

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah yang terjadi akibat tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif (WHO, 2019). Menurut *International Diabetes Federation* (IDF) (2019), Diabetes Melitus adalah suatu kondisi kronis serius yang terjadi ketika ada peningkatan kadar glukosa dalam darah karena tubuh tidak dapat menghasilkan cukup hormon insulin atau tidak efektif menggunakan insulin yang dihasilkan. Diabetes Melitus merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang ditandai dengan adanya peningkatan kadar glukosa darah di atas nilai normal, yang disebabkan gangguan metabolisme glukosa akibat kekurangan insulin baik secara absolut maupun relatif (Nuryatno, 2019).

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi Diabetes Melitus menurut *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2019 adalah sebagai berikut :

1. Diabetes Melitus Tipe 1

DM tipe ini terjadi karena adanya infeksi virus atau reaksi autoimun, dimana sistem kekebalan tubuh menyerang sel beta pankreas sebagai penghasil insulin. Keadaan ini menyebabkan

kerusakan pada sel beta pankreas, sehingga insulin yang diproduksi sedikit atau tidak dapat memproduksi insulin sama sekali. DM tipe ini paling sering terjadi pada anak-anak dan anak muda. Untuk mempertahankan kadar gula darah dalam rentang yang sesuai, penderita harus diberikan injeksi insulin secara teratur.

2. Diabetes Melitus Tipe 2

Pada DM tipe ini ditandai dengan hiperglikemia yang terjadi karena ketidakmampuan sel-sel tubuh untuk merespon insulin, sehingga mendorong tubuh untuk meningkatkan produksi insulin. Terjadinya DM tipe 2 ada hubungannya dengan kelebihan berat badan, obesitas, usia, etnis dan riwayat keluarga. Upaya promosi gaya hidup sehat dengan diet seimbang, aktifitas fisik teratur, berhenti merokok dan pemeliharaan berat badan ideal dapat dilakukan dalam pengelolaan DM tipe ini. Injeksi insulin dapat diberikan ketika terapi obat per oral tidak dapat mengontrol hiperglikemi.

3. Diabetes Melitus Gestasional

DM tipe ini hiperglikemi terjadi dan terdiagnosa pertama kali pada masa kehamilan, biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu. Faktor risiko terjadinya DM jenis ini, diantaranya kehamilan di usia tua, penambahan berat badan berlebih selama kehamilan, sindrom ovarium polikistik dan riwayat melahirkan bayi dengan kelainan bawaan. DM gestasional bersifat sementara selama kehamilan, namun memiliki risiko untuk menderita DM yang menetap dalam jangka waktu 3-6 tahun setelah melahirkan.

4. Diabetes Melitus Tipe Lain

Yang termasuk dalam DM tipe ini adalah Diabetes monogenetik, yang merupakan hasil dari satu gen dari kontribusi beberapa gen dan faktor lingkungan seperti yang terlihat pada DM tipe 1 dan DM tipe 2. Diabetes tipe ini jarang terjadi, namun dapat berfungsi memberikan wawasan tentang patogenesis diabetes, sehingga dalam beberapa kasus terapi dapat disesuaikan dengan cacat genetiknya.

2.1.3 Diagnosis Diabetes Melitus

Menurut PERKENI (2015), diagnosa DM ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar gula darah. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena. Pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler dengan glukometer. Diagnosa tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria. Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang DM. Kecurigaan adanya DM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan klasik, seperti poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas. Keluhan lain seperti lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria dan pruritus vulva pada wanita perlu diwaspadai akan adanya penyakit DM.

Diagnosis DM dapat ditegakkan ketika dilakukan pemeriksaan gula darah puasa selama 8 jam tanpa asupan kalori dengan hasil pemeriksaan ≥ 126 mg/dl, atau hasil pemeriksaan glukosa darah plasma 2 jam setelah diberikan beban glukosa 75 gram didapatkan hasil ≥ 200 mg/dl, atau

pemeriksaan glukosa sewaktu $\geq 200\text{mg/dl}$ dengan keluhan klasik dan hasil pemeriksaan HbA1c (Hemoglobin A1c) $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh *National Glycohaemoglobin Standardization Program* (NGSP) (PERKENI, 2015).

