

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Mellitus

1. Pengertian *Diabetes Mellitus*

Diabetes Mellitus (DM) atau kencing manis merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh jumlah hormon insulin yang tidak mencukupi atau tidak dapat bekerja secara normal, padahal hormon ini memiliki peran utama dalam mengatur kadar glukosa (gula) didalam darah (Fitria, 2009). Diabetes mellitus (DM) merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Smeltzer & Bare, 2014). Diabetes mellitus (DM) adalah salah satu keadaan hiperglikemia yang disebabkan penurunan kecepatan insulin oleh sel-sel beta pulau langerhans dalam pankreas (Guyton, 2012).

American Diabetes Association (2012) mendefinisikan diabetes mellitus adalah salah satu kelompok penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia karena gangguan sekresi insulin, atau keduanya. Keadaan hiperglikemia kronis dari diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, gangguan fungsi dan kegagalan berbagai organ, terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah. Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa

diabetes mellitus adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh hormon insulin yang tidak mencukupi atau tidak dapat bekerja secara normal, padahal hormon ini memiliki peran utama dalam mengatur kadar glukosa (gula) didalam darah.

Pada penderita DM pemeriksaan dapat dilakukan pada mereka yang memiliki risiko untuk terkena DM seperti usia lebih dari 45 tahun, Berat Badan Relatif (BBR) $>120\%$, dengan indeks massa tubuh (IMT) >23 kg/m², penderita hipertensi ($>140/90$ mmHg), dan yang mempunyai riwayat penyakit DM karena faktor keturunan, mempunyai riwayat abortus yang berulang-ulang, melahirkan bayi cacat atau berat badan bayi lahir lebih dari 4000 gram, kolestro *High Density Lipoproteins* (HDL) <35 mg/dl atau kadar trigliserida >250 mg/dl (Perkeni, 2011) risiko DM dapat terjadi pada yaitu pada usia lebih dari 40 tahun, obesitas atau kegemukan, hipertensi, adanya dislipidemia (gangguan pada lemak), terdapat luka, penyakit kardio vaskuler, TBC positif yang sulit sembuh (Perkeni, 2011).

Diagnosis DM dilakukan dengan pemeriksaan gula darah sewaktu jika sudah diketahui adanya gejala 3P (poliuri, polidipsi, polifagi), bila hasilnya >200 mg% maka diagnosis DM bisa ditegakan. Adapun kategori kadar gula darah sebagai berikut:

Tabel 2.1. Kategori Kadar Gula Darah.

Kategori	Bukan DM	Belum DM	DM
Kadar Gula Darah Sewaktu			
Plasma Darah	<110	110-119	>200
Darah Kapiler	<90	90-119	>200
Kadar Gula Darah Puasa			
Plasma Darah	<110	110-125	<126
Darah Kapiler	<90	90-110	<110

Sumber : Soegondo (2007)

2. Klasifikasi Diabetes Mellitus

World Health Organization (WHO) membuat empat klasifikasi klinis gangguan intoleransi glukosa (Sylvia, 2005), yaitu:

a. *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM)

IDDM yaitu defisiensi insulin karena kerusakan sel-sel langerhans yang berhubungan dengan tipe HLA (*Human Leucocyte Antigen*) spesifik, predisposisi pada insulinitis fenomena autoimun (cenderung ketosis dan terjadi pada usia muda). Kelainan ini terjadi karena kerusakan sistem imunitas (kekebalan tubuh) yang kemudian merusak sel-sel langerhans di pankreas. Kelainan ini berdampak pada penurunan produksi insulin (Riyadi, 2008). DM tergantung insulin biasanya terjadi pada masa anak-anak atau masa dewasa muda dan menyebabkan ketoasidosis jika pasien tidak diberikan terapi insulin. IDDM berjumlah 10% dari kasus DM.

b. *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM)

NIDDM yaitu diabets resisten, lebih sering pada dewasa, tapi dapat terjadi pada semua umur. Kebanyakan penderita kelebihan

berat badan, ada kecenderungan familial, mungkin perlu insulin pada saat hiperglikemik selama stres. Wahyu (2009), menyatakan bahwa DM tipe 2 ini dijumpai sekitar 90% dari semua populasi diabetes, faktor lingkungan sangat berperan dalam hal ini terutama peningkatan kemakmuran suatu bangsa akan meningkatkan prevalensi DM tipe 2. DM tipe 2 adalah jenis DM yang tidak tergantung insulin. Timbul makin sering setelah berumur 40 tahun dengan catatan pada dekade ketujuh kekerapan DM mencapai 3 sampai 4 kali lebih tinggi pada orang dewasa.

