Patient with Primary Glaucoma. *Frontiers in Psychiatry*. 10: 1-5. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00022/full> [diakses pada tanggal 12 Februari 2020]
- Weinreb, R. N., T. Aung, dan F. A. Medeiros. 2014. The Pathophysiology and Treatment of Glaucoma: a review. *JAMA*. 311(18): 1901-1911.

Windasari, E. 2019. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Hidup di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember. [Di akses pada tanggal 11 Januari 2020]

World Health Organization (WHO). 1997. *Programme on Mental Health: WHOQOL Measuring Quality of Life*. https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [Di akses pada tanggal 10 September 2019]

World Health Organization (WHO). 2012. *Global Data and Vision Impairment 2010*. Switzerland: WHO.

Yokoyama, Y., K. Mairuyama., H. Konno., S. Hashimoto., M. Takahashi., H. Kayaha., T. Kokubun., dan T. Nakazawa. Characteristics of patients with primary open angle glaucoma and normal tension glaucoma at a university hospital: a cross-sectional retrospective study. *Biomed Central*. Volume 8: 360. <https://bmcrenotes.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13104-015-1339-x>. [Di akses pada tanggal 11 Januari 2020]

Zhou, C., S. Shaohong., P. Wu., dan C. Qiu. 2014. Quality of Life of Glaucoma Patients in China: Sociodemographic, Clinical, and Psychological correlates a Cross Sectional Study. *Spinger*. Volume 23:999–1008. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-013-0518-2> [Di akses pada tanggal 11 Januari 2020]



LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar *Informed*

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada,
Calon Responden
Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Biastika Alun Sukma
NIM : 162310101034
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Mastrip VII No.9A, Sumpersari, Kabupaten Jember

Saya akan melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada”. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember. Prosedur penelitian ini membutuhkan waktu selama \pm 15-20 menit untuk pengisian kuesioner yang akan saya berikan.

Manfaat dari penelitian ini adalah responden dapat mengetahui kualitas hidup dan keterbatasan yang dialami serta dukungan keluarga yang dibutuhkan sehingga dapat menentukan tindakan lanjutan untuk mengatasi masalah tersebut. Penelitian ini tidak menimbulkan dampak merugikan bagi anda sebagai responden selain waktu yang tersita. Oleh karena itu, saya mohon kesediaan anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Segala bentuk informasi responden akan dijaga kerahasiannya dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda bersedia dan berkenan menjadi responden dalam penelitian ini, maka saya mohon kesediaan anda untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab serta mengisi kuesioner yang sudah disediakan. Atas perhatian dan kesediaan anda menjadi responden, saya ucapkan terima kasih

Hormat Saya,

Biastika Alun Sukma
NIM 162310101034

Lampiran B. Lembar *Consent*

KODE RESPONDEN:

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami serta memperoleh penjelasan terkait tujuan, manfaat dan prosedur penelitian, saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak buruk bagi saya. Saya mengerti bahwa segala hal informasi akan dijaga kerahasiaan sepenuhnya akan dijamin oleh peneliti. Berkaitan dengan hal tersebut, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) :
 Usia :
 Alamat :
 No. Telepon :

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Biastika Alun Sukma
 NIM : 162310101034
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Alamat : Jl. Mastrip VII No.9A, Sumbersari, Kabupaten Jember
 Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada

Persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun. Saya bertanggung jawab atas dibuatnya surat ini. Semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember,.....2019

Responden

(.....)

Lampiran C. Lembar Demografi



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN
GLAUKOMA DI POLI MATA RUMAH SAKIT
TINGKAT III BALADHIKA HUSADA
KABUPATEN JEMBER**

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan dalam kuesioner ini.
2. Pilihlah satu jawaban yang menurut Anda paling sesuai dengan kondisi Anda dengan cara memberikan tanda *check list* (√) pada pilihan jawaban yang dipilih.
3. Isilah titik-titik yang tersedia dan jawablah semua pertanyaan.
4. Untuk pertanyaan yang bertanda (*) diisi hanya apabila anda mengetahui nilai visus penglihatan anda.