2.1.4 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

Beberapa manifestasi klinis yang dapat ditimbulkan pada penyakit DM menurut Price dan Wilson (2005) dalam Purwansyah (2019), yaitu :

1. Poliuria (sering buang air kecil)

Produksi urin yang meningkat pada penderita diabetes terjadi ketika ginjal tidak mampu mengabsorpsi partikel gula sehingga urin yang dikeluarkan banyak mengandung glukosa (Glukosuria). Produksi urin yang meningkat diginjal merangsang penderita untuk sering buang air kecil.

2. Polidipsi (banyak minum)

Di saat ginjal tidak mampu mengabsorpsi partikel gula dapat menyebabkan dehidrasi ekstra sel. Keadaan ini mengakibatkan penderita DM merasakan haus secara berlebihan dan merangsang penderita untuk banyak minum.

3. Polifagia (banyak makan)

Pada penderita DM glukosa yang ada dalam darah tidak mampu berpindah ke dalam sel sehingga suplai glukosa ke otak dan organ tubuh lainnya tidak mencukupi. Hal ini dapat menyebabkan penderita merasakan lapar berlebih, sehingga memicu untuk banyak makan.

Selain ketiga keluhan khas diatas, penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas, pandangan kabur, lemah badan, kesemutan, gatal, disfungsi ereksi pada pria dan pruritus vulva pada wanita dapat terjadi pada penderita Diabetes Melitus (PERKENI, 2015)

2.1.5 Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes Melitus tipe 2 terjadi karena adanya gangguan sekresi insulin dan resistensi insulin serta faktor lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, jarang berolah raga, stres serta faktor usia (Wu Y et al dalam Felicia, 2017). Menurut *American Diabetes Association* (ADA) (2019), Diabetes Melitus tipe 2 terjadi karena defisiensi relatif insulin dan resistensi insulin. Pada DM tipe ini terjadi hiperinsulinemia tetapi insulin tidak bisa membawa glukosa masuk ke dalam jaringan. Resistensi insulin terjadi karena turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Sedangkan defisiensi relatif insulin terjadi karena sel beta pankreas tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin karena adanya glukosa bersama bahan sekresi insulin lain sehingga sel beta pankreas akan mengalami desensitisasi (tidak berespon) terhadap adanya glukosa. Pada DM tipe ini gejala terjadi secara perlahan bahkan asimtomatik. Dengan mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dan olah raga secara teratur, serta mempertahankan berat badan ideal, biasanya penderita berangsur membaik. Pada stadium akhir penderita kemungkinan akan diberikan insulin.

2.1.6 Faktor Resiko Diabetes Melitus

Beberapa faktor penyebab terjadinya Diabetes Melitus menurut Riyadi dan Sukarmin (2008) dalam Purwansyah (2019), sebagai berikut:

1. Usia

Seiring bertambahnya usia seseorang akan mengalami penurunan fungsi fisiologis terutama setelah usia 40 tahun. Resiko terjadi Diabetes Melitus lebih besar karena penurunan fungsi pankreas dalam menghasilkan insulin.

2. Kelainan Genetik (keturunan)

Seseorang dengan keluarga mempunyai riwayat DM, risiko terjadi DM karena seseorang yang menderita DM akan menurunkan fungsi insulin dengan menginformasikan DNA terhadap keturunan berikutnya.

3. Pola Makan Yang Salah

Kebiasaan makan yang buruk dan tidak terkontrol akan berpengaruh pada kerja organ pankreas. Resistensi insulin dapat terjadi karena gangguan kinerja insulin atau kerusakan insulin akibat dari tubuh yang mengalami malnutrisi.

4. Obesitas

Pada orang dengan obesitas atau kegemukan membutuhkan energi sel dalam jumlah banyak, sehingga akan terjadi peningkatan metabolisme glukosa yang dapat menyebabkan hipertropi sel beta pankreas. Keadaan ini dapat menyebabkan insulin yang dihasilkan pankreas menurun.

5. Gaya Hidup Stres

Perubahan perilaku dalam mengonsumsi makanan cepat saji akan mudah dialami pada seseorang yang sedang mengalami stres. Metabolisme glukosa terjadi peningkatan karena tubuh memerlukan energi lebih besar, sehingga akan berdampak pada kerja pankreas karena kinerja insulin mengalami penurunan.