Menurut Smeltzer & Bare (2010), DM tipe II disebabkan kegagalan relatif sel β dan resisten insulin. Resistensi insulin adalah turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Sel β tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada rangsangan glukosa, maupun pada rangsangan glukosa bersama bahan perangsang sekresi insulin lain. Berarti sel β pankreas mengalami desensitisasi terhadap glukosa.

c. Gestasional Diabetes Mellitus (GDM)

Dikenali pertama kali selama kehamilan dan mempengaruhi 4% dari semua kehamilan. Faktor risiko terjadinya GDM adalah usia tua,

etnik, obesitas, multiparitas, riwayat keluarga, dan riwayat diabetes gestasional terdahulu. Karena terjadi peningkatan sekresi sebagai hormon yang mempunyai efek metabolik terhadap toleransi glukosa, maka kehamilan adalah suatu keadaan genetik.

Tipe khusus lain adalah:

- a. Kelainan genetik dalam sel beta. Diabetes *subtype* ini memiliki prevalensi familial yang tinggi dan bermanifestasi sebelum usia 14 tahun. Pasien sering kali obesitas dan resisten terhadap insulin.
 - b. Kelainan genetik pada kerja insulin, menyebabkan sindrom resistensi insulin berat dan *akantosis negrikans*.
 - c. Penyakit pada eksrokin pankreas menyebabkan *pankreatitis* kronik.
 - d. Penyakit endokrin seperti *sindrom cushing* dan *akromegali*.
 - e. Obat-obat yang bersifat toksik terhadap sel-sel beta dan infeksi.
3. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus
- a. Diet Nutrisi Diabetes Mellitus

Diet diabetes mellitus merupakan pengaturan pola makan bagi penderita diabetes mellitus berdasarkan jumlah, jenis, dan jadwal pemberian makanan (Sulistiyowati,2009). Konsensus pengelolaan dan pencegahan DM di Indonesia menetapkan empat pilar utama dalam pengelolaan DM, yaitu edukasi, terapi nutrisi medis (diet), latihan jasmani dan intervensi farmakologi. Tetapi yang akan dilakukan dalam pencegahan ini adalah terapi nutrisi medis (diet).

b. Terapi Nutrisi (TNM)/ Diet

Terapi Nutrisi Medis (TNM)/diet merupakan hal yang sangat penting dalam mencegah DM jika sudah terjadi, dan mencegah atau setidaknya memperlambat tingkat perkembangan komplikasi DM (ADA, 2008). Perkeni (2011) juga menjelaskan bahwa diet pada penderita DM tipe 2 merupakan bagian dari penatalaksanaan DM tipe 2 secara total. Tjokopurwo (dikutip dalam Suprihatin, 2012) mengatakan bahwa diet diabetes mellitus adalah pengaturan makanan yang diberikan kepada penderita DM dimana diet yang dilakukan harus tepat jumlah energi yang dikonsumsi dalam satu hari, tepat jadwal sesuai 3 kali makan utama dan 3 kali makanan selingan dengan interval waktu 3 jam antara makan utama dan makanan selingan serta tepat jenis yaitu menghindari makanan yang tinggi kalori.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Widodo (2012) dalam Adyana (2014) di Instalasi Rawat Jalan RS Baptis Kediri menunjukkan bahwa ada hubungan diet tepat dalam jumlah energi dengan meningkatkan kadar gula darah puasa sedangkan pada diet tepat jadwal dan jenis tidak ada hubungan. ADA (2008) menjelaskan bahwa tujuan penatalaksanaan diet ini antar lain:

- 1) Mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dalam rentang normal atau seaman mungkin.