Tanggal :

Nomor responden :

Nama (inisial) :

Alamat :

a. Usia/Tanggal Lahir : tahun/.....

b. Visus Penglihatan :

c. Jenis Kelamin : () Laki-laki () Perempuan

d. Lama menderita penyakit : () < 1 tahun () > 1 tahun

e. Pendidikan : () Tidak sekolah/Tidak Lulus SD

() SD Sederajat

() SMP Sederajat

() SMA Sederajat

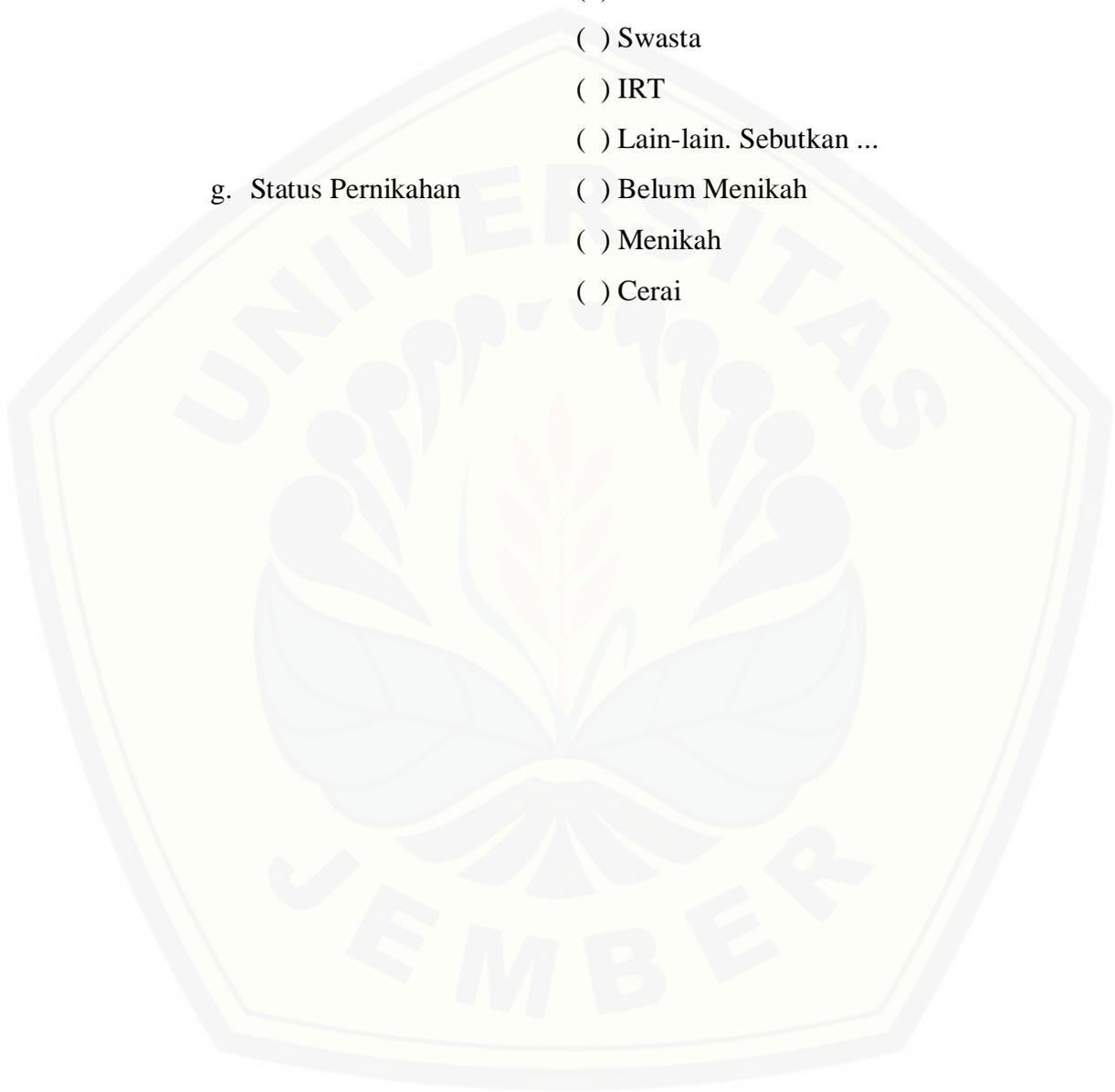
() Diploma/lebih tinggi

f. Pekerjaan : () Tidak Bekerja

- Petani/Buruh
- PNS/TNI/Polri
- Pensiunan
- Wiraswasta
- Swasta
- IRT
- Lain-lain. Sebutkan ...