6. Infeksi

Masuknya kuman, bakteri maupun virus ke dalam pankreas dapat menyebabkan kerusakan sel-sel pada pankreas. Akibat dari kerusakan sel ini, fungsi dari pankreas akan terganggu atau mengalami penurunan.

2.1.7 Komplikasi Diabetes Melitus

Kadar gula darah pasien DM yang tidak terkontrol, dapat menimbulkan komplikasi. Komplikasi Diabetes Melitus menurut PERKENI (2015) yaitu :

1. Komplikasi Akut, yaitu suatu keadaan dimana terjadi penurunan atau kenaikan glukosa darah secara drastis dalam waktu singkat.
 - a. Hipoglikemia, yaitu kondisi dimana terjadi penurunan kadar gula darah $<70\text{mg/dl}$. Penyebab tersering karena konsumsi obat penurun gula darah berlebih atau terlambat makan. Gejalanya meliputi penglihatan kabur, detak jantung cepat, sakit kepala, gemetar, keringat dingin dan kejang. Kadar gula darah yang terlalu rendah bisa menyebabkan pingsan, kejang bahkan koma.

- b. Ketoasidosis Diabetik (KAD), yaitu kondisi kegawatan medis akibat peningkatan kadar gula darah yang terlalu tinggi (300-600 mg/dl) dan tubuh tidak dapat menggunakan glukosa sebagai sumber bahan bakar sehingga tubuh mengolah lemak dan menghasilkan zat keton sebagai sumber energi. Kondisi ini dapat menimbulkan penumpukan zat asam yang berbahaya didalam darah, sehingga menyebabkan dehidrasi, koma, sesak nafas, bahkan kematian jika tidak segera mendapat penanganan medis.
 - c. Status Hiperglikemi Hiperosmolar (SHH), yaitu suatu keadaan dimana terjadi peningkatan glukosa darah terlalu tinggi (600-1200mg/dl), tanpa tanda dan gejala asidosis, terjadi peningkatan osmolaritas plasma terlalu tinggi (330-380mOs/ml). Untuk mencegah agar tidak jatuh ke keadaan lebih parah, kondisi ini harus segera mendapat penatalaksanaan yang memadai.
2. Komplikasi Kronik, yaitu komplikasi vaskuler jangka panjang yang berkontribusi munculnya penyakit serius lain. Dibedakan menjadi 2, yaitu :
- a. Makroangiopati, yaitu komplikasi yang mengenai pembuluh darah besar. Jika mengenai pembuluh darah jantung muncul penyakit jantung koroner, jika mengenai pembuluh darah tepi muncul ulkus iskemik pada kaki dan jika mengenai pembuluh darah otak akan terjadi stroke iskemik atau stroke hemoragik.
 - b. Mikroangiopati, yaitu komplikasi yang mengenai pembuluh darah kecil. Jika mengenai kapiler dan arteriola retina akan terjadi

retinopati diabetik, jika mengenai saraf perifer akan muncul neuropati diabetik dan jika menyerang saraf ginjal akan terjadi nefropati diabetik.

2.1.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Menurut PERKENI (2015), penatalaksanaan Diabetes Melitus secara umum bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita. Meminimalisir keluhan, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi risiko terjadinya komplikasi akut merupakan tujuan jangka pendek, sedangkan tujuan jangka panjang mencegah dan menghambat faktor progresivitas mikroangiopati dan makroangiopati. Turunnya morbiditas dan mortalitas DM merupakan tujuan akhir dari pengelolaan DM. Berikut beberapa upaya dalam penatalaksanaan DM, yaitu :

1. Edukasi Kesehatan

Prinsip yang perlu diperhatikan pada proses edukasi DM adalah memberikan dukungan dan nasehat yang positif dengan memberikan informasi secara bertahap dimulai dengan hal-hal yang sederhana dan dengan cara yang mudah dimengerti. Materi edukasi yang diberikan pada tingkat awal meliputi pengenalan gejala dan penanganan awal DM. Pada tingkat lebih lanjut materi edukasi meliputi pengetahuan pencegahan dan penatalaksanaan penyulit/komplikasi DM (PERKENI, 2015).