- 2) Menjaga dan mempertahankan kadar lipid dan profil lipid untuk mengurangi risiko penyakit kardiovaskular.
- 3) Menjaga tekanan darah agar tetap normal.
- 4) Mencegah atau memperlambat perkembangan komplikasi kronik pada DM dengan memodifikasi asupan makanan dan gaya hidup.

c. Kebutuhan Kalori

Cara untuk menentukan kebutuhan kalori pada penderita DM yaitu dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kalori/kgBB ideal. Kebutuhan kalori ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu jenis kelamin, usia, berat badan (Perkeni, 2011).

d. Pemilihan jenis makanan

Makanan yang dianjurkan adalah makanan yang mengandung sumber karbohidrat kompleks (seperti nasi, roti, mie, kentang, singkong, ubi dan sagu), mengandung protein rendah lemak (seperti ikan, ayam tanpa kulit, tempe, tahu dan kacang-kacangan) dan sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu bentuk makanan yang diolah dengan cara di panggang, dikukus, direbus dan dibakar).

Makanan yang perlu dihindari yaitu makanan yang mengandung karbohidrat sederhana (seperti gula pasir, gula jawa, susu kental manis, minuman botol manis, es krim, kue-kue manis, dodol) mengandung banyak kolesterol lemak trans, dan lemak jenuh (seperti

cake, makanan siap saji, goreng-gorengan) serta tinggi natrium (seperti ikan asin dan makanan yang diawetkan) (Almatsier,2008). Penderita DM juga harus membatasi makanan dari jenis gula, minyak dan garam.

e. Pengaturan jadwal makan

Penderita DM makan sesuai jadwal, yaitu 3 kali makan utama dan 3 kali makan selingan dengan interval waktu 3 jam. Jadwal makan standart untuk penderita DM yaitu:

Tabel 2.2 Jadwal makan penderita DM

Jenis Makanan	Waktu	Total Kalori
Makan pagi	07.00	20%
Selingan	10.00	10%
Makan siang	13.00	30%
Selingan	16.00	10%
Makan sore/malem	19.00	20%
Selingan	21.00	10%

Sumber: Waspadji (2007)

f. Standar dan Prinsip Diet

Waspadji (2007) mengatakan bahwa standart diet DM diberikan pada penderita DM sesuai kebutuhannya. Ada 8 jenis standar diet menurut kandungan energi yaitu diet DM 1100, 1300, 1500, 1700, 1900, 2100, 2300 dan 2500 kalori. Secara standar diet untuk penderita DM yang gemuk adalah 1100-1600 kalori, penderita dengan berat badan normal 1700-1900 kalori dan 2100-2500 kalori untuk penderita DM yang kurus.

Prinsip diet bagi penderita DM (Perkeni, 2011) yaitu:

- 1) Energi disesuaikan dengan kebutuhan dan faktor koreksi umur, jenis kelamin, aktivitas dan berat badan
 - 2) Karbohidrat 45-65% dari energi total
 - 3) Protein 10-20% dari energi total
 - 4) Lemak 20-25% dari energi total, penggunaan lemak jenuh <7% lemak tidak jenuh ganda <10%, selebihnya lemak tidak jenuh tunggal dan kolesterol <300 mg/hari
 - 5) Makanan yang perlu dihindari adalah makanan yang banyak mengandung kolestrol, lemak trans, lemak jenuh serta banyak mengandung natrium.
 - 6) Makanan yang dianjurkan adalah sumber karbohidrat kompleks, makanan tinggi serat dan makanan yang diolah dengan sedikit minyak.
 - 7) Gula untuk bumbu diperbolehkan dengan ketentuan <5%, dari kebutuhan energi.
- g. Jenis diet dan indikasi pemberian

Diet yang digunakan sebagai bahan penatalaksanaan Diabetes Mellitus dikontrol berdasarkan kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat. Sebagai pedoman dipakai 8 jenis Diet Diabetes Mellitus sebagaimana dilihat dalam tabel 2.1 penerapan diet ditentukan oleh keadaan pasien, jenis diabetes Mellitus, dan program pengobatan secara keseluruhan.

Tabel 2.3 Jenis Diet Diabetes Mellitus berdasarkan kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat.