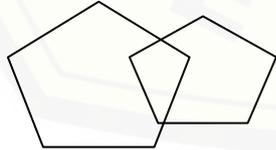
g. Status Pernikahan

- Belum Menikah
- Menikah
- Cerai



Lampiran D. Kuesioner *Mini Mental State Exam* (MMSE)

KODE RESPONDEN:

No	Tes	Nilai Maksimum	Nilai
1	ORIENTASI Sekarang (hari , tanggal, bulan, tahun) berapa dan musim apa?	5	
2	Sekarang ada dimana? Negara, propinsi, kota, rumah sakit, lantai/kamar	5	
3	REGISTRASI Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda, misalnya: (bola, kursi, sepatu). Satu detik untuk tiap benda. Kemudian mintalah responden untuk mengulang ketiga nama benda tersebut,	3	
4	ATENSI DAN KALKULASI Hitunglah berturut-turut selang 7 angka mulai dari 100 ke bawah. Berhentilah setelah 5 kali hitungan (93-86-79-72-65). Kemungkinan lain eaan kata dengan lima huruf, misalnya “DUNIA” dari akhir ke awal/ dari kanan ke kiri : “AINUD”	5	
5	RECALL/ MENGINGAT KEMBALI Meminta pasien untuk menyebutkan kembali nama benda yang sebelumnya	3	
6	BAHASA Meminta pasien untuk menyebutkan nama benda yang Ditunjukkan	2	
7	Meminta pasien untuk mengulang kata-kata “namun”, “tanpa”, “bila”	1	
8	Meminta pasien untuk melakukan perintah, “ambil kertas ini dengan tangan anda”	3	
9	Meminta pasien untuk membaca dan melakukan perintah “pejamkan mata anda”	1	
10	Meminta pasien untuk menulis dengan spontan	1	
11	Meminta pasien untuk menggambar bentuk di bawah ini 	1	
	Total	30	

Sumber : Asosiasi Alzheimer Indonesia. 2003. *Pengenalan dan Penatalaksanaan Demensia Alzheimer dan Demensia Lainnya*. Jakarta

Keterangan: NilaiMaksimal 30

Indikasi Kerusakan Kognitif : ≤ 21

Lampiran E. Kuesioner Dukungan Keluarga

KODE RESPONDEN:

Petunjuk Pengisian:

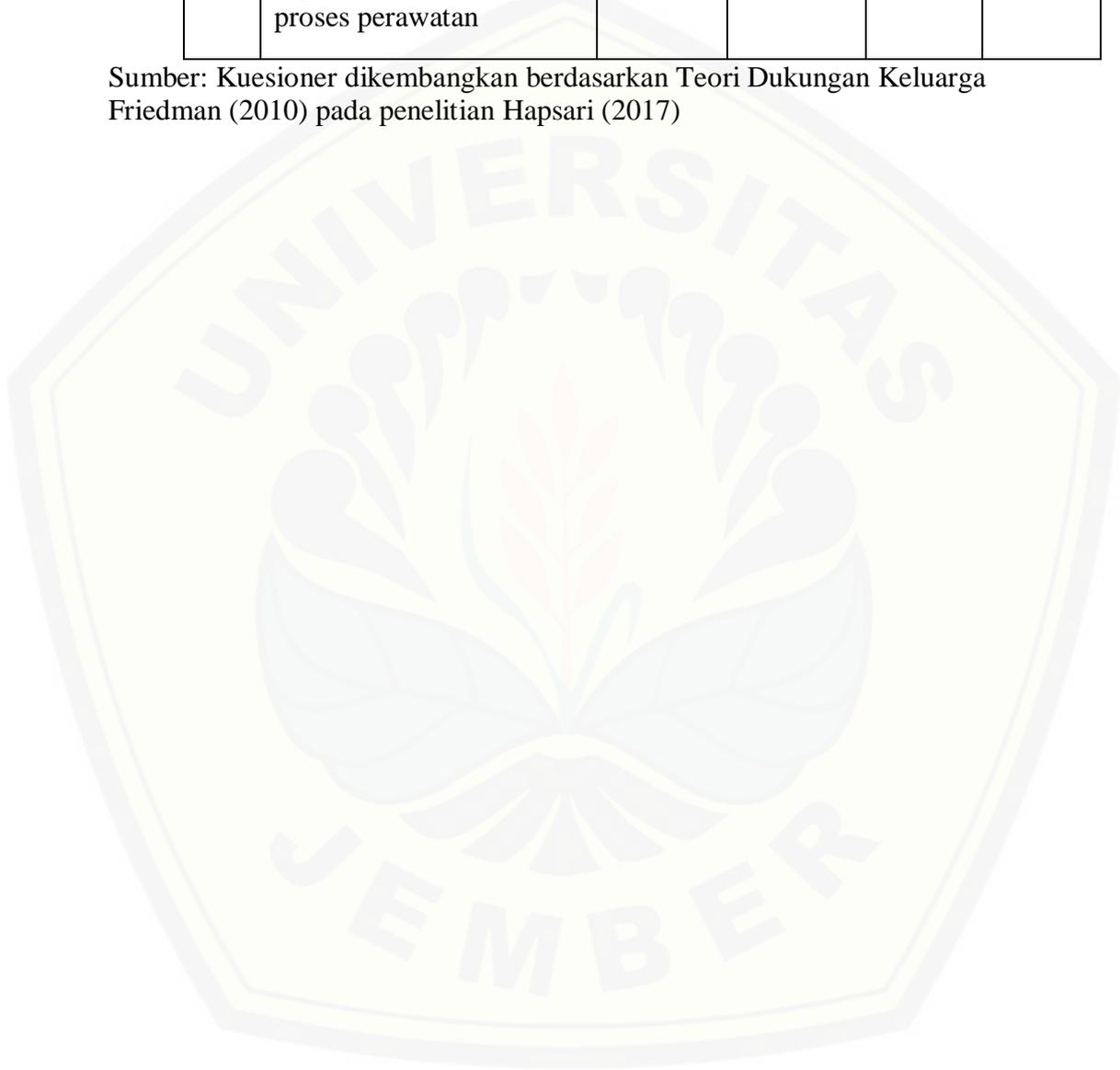
1. Bacalah dengan teliti setiap pernyataan yang telah disiapkan.
2. Berilah tanda centang (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda.
3. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
4. Dalam menjawab pertanyaan terdapat pilihan tidak pernah, kadang-kadang, sering dan selalu dengan keterangan sebagai berikut:
 - a. **Tidak pernah:** jika anda atau keluarga anda tidak pernah melakukan tindakan pada poin pernyataan pada waktu satu bulan terakhir
 - b. **Kadang-kadang:** jika anda atau keluarga anda sesekali melakukan tindakan pada poin pernyataan pada waktu satu bulan terakhir
 - c. **Sering:** jika anda atau keluarga anda melakukan tindakan pada poin pernyataan berkali-kali dengan waktu yang tidak teratur pada waktu satu bulan terakhir.
 - d. **Selalu:** jika anda atau keluarga anda melakukan tindakan pada poin pernyataan berkali-kali secara berturut-turut pada waktu sebulan terakhir.
5. Jika terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat menanyakan pada pihak kami.

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
Dukungan Instrumental					
1.	Keluarga tidak membantu saat saya mengalami kesulitan meneteskan obat mata				
2.	Keluarga memberikan biaya perawatan				
Dukungan Informasional					
3.	Keluarga menolak mencari informasi				

	terkait hal-hal yang perlu dihindari oleh penderita glaukoma				
4.	Keluarga menegur saya ketika saya mengabaikan anjuran dari petugas kesehatan				
5.	Keluarga mengatakan kepada saya untuk berpikir positif tentang perbaikan kondisi jika melakukan perawatan				
6.	Keluarga mencari informasi terkait fasilitas kesehatan untuk perawatan glaukoma				
Dukungan Penilaian					
7.	Keluarga mengabaikan saat saya melakukan perawatan glaukoma				
8.	Ketika saya khawatir dengan kondisi saya, keluarga mengabaikan saya				
9.	Keluarga meyakinkan saya untuk mengikuti semua saran dari tenaga kesehatan terkait proses perawatan glaukoma				
Dukungan Emosional					
10.	Keluarga meyakinkan saya bahwa kondisi mata saya akan segera membaik				
11.	Keluarga menanyakan bagaimana kondisi saya				
12.	Keluarga menolak mendengarkan cerita saya				

	terkait ketakutan saya akan kondisi mata				
13.	Keluarga enggan menyempatkan diri berdiskusi terkait keputusan saya mengikuti proses perawatan				

Sumber: Kuesioner dikembangkan berdasarkan Teori Dukungan Keluarga Friedman (2010) pada penelitian Hapsari (2017)



Lampiran F. Kuesioner *Glaucoma Quality of Life 15 (GQL-15)*

KODE RESPONDEN:

KUESIONER *GLAUCOMA QUALITY of LIFE 15 (GQL-15)***Petunjuk Pengisian:**

- Pilihlah satu jawaban yang menurut Anda paling sesuai dengan kondisi Anda dengan cara memberikan tanda *check list* (√) pada pilihan jawaban yang Anda pilih!

0= Jangan diisi untuk alasan yang tidak terkait dengan pandangan mata

1= Tidak sama sekali

2= Sedikit

3= Kadang-kadang

4= Sgak parah

5= Parah

Apakah penglihatan Anda mengalami masalah, bahkan sekalipun jika menggunakan kacamata, dalam hal-hal berikut ini:

No	Pertanyaan	1	2	3	4	5	0
1.	Membaca Koran						
2.	Berjalan di kegelapan						
3.	Melihat di malam hari						
4.	Berjalan di jalan yang tidak rata						
5.	Menyesuaikan dengan cahaya terang						
6.	Menyesuaikan dengan lampu yang redup						
7.	Pindah dari kamar yang terang ke kamar yang gelap atau sebaliknya						
8.	Tersandung benda – benda						
9.	Melihat benda – benda yang datang dari samping						
10.	Menyebrang jalan						
11.	Berjalan di tangga / anak tangga						
12.	Menabarak benda – benda						
13.	Menepatkan jarak kaki di anak tangga atau tepi jalan						
14.	Mencari benda yang jauh						

15.	Mengenal wajah						
-----	----------------	--	--	--	--	--	--

Sumber diadopsi dari Nelson, P., dkk. 2003. Quality of Life in Glaucoma and Its Relationship with Visual Function. *Journal of Glaucoma*. 12. Dan diterjemahkan oleh Purwitasari, D. F. 2019. Gambaran Kualitas Hidup (Fungsi Penglihatan) Pasien Dengan Glaukoma Di Poli Mata Rumah Sakit Di Kabupaten Jember. Universitas Jember.



Lampiran G. Lembar Terjemahan Kuesioner

Kualitas Hidup Glukoma (GQoL)

Apakah penglihatan Anda mengalami masalah, bahkan sekalipun jika menggunakan kacamata, dalam hal-hal berikut ini?

	Tidak sama sekali	Sedikit	Kadang-kadang	Agak parah	Parah	Jangan diisi untuk alasan yang tidak terkait pandangan mata
1. Membaca koran	1	2	3	4	5	0
2. Berjalan di kegelapan	1	2	3	4	5	0
3. Melihat di malam hari	1	2	3	4	5	0
4. Berjalan di jalan yang tidak rata	1	2	3	4	5	0
5. Menyesuaikan dengan cahaya terang	1	2	3	4	5	0
6. Menyesuaikan dengan lampu yang redup	1	2	3	4	5	0
7. Pindah dari kamar yang terang ke kamar yang gelap atau sebaliknya	1	2	3	4	5	0
8. Tersandung benda-benda	1	2	3	4	5	0
9. Melihat benda-benda yang datang dari samping	1	2	3	4	5	0
10. Menyebrang jalan	1	2	3	4	5	0
11. Berjalan di tangga/anak tangga	1	2	3	4	5	0
12. Menabrak benda-benda	1	2	3	4	5	0
13. Menepatkan jarak kaki di anak tangga atau tepi jalan	1	2	3	4	5	0
14. Mencari benda yang jatuh	1	2	3	4	5	0
15. Mengenali wajah	1	2	3	4	5	0

<http://links.lww.com/IJG/A42>)

Diterjemahkan secara resmi oleh UPT Bahasa
Universitas Jember

Kepala,



An Eriyana Pardhani, M.Pd.
NIP. 196503091989022001

Lampiran H. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.824	13

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Dukungan Instrumental 1	40.30	25.905	.353	.826
Dukungan Instrumental 2	40.40	24.779	.527	.808
Dukungan Informasional 1	40.00	30.105	.057	.834
Dukungan Informasional 2	40.20	28.379	.381	.818
Dukungan Informasional 3	40.30	27.168	.389	.818
Dukungan Informasional 4	40.35	26.345	.413	.817
Dukungan Penilaian 1	39.90	25.253	.663	.797
Dukungan Penilaian 2	39.80	27.221	.767	.803
Dukungan Penilaian 3	40.40	27.832	.321	.822
Dukungan Emosional 1	40.40	26.042	.584	.804
Dukungan Emosional 2	40.60	26.884	.501	.810
Dukungan Emosional 3	40.05	25.103	.657	.797
Dukungan Emosional 4	40.50	23.737	.636	.797

Lampiran I. Analisis Data

a. Usia

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia Responden	.105	71	.050	.956	71	.015

a. Lilliefors Significance Correction

		Statistic	Std. Error	
Usia Responden	Mean	65.79	.987	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	63.82	
		Upper Bound	67.76	
	5% Trimmed Mean	66.20		
	Median	66.00		
	Variance	69.198		
	Std. Deviation	8.319		
	Minimum	36		
	Maximum	83		
	Range	47		
	Interquartile Range	9		
	Skewness	-.832	.285	
	Kurtosis	1.909	.563	

b. Visus Penglihatan

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
VOD	.248	71	.000	.861	71	.000
VOS	.264	71	.000	.853	71	.000

a. Lilliefors Significance Correction

		Statistic	Std. Error	
VOD	Mean	.11437	.011757	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.09092	
		Upper Bound	.13781	
	5% Trimmed Mean	.11039		
	Median	.06667		
	Variance	.010		
	Std. Deviation	.099063		
	Minimum	.003		
	Maximum	.333		
	Range	.330		
	Interquartile Range	.217		
	Skewness	.540	.285	
	Kurtosis	-1.061	.563	

VOS	Mean		.13448	.014187
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.10619	
		Upper Bound	.16278	
	5% Trimmed Mean		.12479	
	Median		.06667	
	Variance		.014	
	Std. Deviation		.119544	
	Minimum		.003	
	Maximum		.500	
	Range		.497	
	Interquartile Range		.100	
	Skewness		1.179	.285
	Kurtosis		.814	.563

c. Jenis Kelamin, lama menderita, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status pernikahan

Jenis Kelamin Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	41	57.7	57.7	57.7
	Perempuan	30	42.3	42.3	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Lama Menderita Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	37	52.1	52.1	52.1
	> 1 tahun	34	47.9	47.9	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Pendidikan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD Sederajat	10	14.1	14.1	14.1
	SMP Sederajat	5	7.0	7.0	21.1
	SMA Sederajat	33	46.5	46.5	67.6
	Diploma/Lebih tinggi	23	32.4	32.4	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Pekerjaan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	3	4.2	4.2	4.2
	Petani/Buruh	3	4.2	4.2	8.5
	PNS/TNI/Polri	2	2.8	2.8	11.3
	Pensiunan	35	49.3	49.3	60.6
	Wiraswasta	16	22.5	22.5	83.1
	Swasta	1	1.4	1.4	84.5
	IRT	11	15.5	15.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Status Pernikahan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	67	94.4	94.4	94.4
	Cerai	4	5.6	5.6	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

d. Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dukungan Keluarga Tinggi	59	83.1	83.1	83.1
	Dukungan Keluarga Rendah	12	16.9	16.9	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga Instrumental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	71	100.0	100.0	100.0

Dukungan Keluarga Informasional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	59	83.1	83.1	83.1
	Rendah	12	16.9	16.9	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga Penilaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	64	90.1	90.1	90.1
	Rendah	7	9.9	9.9	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga Emosional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	55	77.5	77.5	77.5
	Rendah	16	22.5	22.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

e. Kualitas Hidup

Kualitas Hidup Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kualitas Hidup Baik	58	81.7	81.7	81.7
	Kualitas Hidup Buruk	13	18.3	18.3	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Penglihatan Sentral dan Dekat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Baik	59	83.1	83.1	83.1
	Buruk	12	16.9	16.9	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Penglihatan Perifer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	55	77.5	77.5	77.5
	Buruk	16	22.5	22.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Adaptasi Gelap Terang

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	55	77.5	77.5	77.5
	Buruk	16	22.5	22.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

Aktivitas di Luar Ruangan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	65	91.5	91.5	91.5
	Buruk	6	8.5	8.5	100.0
	Total	71	100.0	100.0	

f. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Poli Mata Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember

Correlations

		Dukungan Keluarga Responden	Kualitas Hidup Responden
Spearman's rho	Dukungan Keluarga Responden	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	71
	Kualitas Hidup Responden	Correlation Coefficient	.467**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	71

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

Lampiran J. Lembar Surat Izin Penelitian

 KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat: Jl. Kalimantan 17 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 6321/UH25.1.14/LT/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Jember, 18 November 2019

Yth. Ketua LP2M
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Blastika Alun Sukma
NIM : 162310101034
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
lokasi : Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember
waktu : satu bulan
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Dekan,

RS. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

 Scanned with CamScanner



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 4887 /UN25.3.1/LT/2019
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 November 2019

Yth. Direktur
Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada
Di
Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 6321/UN25.1.14/LT/2019 tanggal 18 November 2019 perihal Permohonan Ijin Penelitian,

Nama : Blastika Alun Sukma
NIM : 162310101034
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Alamat : Jl. Mastrip VII No.9-A Sumbersari-Jember
Judul Penelitian : "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember"
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada-Jember
Lama Penelitian : 2 Bulan (25 November 2019-25 Januari 2020)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkerannya disampaikan terima kasih.


Dr. Susanto, M.Pd.
NIP. 196306161988021001

Terdistribusi Yth.
1. Dekan FKPP Universitas Jember,
2. Mahasiswa ybc,
3. Arsip.



Lampiran K. Lembar Surat Keterangan Selesai Penelitian

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 21 Januari 2020

Nomor : B / 087 / I / 2020
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Keterangan Selesai Penelitian

Kepada :

Yth. Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Jember

di
Jember

1. Berdasarkan surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Jember nomor 4887/UN25.3.1/LT/2019 tanggal 22 Nopember 2019 tentang permohonan ijin penelitian.

2. Sehubungan dasar tersebut di atas, diheritahukan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini telah selesai melaksanakan penelitian di Rumkit Tk. III 05.06.02 Baladhika Husada atas nama :

a. nama : Biastika Alun Sukma
b. nim : 152310101034
c. institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
d. alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
e. judul : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Glaukoma di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember
f. waktu : dua bulan (25 Nopember 2019 s.d 25 Januari 2020)

3. Demikian mohon dimaklumi.

Kepala
Rumkit Tk. III Baladhika Husada
Pandelima, Sp.OT
Lisensi: Kolonel Ckm NRP: 11950008540771

Tembusan :

1. Kakesdam V/Brawijaya
2. Dandenkesyah 05.04.03. Malang.
3. Kaurtuud Rumkit Tk. III Baladhika Husada.
4. Ketua Timkordik Rumkit Tk. III Baladhika Husada.

CS Scanned with CamScanner

Lampiran L. Lembar Uji Etik

 <p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER <i>(THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)</i></p>	
<p>ETHIC COMMITTEE APPROVAL <u>No.659/UN25.8/KEPK/DL/2019</u></p>	
Title of research protocol :	•The Relationship Between Family Support And the quality of Life of Glaukoma Patients at aye poli Baladika Husada Hospital in Grade III Jember Regency”
Document Approved :	Research Protocol
Principal investigator :	Biastika Alun Sukma
Member of research :	1. Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep 2. Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep 3. Ns. Mulia Hakam, M.KepSp.Kep.MB 4. Ns. Ana Nistiandani, S.Kep.,M.Kep
Responsible Physician :	Biastika Alun Sukma
Date of approval :	November 2019- Januari 2020
Place of research :	Rumah Sakit Tingkat III Baladika Husada
<p>The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.</p>	
<p>Jember, Nopember 20th 2019</p>	
 Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember (drg. R. Rehardyan P. M. Kes, Sp. Pros.)	 Chairperson of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember (drg. I Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.Si.)

Lampiran M. Lembar Dokumentasi

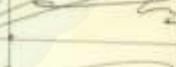
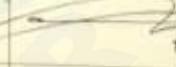




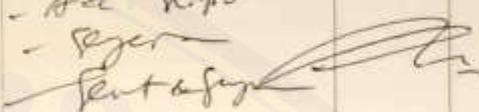
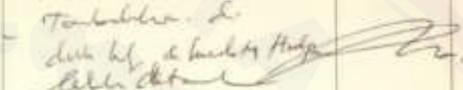
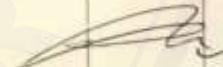
Lampiran N. Lembar Bimbingan Skripsi

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Biastika Alun Sukma
 NIM : 162310101034
 Kelas : A 2016
 Dosen Pembimbing : Ns. Siswoyo, M.Kep

Hari/Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
22 / 19 / 09	- judul	- Cari data - Teori - Skripsi	
03 / 19 / 09	- LB - Bab I	- Masalah - kerangka berpikir - judul	
11 / 19 / 09	- Bab I	- lanjut Bab I-IV - Skripsi	
18 / 19 / 09	- Bab I - IV	- lanjut Bab I-IV - Skripsi	
25 / 19 / 09	- Bab I - IV	- Acc. Skripsi - Final Skripsi	

CS Scanned with CamScanner

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
	30/19 /09	- <i>layah</i>	- Acc. Skopo - Sejer - <i>Sejarah</i>	
	19/2020 /01	- CPSS - DS V	- Renc. SPES - <i>Tabel</i> & - <i>data</i> & <i>hasil</i> <i>Hub</i> - <i>dit</i> - <i>Sangat</i> ..	
	16/2020 /01	- BS V	- Renc. BS V - <i>Sangat</i> .	
	17/2020 /01	- BS V & VI	- Renc. Vite. - <i>Sangat</i> - <i>Kard</i> <i>Skt</i> - <i>layah</i> .	
	21/2020 /01	- <i>layah</i>	- Acc. <i>layah</i> - <i>Persepsi</i> - <i>Sangat</i> .	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Biastika Alun Sukma
 NIM : 162310101034
 DPA : Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
1	22.09.2019	bab 1 - sistim akreditasi - konsistensi penulisan DPA 1.1.2 - Sa. 2020. 2019		
		bab 2 - cara penulisan		
2	30.09.2019	- Revisi bab 1 - Bab 4 diperbaiki		
3	1 Oct 2019	Terminin		

4	21 / 2020 / 01	Revisi - Hasil penelitian Penulisan - Penulisan kesimpulan		
5	10-2-2020	Revisi		
6	11-02-2020	uj. an skripsi		

CS Scanned with CamScanner