2. Perencanaan Makan

Prinsip pengaturan makan pada penderita DM adalah makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pengetahuan mengenai pentingnya

keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori perlu diberikan pada penderita DM terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri (PERKENI, 2015)

3. Latihan Jasmani

Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging dan berenang, dilakukan secara teratur 3 sampai 5 kali per minggu selama 30 sampai 45 menit (PERKENI, 2015).

4. Intervensi Farmakologis

Ada dua jenis terapi farmakologis pada penatalaksanaan DM, yaitu terapi per oral dan terapi melalui injeksi/suntik. Terapi per oral yang biasa digunakan diantaranya obat untuk pemacu pengeluaran insulin yaitu *Sulfonilurea* dan *Glinid*, dan obat untuk peningkat sensitivitas insulin yaitu *Metformin* dan *Tiazolidindion*. Sedangkan terapi melalui injeksi, yaitu insulin, agonis dan kombinasi keduanya biasanya diberikan pada kondisi hiperglikemi berat yang disertai ketosis atau gagal terapi per oral dengan dosis optimal (PERKENI, 2015).

5. Pemeriksaan Gula Darah

Follow up teratur merupakan hal yang penting dilakukan untuk memantau keberhasilan terapi dan mengatur dosis dan pilihan obat yang diberikan. Selain itu pemeriksaan rutin gula darah bertujuan

untuk deteksi dini kemungkinan munculnya komplikasi (Suciana, 2019).

2.2 Konsep Dukungan Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua individu atau lebih yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau adopsi dan mereka hidup dalam satu rumah, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan budaya untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 2010). Menurut JhonsonR-Leng R (2010), mendefinisikan keluarga adalah lingkungan dimana orang masih memiliki hubungan darah. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (DepKes RI, 2014). Dari berbagai pendapat tentang definisi keluarga, dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang yang hidup/tinggal dalam satu rumah yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan dan mempunyai hubungan darah atau adopsi dan berinteraksi sesuai perannya masing-masing.

2.2.2 Tipe Keluarga

Tipe keluarga menurut Friedman (2010) dalam Fuadi (2017), yaitu:

1. *Nuclear Family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak yang menjadi tanggungjawabnya dan tinggal dalam satu rumah, terpisah dari sanak keluarga lainnya.

2. *Extended Family* (keluarga besar), yaitu satu keluarga yang terdiri dari satu atau dua keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah dan saling menunjang satu sama lain.
3. *Single Parent Family*, yaitu satu keluarga yang dikepalai oleh satu kepala keluarga dan hidup bersama dengan anak-anak yang masih bergantung kepadanya.
4. *Nuclear Dyed*, yaitu keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak, tinggal dalam satu rumah yang sama.
5. *Blended Family*, yaitu suatu keluarga yang terbentuk dari perkawinan pasangan yang masing-masing pernah menikah dan membawa anak hasil perkawinan terdahulu.
6. *Three Generation Family*, yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yaitu kakek, nenek, bapak, ibu, dan anak dalam satu rumah.
7. *Single Adult Living Alone*, yaitu suatu keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa yang hidup dalam rumahnya.
8. *Middle Age* atau *Elderly Cuople*, yaitu keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri paruh baya.

2.2.3 Tugas Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggota keluarga di sepanjang waktu. Tugas perkembangan keluarga sebagai tugas utama yang kedepannya akan menentukan kesuksesan kehidupan keluarga. Tugas perkembangan keluarga berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan keluarga sebagai

satu kesatuan dan perkembangan seluruh anggota keluarga sesuai tahap perkembangan. Tugas perkembangan keluarga dapat terpenuhi jika keluarga dapat mengoptimalkan tugas dasar keluarga (pemenuhan kebutuhan dasar keluarga) terlebih dahulu sehingga dapat melaksanakan tugas kritis keluarga (berkaitan dengan cara keluarga menghadapi dan menangani krisis/keadaan yang tidak terduga, seperti kecelakaan, sakit, kehilangan) dengan optimal. Menurut Friedman (2010), sebuah keluarga dalam setiap tahap perkembangan mempunyai tanggung jawab pertumbuhan yang harus dicapai, sehingga dengan adanya rasa tanggung jawab ini kebutuhan biologis, budaya dan nilai, serta aspirasi keluarga akan terpenuhi. Tugas perkembangan keluarga yang terpenuhi dengan baik akan mengarahkan pada tugas-tugas perkembangan selanjutnya dan mengarahkan pada kebahagiaan dan kesuksesan keluarga (Duvall, 1971 dalam Tyas, 2017).