Jenis diet	Energi (keal)	Protein (gr)	Lemak (gr)	Karbohidrat (gr)
I	1100	43	30	172
II	1300	45	35	192
III	1500	51.5	36.5	235
IV	1700	55.5	36.5	275
V	1900	60	48	299
VI	2100	62	53	319
VII	2300	73	59	369
VIII	2500	80	62	396

Sumber: Penuntun diet, instalasi gizi perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo

- h. Bahan makanan yang dianjurkan untuk diet DM
- 1) Sumber karbohidrat kompleks, seperti nasi, roti, mie, kentang, singkong, ubi dan sagu.
 - 2) Sumber protein yang rendah lemak, seperti ikan, ayam tanpa kulit, susu skim, tempe, tahu, dan kacang-kacangan.
 - 3) Sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu bentuk makanan yang mudah dicerna. Makanan terutama diolah dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, direbus, dan dibakar.
- i. Bahan makanan yang tidak dianjurkan (dibatasi/dihindari)
- 1) Mengandung banyak gula (gula pasir, gula jawa)
 - 2) Sirup, jelly, buah-buahan yang diawetkan dengan gula, susu kental manis.
 - 3) Minuman botol ringan, es krim, Kue-kue manis, dodol, cake, dan tarcis.

- 4) Mengandung banyak lemak: cake, makanan siap saji (fast food), goreng-gorengan.
- 5) Mengandung banyak natrium: ikan asin, telur asin, makanan yang diawetkan.

B. Karakteristik Caregiver Pasien Diabetes Mellitus

1. Karakteristik *caregiver*

Caregiver adalah seorang individu yang memberikan bantuan kepada orang lain yang mengalami disabilitas/ketidakmampuan dan memerlukan bantuan dikarenakan penyakit dan keterbatasannya (Widiastutui, 2009). Adapun yang menjadi fungsi *caregiver* yaitu menyediakan makanan, merawat dan memberikan dukungan emosional, kasih sayang, dan perhatian, serta membawa kedokter.

Menurut Bates, (2007):

“Seorang pengasuh didefinisikan sebagai orang yang peduli terhadap orang dewasa lainnya, pasangan, orang tua, atau anak, yang didiagnosis menderita kanker, demensia, penyakit mental, atau kondisi kronis seperti penyakit paru obstruktif kronik atau sklerosis multipel. Pengasuh adalah pasangan, anak dewasa, menantu perempuan/kerabat terdekat seperti cucu, saudara kandung yang memberikan bantuan kepada orang dewasa yang lebih tua yang tinggal di komunitas”.

Menurut Thomas Day dalam National Care Planning Council (2006):

“Pengasuh memberi bantuan kepada orang lain yang karena fisik cacat, untuk orang tua yang menua, penyakit kronis atau gangguan kognitif tidak dapat melakukan aktivitas tertentu sendiri.”.

Selain itu melalui (Frank for hospitals dalam Lubis, 2004) adalah:

“Seseorang yang memberikan bantuan, umumnya di lingkungan rumah, kepada orang tua yang menua. Seorang pengasuh dapat menjadi anggota keluarga, teman, sukarelawan, atau profesional berbayar”. Sehingga berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa *caregiver* merupakan individu (meliputi: keluarga, teman, voluntir atau tenaga profesional yang dibayar) yang mempunyai tanggung jawab untuk memberikan perawatan pada seseorang yang sakit secara mental, ketidak mampuan secara fisik atau kesehatannya terganggu karena sakit atau usia tua yang diderita.

Karakteristik Caregiver Menurut McQuerrey (2012) karakteristik caregiver yang baik adalah:

a. *Empathy*

Salah satu karakteristik caregiver yang baik adalah memiliki kemampuan empati kepada klien yang memerlukan pendampingan. Ketika melakukan pendampingan baik kepada anak kecil atau membantu orangtua, kemampuan “personal understanding” dan koneksi dengan klien adalah hal yang sangat penting. Caregiver yang

baik mengerti bagaimana membuat klien menjadi nyaman dan merasa diperhatikan.

b. *Patience*

Individu yang menerima pendampingan/pelayanan biasanya tergantung pada oranglain dan *self sufficient*, hal tersebut dapat membuat mereka frustrasi dan memberontak. Ketika seorang anak yang tidak bisa mengekspresikan rasa laparnya, atau yang tidak bisa mengungkapkan rasa sakit secara verbal atau seorang lansia yang mengalami *demensia*. Kesabaran menjadi hal yang vital untuk *caregiver*. Anda harus mampu memisahkan diri dari kemarahan dan tidak terbawa situasi.

c. *Realistic Outlook*

Pelayanan/pendampingan sering dilakukan dalam jangka waktu yang panjang untuk melengkapi kebutuhan sehari-hari dari klien. Memahami keterbatasan dari klien membantu *caregiver* untuk menurunkan tekanan yang ada di lingkungan. *Caregiver* yang baik menyadari kapabilitas dan tetap terdorong untuk semangat dalam melayani dan memperhatikan klien.

d. *Strong Constitution*

Tugas yang dilakukan oleh *caregiver* berhubungan dengan aktivitas instrumental seperti memandikan baik itu bayi atau lansia, membersihkan luka. Seorang *caregiver* yang baik tidak akan merasa malu dengan tugas yang dilakukan.

e. *Soothing Nature*

Caregiver tahu bagaimana cara untuk menenangkan klien. Menjadi *voice of encouragement* adalah hal yang membuat kualitas dari caregiver jadi baik.

f. *Reliability*

Merupakan *trait* yang penting bagi *caregiver*. Individu yang menerima pendampingan/pelayanan bergantung dan tidak bisa berpisah dari *caregiver* dan sering merasa dekat dengan *caregiver*nya. *Caregiver* harus konsisten dalam memberikan pelayanan baik itu makanan dan pemberian obat.

2. **Jenis Caregiver**

Caregiver dibagi menjadi *caregiver informal* dan *caregiver formal*. *Caregiver informal* adalah seseorang individu (anggota keluarga, teman, atau tetangga) yang memberikan perawatan tanpa di bayar, paruh waktu atau sepanjang waktu, tinggal bersama maupun terpisah dengan orang yang dirawat, sedangkan *caregiver formal* adalah relawan atau individu yang dibayar untuk menyediakan pelayanan. Keduanya termaksud orang-orang yang menyediakan bantuan yang berhubungan dengan aktivitas sehari-hari dan tenaga profesional yang menyediakan pelayanan terutama dalam hal kesehatan mental maupun jasmani (Kahana dkk, 1994 dan Day, 2014 dalam Akupunne, 2015) Barrow (1996 dalam Widiastuti, 2009) menyebutkan terdapat dua jenis *caregiver*, yaitu formal dan tidak formal.

Caregiver formal adalah individu yang memberikan perawatan dengan melakukan pembayaran yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun *tenaga* profesional lainnya. Sementara *caregiver* informal adalah individu yang memberikan perawatan dengan tidak melakukan pembayaran dan tidak secara tenaga profesional. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah dan biasa diberikan oleh pasangan penderita, anak dari penderita atau anggota keluarga lainnya.

3. Tugas-tugas *Caregiver*

Milligan (2004, dalam Widiastuti, 2009) dalam penelitiannya menarik perhatian terhadap fakta tugas *caregiver*. Tugas yang dilakukan *caregiver* tidak hanya terbatas kepada pekerjaan rumah tangga, akan tetapi dibagi ke dalam 4 kategori, sebagai berikut:

a. *Physical Care*/Perawatan fisik

Yaitu memberi makan, menggantikan pakaian, memotong kuku, membersihkan kamar, dan lain-lain

b. *Social Care*/Kepedulian sosial

Yaitu mengunjungi tempat hiburan, menjadi supir, bertindak sebagai sumber informasi dari seluruh dunia di luar perawatan di rumah.

c. *Emotional Care*

Yaitu menunjukkan kepedulian, cinta dan kasih sayang kepada pasien yang tidak selalu ditunjukkan ataupun dikatakan ditunjukkan melalui tugas-tugas lain yang dikerjakan

d. *Quality Care*

Yaitu memantau tingkat perawatan, standar pengobatan, dan indikasi kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Arksey, dkk (2005) tentang tugas-tugas yang dilakukan *caregiver* di United Kingdom, antara lain termasuk: bantuan dalam perawatan diri yang terdiri dari *dressing*, *bathing*, *toileting*. Bantuan dalam mobilitas seperti: berjalan, naik atau turun dari tempat tidur, melakukan tugas keperawatan seperti: memberikan obat dan mengganti balutan luka, memberikan dukungan emosional, menjadi pendamping, melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti : memasak, belanja, pekerjaan kebersihan rumah, bantuan dalam masalah keuangan dan pekerjaan kantor.

Berdasarkan uraian diatas, *caregiver* adalah individu baik anggota keluarga, teman, kerabat ataupun tetangga yang memberikan bantuan, dukungan sosial tanpa pamrih kepada orang yang tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari. Aktivitas *caregiver* merupakan dimensi yang saling tergantung satu sama lain (Bealands, Horsburgh, Fox, & Howe, 2005) yaitu:

a. Menghargai

Merupakan pekerjaan kognitif dari kegiatan caregiving. Hal ini termasuk kegiatan mengawasi, mengevaluasi, dan menyelesaikan masalah. Siklus pengawasan dan saling menghargai yang tercipta antara caregiver dengan orang yang memberikan perawatan membuat caregiver mengembangkan suatu pengetahuan yang khas tentang kondisi medis penerima perawatan dan respons mereka terhadap perawatan dan menempatkan mereka dengan baik untuk kemudian caregiver melakukan peran advokasi.

b. Memberi advikasi

Caregiver berbicara atas individu yang dirawat. Pengetahuan yang dimiliki caregiver tentang individu yang dirawat dalam hal pribadi muncul dari pengawasan dan penghargaan yang berlangsung yang membuat caregiver mengenali situasi yang membuat mereka kemudian perlu berbicara atas nama individu yang dirawat.

c. *Juggling*

Aktivitas ini meliputi kegiatan menjaga lebih dari satu aktivitas yang bernilai dari waktu ke waktu dan biasanya dibutuhkan rasa menghargai terhadap aktivitas yang cukup penting tersebut.

d. Melakukan kebiasaan

Aktivitas ini menciptakan sejumlah aktivitas yang dikembangkan seiring berjalannya waktu dan umumnya dilakukan

secara teratur. Bila tercipta rutinitas yang baik, maka kegiatan merawat lebih terkontrol, terprediksi, dan tidak menakutkan.

e. Melatih

Aktivitas yang dilakukan untuk memfasilitasi individu yang dirawat untuk melakukan perawatan diri sendiri. Hal ini meliputi mengizinkan individu yang dirawat untuk merawat diri sendiri termasuk mematuhi pengobatan medis, sampai kepada peningkatan kesehatan.

Family caregiver dapat meliputi: pasangan hidup (suami/ istri), orangtua, anak, atau kerabat dekat yang bertanggung jawab merawat penderita (Andren & Elmstahl, 2008; Goldberg & Rickler, 2011). Dukungan yang diberikan *family caregiver* memberikan dampak yang positif terhadap kondisi fisik maupun psikis penderita diabetes (Martire & Schulz, 2007). Peran dan fungsi keluarga dalam teori sistem salah satunya adalah sebagai pemberi perawatan (*caregiver*) pada anggota keluarga yang sakit. (Smith, Greenberg, & Seltzer, 2007). Lim dan Zebrack (2004) menyatakan bahwa konsep normalisasi pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kronis dilakukan dengan merubah gaya hidup yang mendukung proses pengobatan. Kegiatan-kegiatan tersebut antara lain melakukan pemeriksaan rutin, manajemen perawatan diri, perubahan pola makan, aktivitas fisik, dan memaksimalkan dukungan emosional dilakukan untuk memberikan kenyamanan (Lim & Zebrack, 2004).

Menurut Goldberg & Rickler (2011), peran keluarga dalam perawatan penyakit kronis menjadi faktor yang sangat penting. Banyak penderita penyakit kronis tidak bisa mandiri secara penuh tanpa bantuan keluarga. Begitu pula dengan penderita diabetes, beberapa dapat menjaga diri mereka sendiri namun pada penderita yang menghadapi situasi medis yang lebih rumit, misalnya memiliki luka atau adanya komplikasi, membutuhkan bantuan dari keluarga (Sukarmin & Riyadi, 2008; Vroomen & Durning, 2009). Hal ini menyebabkan keterlibatan keluarga menjadi sangat penting dalam memberikan dukungan perawatan pada penderita diabetes. Dalam hal ini, keluarga berperan sebagai *family caregiver*. Dukungan yang diberikan *family caregiver* memberikan dampak yang positif terhadap kondisi fisik maupun psikis penderita diabetes (Martire & Schulz, 2007). Hasil penelitian pada penderita diabetes dan *family caregiver* menemukan bahwa dukungan sosial mempengaruhi tingkat kecemasan penderita diabetes, semakin banyak dukungan sosial yang diberikan semakin rendah tingkat kecemasan penderita diabetes (Ambarwati, 2008; Garousi & Garrusi, 2013).

Selain itu dukungan yang diberikan kepada penderita diabetes berhubungan dengan manajemen penyakit yang lebih baik (Subari, 2008; Sukkariah, 2011), meningkatkan kualitas hidup penderita, mendorong kepatuhan terhadap pengobatan, dan meningkatkan kemampuan coping penderita terhadap penyakitnya (Goldberg & Rickler, 2011). Penderita Diabetes Mellitus memerlukan pengelolaan secara ketat untuk menjaga

kadar gula darahnya agar tetap stabil. Penderita Diabetes Mellitus membutuhkan orang lain yang disebut caregiver untuk membantu, menjaga, merawat dalam memenuhi kebutuhannya, dalam hal ini adalah keluarga. Peran keluarga dalam perawatan penyakit kronis menjadi faktor yang sangat penting (Goldberg & Salloway Rickler, 2011). Banyak penderita penyakit kronis tidak bisa mandiri secara penuh tanpa bantuan keluarga begitu pula dengan berbasis keluarga sangat dibutuhkan untuk perubahan perilaku terkait kepatuhan diet, kontrol glukosa, peningkatan pengetahuan terkait diabetes dan kontrol glukosa (Mayberry & Osborn, 2012; Armour et al, 2005).

Kemampuan caregiver keluarga salah satu indikator yang paling kuat dalam memberikan dampak terhadap perawatan penderita Diabete Mellitus. Penelitian peran keluarga dalam perawatan Diabetes sudah banyak dilakukan tetapi penelitian tentang pemahaman kondisi psikologis dan kebutuhan keluarga penderita belum ada. Keluarga sebagai pemberi asuhan secara langsung maupun tidak langsung dituntut untuk bertanggung jawab antara lain dalam memberikan dukungan fisik, sosial, emosional, finansial, seringkali mereka juga harus mengabaikan kebutuhan sendiri, tidak pernah memperoleh intervensi apapun, tidak memperoleh pengakuan, mereka kurang memiliki dukungan dari lingkungan, dan jarang memperoleh penggantian finansial dari banyaknya biaya pengobatan anggota keluarga yang dirawatnya (Goldberg & Salloway Rickler, 2011).

C. Kerangka Teori

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditemukan atau terbentuk dari 3 faktor:

a) Faktor predisposisi atau faktor pendorong (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

1. Kepercayaan

Kepercayaan atau agama merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap agamanya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaannya, demikian juga cara akan lebih baik. Kemauan untuk melakukan kontrol penyakitnya dapat dipengaruhi oleh kepercayaan penderita dimana penderita yang memiliki kepercayaan yang kuat akan lebih patuh terhadap anjuran dan larangan.

2. Sikap

Sikap merupakan hal yang paling kuat dalam diri individu sendiri. Keinginan untuk tetap mempertahankan kesehatannya sangat

berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya.

3. Pengetahuan

Penderita dengan kepatuhan rendah adalah mereka yang tidak teridentifikasi mempunyai gejala sakit. Mereka berfikir bahwa dirinya sembuh dan sehat sehingga tidak perlu melakukan kontrol terhadap kesehatannya.

b) Faktor pendorong (*renforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

1. Dukungan petugas kesehatan

Dukungan dari petugas kesehatan sangatlah besar artinya bagi penderita sebab petugas adalah pengelola penderita yang paling sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis lebih baik, dengan sering berinteraksi, sangatlah mempengaruhi rasa percaya dan selalu menerima kehadiran petugas kesehatan termasuk anjuran-anjuran yang diberikan.

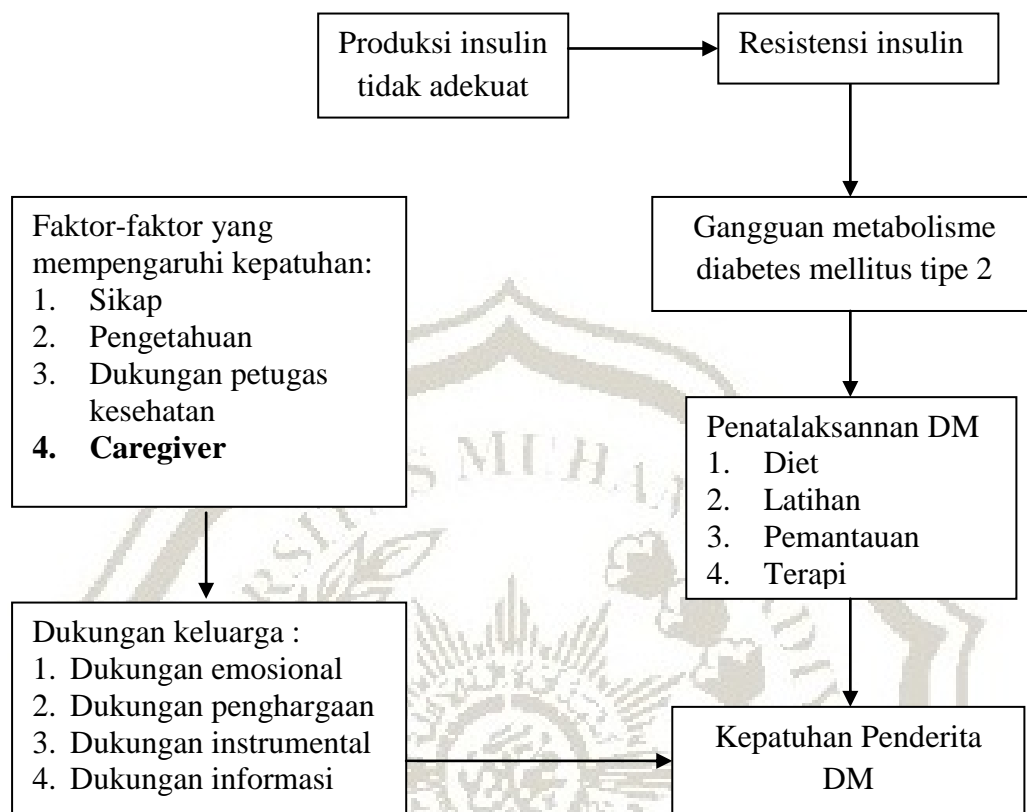
2. Dukungan keluarga

Keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenang apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan baik,

serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk penunjang pengelolaan penyakitnya.

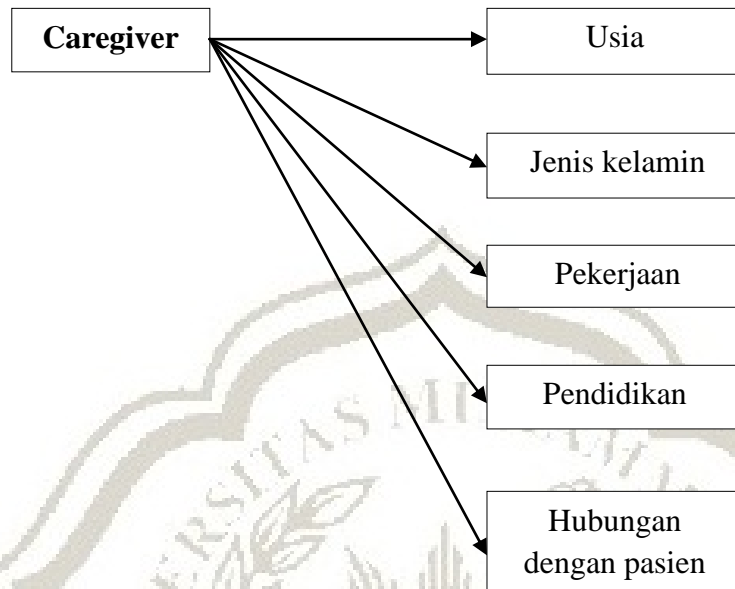
- c) Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.





Gambar 2.1 Kerangka teori penelitian

Sumber: Teori Lowren Green (1980), Friedman (1998), Smeltzer & Bare (2002)

D. Kerangka konsep

Gambar 2.2 Kerangka konsep