2.2.4 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2010), sebagai berikut:

1. Fungsi Afektif, yaitu fungsi keluarga yang utama adalah untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarganya dalam berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi Sosialisasi, yaitu fungsi mengembangkan peran di masyarakat dan sebagai tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

3. Fungsi reproduksi, yaitu fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup keluarga.
4. Fungsi Ekonomi, yaitu fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga dalam bidang ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi Pemeliharaan Kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

2.2.5 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Keluarga merupakan bagian dari masyarakat yang mempunyai peranan sangat penting dalam membentuk budaya dan perilaku sehat. Dari keluargalah pendidikan kepada individu dimulai, tatanan masyarakat yang baik diciptakan, budaya dan perilaku sehat dapat ditanamkan lebih dini. Oleh karena itu, keluarga mempunyai posisi yang strategis untuk dijadikan sebagai unit pelayanan kesehatan, karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antar anggota keluarga, yang pada akhirnya akan mempengaruhi keluarga dan masyarakat yang ada disekitarnya. Menurut Friedman (2010) sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas-tugas dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami, yaitu :

1. Mengenal adanya masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarganya.

3. Memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit atau yang tidak mampu membantu dirinya sendiri karena kecacatan atau usianya yang terlalu muda.
4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.2.6 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dalam hal ini penerima dukungan keluarga akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Friedman, 2010). Dukungan keluarga terhadap pasien DM tipe 2 merupakan bantuan yang berupa perhatian emosi, bantuan instrumental maupun penilaian yang diberikan oleh sekelompok anggota keluarga, dengan tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikisnya serta merupakan salah satu bentuk dukungan sosial (Nuryatno, 2019).

2.2.7 Dimensi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kepuasan seseorang dalam menjalani kehidupan sehari-hari dimana peran keluarga sangat penting dalam setiap aspek perawatan. Dimensi dukungan keluarga menurut Sarafino et al (2011) dalam Sutini (2018), adalah

1. Dukungan Emosional/Empati

Dukungan emosional dapat dijadikan sebagai tempat istirahat dan tempat pemulihan serta membantu seseorang dalam mengelola emosi dan meningkatkan moral keluarga (Friedman, 2010). Dukungan emosional yang diberikan keluarga dapat berupa ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta atau bantuan emosional. Dukungan emosional mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati dan dicintai, serta ada orang lain yang bersedia untuk memberikan perhatian.

2. Dukungan informasi

Peran keluarga dalam dukungan informasi adalah keluarga sebagai penyebar/pemberi informasi (Friedman, 2010). Informasi yang diberikan dapat berupa nasehat dan saran, serta dengan melakukan diskusi bersama anggota keluarga untuk mengambil keputusan tentang bagaimana mengatasi dan memecahkan masalah yang dihadapi

3. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental merupakan dukungan kongkrit yang diberikan keluarga secara langsung berupa bantuan material, seperti menyediakan tempat tinggal, bantuan finansial, bantuan dalam mengerjakan tugas saat mengalami sakit.

4. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan bentuk penerimaan dan penghargaan terhadap keberadaan seseorang dalam segala

kekurangan dan kelebihan yang dimiliki. Dengan memberikan apresiasi positif terhadap ide-ide atau perasaan anggota keluarga yang sakit merupakan salah satu bentuk dukungan penghargaan, sehingga sebagai anggota keluarga merasa berharga, kompeten dan dihargai.

2.2.8 Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas sehingga untuk mencapai kesembuhan dari sakit lebih mudah (Friedman, 2010). Dukungan keluarga yang tinggi akan memberikan kenyamanan dan ketenangan pada penderita Diabetes (Suardana et al, 2014). Semakin baik dukungan yang diberikan keluarga semakin baik pula kualitas hidup yang dimiliki penderita DM tipe 2 (Yusra, 2011). Pemberian dukungan keluarga dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal yang keduanya saling berhubungan.

1. Faktor Internal, yaitu faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yang berasal dari individu itu sendiri, meliputi :

a. Tahap perkembangan

Pada setiap tahap perkembangan mulai bayi sampai lansia, pemahaman dan respon terhadap masalah kesehatan berbeda-beda.

Dengan demikian dukungan keluarga yang diberikan disesuaikan dengan rentang usia individu (Fajar, 2015).

b. Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang berkaitan dengan kemampuan kognitif yang dimiliki. Dalam hal ini kemampuan

kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk dirasakan pasien akibat penyakitnya. kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan yang dimiliki untuk menjaga kesehatannya (Sutini, 2018).

c. Emosi

Faktor emosi dapat mempengaruhi keyakinan terhadap dukungan dan cara menyelesaikan masalah. Dalam menghadapi berbagai permasalahan, dengan respon emosi yang baik akan memberikan antisipasi penanganan yang baik, sebaliknya jika dengan respon emosi yang buruk kemungkinan akan terjadi penolakan atau penyangkalan terhadap permasalahan yang dihadapi (Fajar, 2015).

d. Spiritual

Aspek spiritual mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan oleh keluarga. Semakin tinggi tingkat spiritual keluarga akan semakin tinggi pula dukungan yang akan diberikan. Aspek spiritual membantu seseorang untuk dapat melihat permasalahan yang dihadapi dengan lebih sederhana dan jelas, sehingga mampu menemukan jalan keluar dengan pikiran jernih (Ramdani, 2015).

2. Faktor Eksternal, yaitu faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yang berasal dari luar individu, meliputi :

a Praktek di keluarga

Seseorang dalam melaksanakan kesehatannya sesuai dengan bagaimana keluarga memberikan dukungan. Jika seorang terbiasa melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit, kemungkinan keluarga akan melakukan hal yang sama (Sutini, 2018).

b Sosial ekonomi

Semakin tinggi tingkat ekonomi keluarga akan lebih cepat berespon terhadap masalah kesehatan yang dihadapi, sehingga jika mengalami gangguan kesehatan akan segera mencari pertolongan. Kelompok sosial dimana seseorang berada biasanya menjadi tempat rujukan mencari solusi dan dukungan dalam menyelesaikan masalah (Sutini, 2018).

c Latar belakang budaya

Keyakinan, nilai dan kebiasaan individu merupakan latar belakang budaya yang akan mempengaruhi keluarga dalam memberikan dukungan. Kebiasaan seseorang berobat ke pelayanan kesehatan akan juga dilakukan oleh keluarga yang lain (Chusmeywati, 2016).

2.3 Konsep Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut WHO (2012) dalam Jacob (2018) kualitas hidup (*Quality of Live*) adalah persepsi atau pandangan seseorang terhadap posisi dalam hidupnya dalam konteks sistem nilai dan budaya dimana mereka hidup, dan kaitannya dengan tujuan, harapan, standart dan fokus hidupnya. Kualitas hidup menggambarkan sejauh mana

seseorang yang sehat bisa menikmati setiap proses kehidupannya dan kemampuan menjalani kehidupan yang lebih baik (Jenkinson, 2018) dalam Purwansyah (2019). Kualitas hidup dapat diartikan sebagai bentuk kesejahteraan yang dimiliki oleh seseorang mencakup kondisi fisik dan sosialnya (Cruz et al.,2018). Secara umum kualitas hidup adalah kualitas yang dirasakan dalam kehidupan sehari-hari individu yang mencakup seluruh aspek emosi, sosial dan fisik dalam kehidupan individu.

2.3.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Penurunan fungsi tubuh dapat mempengaruhi keberhasilan manajemen diabetes yang akan berakibat munculnya gangguan kesehatan sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien Diabetes Melitus tipe 2 (Herdianti, 2017). Berbagai penelitian mengenai kualitas hidup menemukan beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, diantaranya :

1. Usia

Seiring bertambahnya usia seseorang, akan menyebabkan terjadinya penurunan fungsi dan anatomi tubuh. Keadaan ini memungkinkan seseorang mengalami penurunan kesehatan, sehingga akan berakibat pada penurunan kualitas hidupnya (Purwaningsih, 2018).

2. Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin dapat mempengaruhi kualitas hidup. Jenis kelamin laki-laki biasanya memiliki kualitas hidup yang

lebih baik dari pada perempuan, hal ini dikarenakan laki-laki lebih bisa menerima keadaan akan penyakitnya dari pada perempuan (Purwaningsih, 2018).

3. Lama Menderita

Lama menderita DM berkaitan dengan tingkat efikasi diri seseorang. Semakin lama seseorang menderita DM apalagi disertai komplikasi akan memiliki efikasi diri yang rendah, sehingga keadaan ini cenderung berpengaruh terhadap kualitas hidupnya (Chusmeywati, 2016).

4. Komplikasi

Komplikasi penyakit yang dialami penderita DM dapat memperburuk kondisi kesehatannya, yang mana dengan kondisi kesehatan yang menurun ini akan berpengaruh terhadap kinerja dan aktivitas sehari-hari. Keadaan ini dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup (Purwaningsih, 2018).

5. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan kualitas hidup karena semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, jika mengalami penyakit yang serius akan memudahkannya memahami dan mengerti dengan keadaan dirinya dan akan berusaha untuk mencari informasi dan pengobatan (Hayek, et al, 2014) dalam Purwansyah (2019).

6. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi seseorang berhubungan dengan keadaan finansialnya. Tingkat pendapatan yang rendah sangat

berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien DM karena dari pendapatan yang diperoleh akan menentukan kemampuannya dalam berobat (Chusmeywati, 2016).

7. Pekerjaan

Kualitas hidup seseorang dipengaruhi pekerjaan yang dimiliki karena dari penghasilan yang didapat dengan bekerja dapat digunakan untuk biaya pengobatan. Kualitas hidup seseorang akan meningkat seiring dengan adanya pekerjaan yang dimiliki seseorang (Tamara et al 2014) dalam (Chusmeywati, 2016).

2.3.3 Indikator Kualitas Hidup

Indikator yang berhubungan dengan kualitas hidup menurut Burrough et al, (2014) dalam Purwansyah (2019), adalah :

1. Kepuasan

Yang termasuk dalam indikator kepuasan dalam hal ini adalah individu merasakan kepuasan dalam aktivitas sehari-hari, istirahat dan tidur, kemampuan kerja, pengobatan dan pengelolaan penyakit.

2. Dampak

Hal yang paling dirasakan individu merupakan indikator dampak akibat dari penyakit yang diderita, diantaranya nyeri, komplikasi, dan hal yang berhubungan dengan kejadian penyakit

2.3.4 Pengukuran Kualitas Hidup

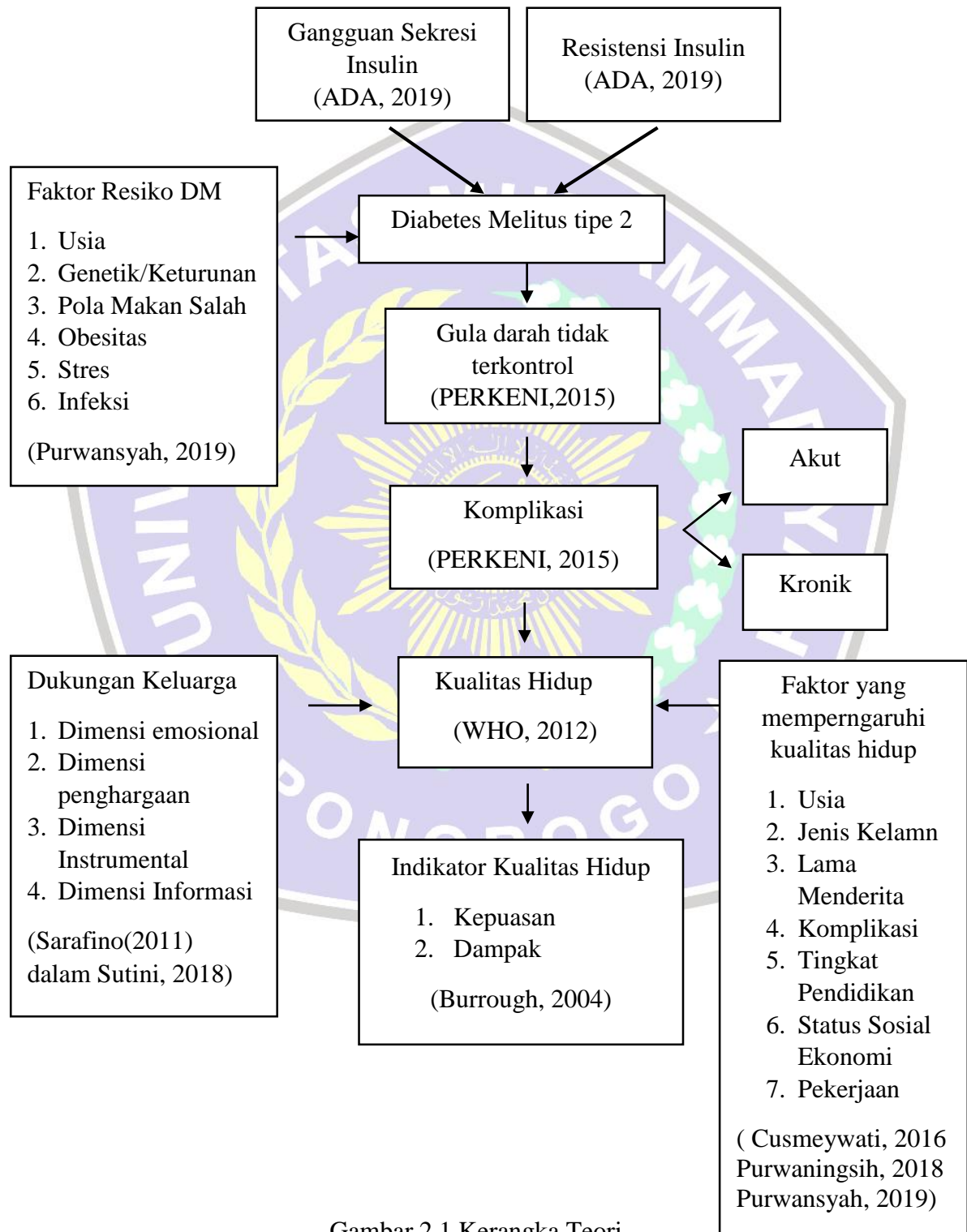
Pada berbagai macam penelitian tentang kualitas hidup, WHOQOL-BREIF merupakan kuisioner yang sering digunakan.

Kuisisioner ini selain untuk mengukur kualitas hidup penyakit DM, dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup penyakit kronis lainnya. Kuisisioner ini telah di uji validitas reliabilitas oleh WHO dan digunakan di banyak negara. Kuisisioner WHOQOL-BREIF merupakan pengembangan terbaru dari kuisisioner WHOQOL-100, yang awalnya terdiri dari 6 domain yaitu : kesehatan fisik, psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, lingkungan dan kepercayaan/keyakinan/spiritual, diringkas menjadi 4 domain, yaitu : kesehatan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan (WHO, 1997).

Kuisisioner *Diabetes Quality Of Life (DQOL)* merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kesehatan khususnya kualitas hidup pasien Diabetes Melitus. Kuisisioner ini dikembangkan dan sudah diuji validitas reliabilitas oleh *The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)* pada tahun 1998 pada 192 sampel dengan hasil validitas nilai $r = 0,66-0,92$ dan nilai *Cronbach's alpha* 0,92. Pada awalnya kuisisioner ini memiliki 46 item pertanyaan yang terbagi dalam 4 domain, yaitu kepuasan yang dirasakan pasien tentang penyakit, kepuasan yang dirasakan pasien tentang proses pengobatan, kecemasan yang berhubungan dengan keadaan sosial dan kecemasan yang berhubungan dengan penyakit DM. Kemudian kuisisioner ini dimodifikasi dan telah di uji validitas reliabilitas oleh Burrough, et al pada tahun 2004 pada 498 sampel dengan hasil validitas nilai $r = 0,78-0,92$ dan nilai reliabilitas *Cronbach's alpha* 0,85. Dari 46 item pertanyaan sebelumnya, setelah di modifikasi menjadi 15 item pertanyaan dalam 2 domain, yaitu: 8 item pertanyaan terkait kepuasan

yang dirasakan pasien mengenai penyakitnya dan 7 item pertanyaan terkait dampak yang dirasakan pasien akibat dari penyakitnya (Burrough, et al, 2004).

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori