

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Diabetes melitus

a. Definisi

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit yang mempengaruhi ketidaknormalan metabolisme pada karbohidrat, protein dan lemak. Sehingga menyebabkan kerusakan fungsi sintesis pada sel beta pankreas yang akan mempengaruhi pengeluaran insulin maupun pemanfaatan insulin. Dari ketidaknormalan tersebut menyebabkan kadar glukosa dalam darah meningkat. DM merupakan penyakit kronik yang saling berhubungan dan membutuhkan perawatan klinis yang berkelanjutan untuk mengurangi berbagai macam resiko (Talmadge et al., 2018)

b. Klasifikasi diabetes melitus

American Diabetes Association (ADA, 2018) mengklasifikasikan penyakit DM menjadi 4 klasifikasi, yaitu:

1) Diabetes melitus tipe 1

Adanya kerusakan sel beta pankreas yang biasanya dapat memproduksi insulin tetapi di hancurkan oleh proses autoimun, biasanya menyebabkan defisiensi insulin absolut sehingga pasien dengan DM tipe 1 menyuntikan insulin sendiri untuk menstabilkan kadar gula darah dalam tubuhnya. Dengan

berkurangnya pemenuhan insulin akan mengakibatkan terjadinya KAD (*Ketoacidosis Diabetic*) (Ndraha, 2014; Talmadge et al., 2018).

2) Diabetes melitus tipe 2

Terjadi karena adanya kehilangan sekresi insulin sel beta secara progresif yang sering menyebabkan resistensi insulin. Hal tersebut diakibatkan reseptor insulin sudah tidak aktif karena merasa kadar glukosa dalam darah sudah penuh. Hampir 91% kasus DM tipe 2 merupakan kasus yang terbanyak dari pada DM tipe yg lainnya. DM tipe 2 susah untuk terdeteksi, biasanya akan terdeteksi setelah munculnya komplikasi pada penderita DM. Gejala diabetes tipe 2 yang sering muncul yaitu meliputi: sering buang air kecil, haus yang berlebihan, penurunan berat badan, dan penglihatan kabur (*International Diabetes Federation*, 2015; Ndraha, 2014; Talmadge et al., 2018).

3) Gestational diabetes melitus (GDM)

Diabetes didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan atau minggu ke 24 yang tidak jelas diabetes sebelum kehamilan. GDM akan menimbulkan banyak resiko bagi bayi dan ibunya sendiri. Wanita yang mengalami GDM beresiko terjadi perubahan tingkat DM menjadi DM tipe 2. Begitu juga dengan bayi yang nantinya lahir akan mengalami DM tipe 2

ketika usianya sudah dewasa (*International Diabetes Federation*, 2015; Ndraha, 2014).

4) Diabetes tipe lain.

Jenis diabetes spesifik karena penyebab lain, misalnya sindrom diabetes monogenik seperti diabetes neonatal dan diabetes onset usia lanjut pada wanita muda atau biasa disebut MODY, penyakit pankreas eksokrin seperti *cystic fibrosis* dan pankreatitis, dan efek samping obat atau diabetes yang diinduksi kimia seperti dengan penggunaan glukokortikoid dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ (Talmadge et al., 2018).

c. Etiologi dan faktor resiko DM tipe 2

Etiologi diabetes mellitus tipe 2 tampaknya melibatkan interaksi kompleks antara faktor lingkungan dan genetik. Sepertinya penyakit berkembang ketika gaya hidup diabetogenic (yaitu, asupan kalori yang berlebihan, pengeluaran kalori yang tidak memadai, obesitas) ditumpangkan pada genotip rentan. Sebuah studi prospektif berbasis populasi yang besar telah menunjukkan bahwa diet padat energi mungkin menjadi faktor risiko untuk pengembangan diabetes yang tidak bergantung pada obesitas awal. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pencemar lingkungan mungkin memainkan peran dalam pengembangan dan perkembangan diabetes mellitus

tipe 2 (Badan Penilaian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013; Fatimah, 2015).

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan faktor resiko DM menurut (Trisnawati & Setyorogo, 2013) yaitu umur, riwayat DM, aktifitas fisik, Indeks Massa Tubuh, tekanan darah, stress dan kadar kolesterol.

1) Usia dan jenis kelamin

Penderita DM tipe 2 lebih banyak pada kelompok usia dari 25 sampai 44 tahun dan sama banyak di derita oleh perempuan dan laki-laki (Setyaningrum, Dewi & Sugianto, 2015). Tetapi ada penelitian lain yang menyatakan bahwa jumlah pasien DM tipe 2 terbanyak di alami oleh wanita karena memiliki peluang dalam peningkatan indeks masa tubuh (Trisnawati & Setyorogo, 2013).

2) Riwayat penyakit keluarga

Dalam 1 keluarga yang mengalami DM akan menurun ke keluarganya. Pewarisan penyakit DM bisa dari orangtua perempuan maupun laki-laki. Penurunan terjadi 15% apabila hanya salahsatu orangtua yang menderita DM dan 75% jika kedua orangtua mengalami DM (Trisnawati & Setyorogo, 2013).

3) Sindrom metabolik

Seseorang dengan sindrom metabolik seperti dislipidemia dan hipertensi mempunyai resiko terkena penyakit DM tipe 2. Riwayat dislipidemia akan meningkatkan resiko lebih besar mengalami diabetes melitus yaitu sekitar 3,986 dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat dislipidemia (Setyaningrum, Dewi & Sugianto, 2015). Sedangkan riwayat hipertensi akan memiliki resiko mengalami DM sebesar 6,85 kali dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat hipertensi (Trisnawati & Setyorogo, 2013).

4) Gaya hidup santai (*Sedentary life style*)

Orang dengan aktivitas fisik kurang atau olahraga akan meningkatkan resiko terkena penyakit DM lebih tinggi yaitu 7,333 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang rutin melakukan olahraga (Setyaningrum, Dewi & Sugianto, 2015).

5) Obesitas

Adanya obesitas merupakan faktor resiko terjadinya penyakit DM. Dikatakan obesitas yaitu apabila memiliki IMT lebih dari 23 akan menyebabkan adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah meningkat menjadi 200mg% (Fatimah, 2015).

6) Merokok dan Alkohol

Kebiasaan buruk yang menyebabkan peningkatan jumlah penderita DM tipe 2 yaitu dengan merokok dan minum minuman beralkohol. Pengaruh konsumsi alkohol akan menyebabkan gangguan metabolisme gula darah terkhusus pada seseorang yang sudah terdiagnosa DM, sehingga akan terjadi peningkatan tekanan darah dan mempersulit regulasi gula darah. Tekanan darah seseorang meningkat dengan mengkonsumsi alkohol lebih dari 60ml/hari. Seseorang akan mengalami peningkatan tekanan darah jika mengkonsumsi etil alkohol lebih dari 60ml/hari yang setara dengan 100 ml proof wiski, 240 ml wine atau 720 ml(Fatimah, 2015).

d. Patofisiologi DM tipe 2

Kerusakan utama dari DM tipe 2 disebabkan karena adanya kegagalan sel beta pankreas dalam memproduksi insulin yang mengakibatkan resistensi insulin pada otot dan liver. Beberapa organ juga terlibat dalam terjadinya gangguan toleransi glukosa dalam darah manusia yaitu jaringan lemak yang akan menyebabkan peningkatan lipolisis, gastrointestinal yang akan menyebabkan terjadinya defisiensi incretin, sel alpha pancreas yang akan menyebabkan hiperglukagonemia, ginjal yang akan mengalami peningkatan absorpsi glukosa, dan otak yang akan mempengaruhi peningkatan resistensi insulin(PERKENI, 2015).

Diabetes melitus tipe 2 merupakan ketidakmampuan untuk merespon insulin secara normal atau sering disebut resistensi insulin. Kejadian ini banyak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktivitas fisik serta penuaan. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 dapat juga terjadi produksi glukosa hepatic yang berlebihan namun tidak terjadi pengrusakan sel-sel beta langerhans secara autoimun seperti diabetes melitus tipe 1. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes melitus tipe 2 hanya bersifat relatif dan tidak absolut (Fatimah, 2015).

e. Manifestasi klinis DM tipe 2

Tanda dan gejala atau sering disebut manifestasi klinis diabetes melitus dibedakan menjadi akut dan kronik (PERKENI, 2015):

1) Gejala akut diabetes melitus yaitu poliphagia, polidipsia, poliuria, nafsu makan bertambah namun berat badan turun dengan cepat (5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), serta mudah lelah.

a) Poliphagia yaitu suatu keadaan yang mengalami peningkatan rasa lapar secara terus menerus walaupun sudah makan tetapi masih merasa lapar dan ingin makan terus menerus. Hal ini disebabkan karena kalori dari makanan yang dimakan akan dimetabolisme menjadi glukosa dalam darah dan tidak dapat dimanfaatkan (Fatimah, 2015; PERKENI, 2015).

- b) Poliuria adalah rasa ingin buang air kecil yang sangat berlebihan karena air tidak dapat diserap kembali oleh tubulus ginjal sekunder untuk aktivitas osmotik glukosa, yang kemudian akan mengalami kehilangan mineral atau air, glukosa, dan elektrolit (Black & Hawks, 2014).
 - c) Polidipsi adalah peningkatan rasa haus yang berlebihan yang terjadi akibat hilangnya cairan yang berlebih berhubungan dengan diuresis osmotik sehingga dapat menimbulkan rasa ingin minum terus menerus agar tidak terjadi dehidrasi (PERKENI, 2015; Smeltzer & Bare, 2008).
- 2) Gejala kronik diabetes melitus yaitu: Kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum, rasa kebas di kulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi impotensi, pada ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg (Fatimah, 2015; PERKENI, 2015).

f. Komplikasi diabetes melitus

Berbagai komplikasi diklasifikasikan secara berbeda, penggolongan antara komplikasi akut (ketoasidosis, koma hiperosmolar non ketotik) dan kronik (retinopati diabetika, neuropati

diabetika, nefropati diabetika dan penyakit kardiovaskuler), klasifikasi berdasarkan komplikasi spesifik dari diabetesnya (nefropati, retinopati, dan neuropati) dan komplikasi makrovaskuler (penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler dan penyakit perifer) yang mungkin terjadi pada penderita non diabetik akan tetapi muncul lebih awal dan lebih berat pada penderita diabetes melitus (*International Diabetes Federation, 2015; PERKENI, 2015; Talmadge et al., 2018*).

g. Pencegahan

Pencegahan penyakit diabetes melitus dibagi menjadi empat bagian yaitu:

1) Pencegahan Premordial

Pencegahan premordial adalah upaya untuk memberikan kondisi pada masyarakat yang memungkinkan penyakitnya tidak mendapat dukungan dari kebiasaan, gaya hidup dan faktor resiko lainnya. Prakondisi ini harus diciptakan dengan multimitra. Pencegahan premordial pada penyakit DM misalnya adalah menciptakan prakondisi sehingga masyarakat merasa bahwa konsumsi makan kebarat-baratan adalah satu pola makan yang kurang baik, pola hidup santai atau kurang aktivitas, dan obesitas adalah kurang baik bagi kesehatan (Fatimah, 2015).

2) Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah upaya yang ditujukan pada orang yang termasuk kelompok resiko tinggi, yaitu mereka yangh belum menderita DM, tetapi berpotensi untuk menderita DM (PEREKENI, 2015).

Dalam upaya pencegahan primer faktor-faktor penyebab DM harus dikenali yang akan berpengaruh terhadap timbulnya DM dan upaya untuk menghilangkan faktor-faktor tersebut. Oleh karena itu sangat penting dalam pencegahan ini hendaklah sejak dini ditanamkan pengertian tentang pentingnya kegiatan jasmani teratur, pola dan jenis makanan yang sehat, menjaga agar badan tidak terlalu gemuk dan resiko merokok bagi kesehatan(Fatimah, 2015; PERKENI, 2015).

3) Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder merupakan upaya untuk mencegah dan menghambat munculnya penyakit dengan tindakan deteksi dini dan memberikan pengobatan sejak awal. Dalam pengelolaan pasien DM harus di awasi dengan ketat dan sebisa mungkin dapat di cegah akan penyakit menahun kemungkinan yang akan terjadi. Pilar utama pengelolaan DM meliputi pendidikan kesehatan, diet atau pengaturan makan, aktifitas atau olahraga dan penggunaan obat-obatan. Empat pilar tersebut

diharapkan bisa di laksanakan dengan baik oleh penderita DM (Fatimah, 2015; PERKENI, 2015).

4) Pencegahan Tersier.

Pencegahan tersier adalah upaya mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut dan merehabilitasi pasien sedini mungkin sebelum terjadi kecacatan yang akan bersifat menetap. Dalam pelaksanaan pencegahan tertier ini sangat diperlukan bantuan dari seluruh tim kesehatan(Fatimah, 2015; PERKENI, 2015).

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien diabetes mellitus dikenal 4 pilar penting dalam mengontrol perjalanan penyakit dan komplikasi. Empat pilar tersebut adalah edukasi, terapi nutrisi, aktifitas fisik dan farmakologi(PERKENI, 2015).

1) Pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes mellitus. Pendidikan kesehatan primer harus diberikan kepada kelompok masyarakat resiko tinggi. Pendidikan kesehatan sekunder diberikan kepada kelompok pasien DM. Sedangkan pendidikan kesehatan tersier diberikan kepada pasien yang sudah mengidap DM komplikasi menahun(Fatimah, 2015).

2) Terapi nutrisi

Perencanaan makan yang baik merupakan bagian penting dari penatalaksanaan diabetes secara menyeluruh. Diet seimbang akan mengurangi beban kerja insulin dengan mencegah pengolahan insulin untuk mengubah gula menjadi glikogen. Penatalaksanaandiet nutrisi bertujuan untuk menurunkan berat badan, perbaikan kadar glukosa dan lemak darah pada pasien yang gemuk dengan DM tipe 2. Makanan seperti sayur-sayuran, buah-buahan semua yang tidak di kupas kulitnya sebelum dimakan, biji-bijian yang belum dimurnikan seperti terigu dan gandum, buncis, kacang-kacangan dapat menurunkan jumlah lemak dan gula yang beredar di dalam darah (Ardana & Berawi, 2015).

3) Aktifitas fisik

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur tiga sampai empat kali dalam seminggu selama kurang lebih 30 menit, merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM tipe 2. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kadar glukosa dalam darah (Ardana & Berawi, 2015).

4) Farmakologi

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan. Pilihan obat tetap harus memperhatikan individualisasi serta efektivitas obat, risiko hipoglikemia, efek peningkatan berat badan, efek samping obat, harga dan ketersediaan obat sesuai dengan kebijakan dan kearifan lokal (PERKENI, 2015).

2. *Self-management*

a. Definisi *self-management*

Self-management merupakan keterlibatan seseorang dalam kegiatan dan praktik yang mendukung untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan dengan membuat partisipan berpartisipasi aktif dalam mengambil keputusan terkait program pengobatan, membangun dan menjaga hubungan dengan orang sekitar yang sangat berperan dalam meningkatkan kesehatan. Orang sekitar yang berperan harus memiliki pengetahuan yang cukup, sumber daya atau keuangan baik, kepercayaan diri yang baik dalam memperhatikan dampak dari masalah kesehatan yang di alami serta dapat melakukan fungsi setiap hari (Rahayu et al., 2014; Sugiyama et al., 2015).

Self-management adalah suatu perilaku terampil, menekankan pada peran, serta tanggung jawab individu dalam pengelolaan penyakitnya sendiri (Kisokanth et al., 2013).

b. Faktor yang mempengaruhi

1) Edukasi

Self-management dapat tercapai dengan dengan edukasi terkait diabetes *self-management* (Norris et al dalam Adwan & Najjar, 2013). Edukasi dapat menyiapkan pasien terkait penyakitnya dan bagaimana pasien harus berperilaku, memberikan pengetahuan bagaimana cara merubah gaya hidup (Kisokanth et al., 2013). Harapan dari edukasi ini adalah agar pasien dapat lebih memahami terkait penyakitnya dan dapat berperan aktif dalam perawatan diabetes. Pengetahuan serta pemahaman yang baik merupakan komponen terpenting untuk memberikan kesadaran pada pasien mengenai *self-management* pada penyakit mereka (Kisokanth et al., 2013).

2) *Self monitoring of blood glucose* (SBMG)

Self monitoring of blood glucose (SBMG) dan mengukur tekanan darah merupakan komponenen terpenting untuk memantau kondisi penderita (Kisokanth et al., 2013). Monitoring terhadap glukosa darah merupakan hal penting pada pasien DM tipe 2, penderita akan lebih mandiri dalam menangani penyakit mereka dengan cara memonitori kadar

glukosa darah. mereka akan mendapatkan pemahaman yang baik terkait faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penyakit mereka sehingga mereka dapat merasakan kualitas hidup yang lebih baik (Kisokanth et al., 2013).

3) Kebudayaan

Kebudayaan sangat berpengaruh dalam kesehatan serta dapat mempengaruhi tujuan dari kesembuhan DM (Kisokanth et al., 2013). Beberapa jenis etnis tertentu dan kelompok minoritas disuatu daerah biasanya akan dapat mempengaruhi sikap, kepercayaan, dan nilai-nilai terkait kesehatan (Catherine et al dalam Kisokanth et al., 2013).

4) Dukungan keluarga

Ketika keluarga terlibat dalam proses *self-management* mereka dapat memberikan dukungan yang nantinya akan dapat membantu mencapai tujuan pengobatan (Marzuki et al., 2012). Pasien dengan tingkat dukungan keluarga yang baik menunjukkan perilaku *self-management* yang baik (Rosland, 2012). (Bodenheimer et al dalam Marzuki et al., 2012) juga menjelaskan mengenai karakter dari keluarga yang sehat meliputi komunikasi yang baik, perilaku saling mendukung seperti memberikan kepercayaan, menghibur dan bermain, berbagi tanggung jawab, bersedia menolong anggota keluarga lainnya dalam menyelesaikan masalahnya. Anggota keluarga

dapat mendukung kegiatan *self-management* pasien dengan meningkatkan kesadaran pasien dan membantu pasien dalam menentukan tujuan dari pengobatan serta rencana yang akan dilakukan (*California Health Care Foundation* dalam Marzuki et al., 2012).

3. Keluarga

a. Definisi

Sudiharto (2007) menyebutkan bahwa keluarga merupakan suatu hubungan yang terbentuk oleh dua orang atau lebih berdasarkan ikatan perkawinan sah, dimana dalam hubungan itu terjadi timbal balik yang dapat memenuhi kebutuhan hidup spiritual, dan materi yang layak, saling mengingatkan untuk bertakwa kepada Tuhan serta dapat terciptanya hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga, masyarakat serta lingkungannya.

b. Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman, (2010) sebagai berikut:

1) Fungsi afektif

Fungsi ini berfungsi untuk mempertahankan kepribadian serta memfasilitasi dalam hal kestabilan kepribadian atau psikologis anggota keluarga lainnya. Fungsi ini merupakan fungsi dasar dan paling dalam sebuah keluarga. Duvall dalam Friedman (2010) mengatakan bahwa kebahagiaan suatu keluarga dapat diukur dari kekuatan cinta yang diberikan oleh anggota

keluarga lainnya. Yang terpenting, fungsi ini berhubungan dengan persepsi suatu keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosioemosional seluruh anggota keluarga (Friedman,2010).

2) Fungsi sosialisasi dan status sosial

Fungsi ini menggambarkan seberapa banyak keluarga dapat memberikan pengalaman belajar terkait bagaimana menjalankan fungsi dan peran sosial. Fungsi ini juga mengajarkan terkait kendali dan nilai-nilai dengan mengajarkan hal yang salah dan benar. Ada nilai-nilai moral yang diajarkan dan ditanamkan pada fungsi ini, sehingga fungsi ini merupakan pondasi dalam keluarga (Friedman, 2010).

3) Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi dari keluarga adalah fungsi reproduksi. Dimana fungsi ini dapat menyediakan anggota baru didalam keluarga (Leslie & Korman dalam Friedman, 2010). Fungsi ini merupakan fungsi primer dalam keluarga (Friedman, 2010).

4) Fungsi ekonomi

Fungsi ini merupakan fungsi dimana keluarga dapat menyediakan sumber daya yang cukup seperti kebutuhan finansial, ruang serta materi. Fungsi ini juga mencakup pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, papan, serta perawatan kesehatan yang adekuat (Friedman, 2010).

5) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi ini merupakan fungsi dimana keluarga menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya (Friedman, 2010).

c. Tipe keluarga

Friedman (2010) menjelaskan bahwa keluarga merupakan aspek terpenting dalam keperawatan keluarga, adapun beberapa bentuk atau tipe keluarga sebagai berikut:

1) Keluarga inti

Keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri dari ayah yang mencari nafkah, ibu yang memasak dan mengurus dirumah serta anak- anak. Selain itu keluarga inti merupakan keluarga yang terbentuk dari pernikahan dan memiliki peran masing-masing seperti peran sebagai orang tua dan anak-anak, baik anak-anak biologi maupun anak angkat, adopsi ataupun keduanya (Friedman, 2010).

2) Keluarga adopsi

Keluarga ini merupakan keluarga yang terbentuk akibat salah satu anggota keluarga merupakan keluarga yang terjadi diakibatkan karena adopsi. Adopsi merupakan cara lain untuk membentuk sebuah hubungan keluarga. Keluarga adopsi terjadi karena keluarga kandung menyerahkan secara sah mengenai tanggung jawab dan hak asuh kepada keluarga adopsi. Orang tua

adopsi yang sangat membutuhkan anak adopsi dapat memberikan kasih sayang sebagaimana kasih sayang yang diberikan oleh keluarga kandung sebelumnya. Orang-orang yang biasanya memilih adopsi dikarenakan beberapa hal yaitu, orang tua adopsi biasanya tidak dapat memiliki anak kandung (Friedman, 2010).

3) Keluarga asuh

Keluarga asuh merupakan salah satu layanan jasa dimana anak dipisahkan dari salah satu orang tua maupun kedua orang tuanya disalah satu rumah. Tetapi pada beberapa kasus, hal ini dilakukan untuk menjamin keamanan dan kesejahteraan fisik serta emosional mereka (Friedman, 2010).

4) *Extended family*

Jenis keluarga ini merupakan keluarga yang tinggal bersama dengan orang tua, kakak/adik, bibi, kakek/nenek, paman, keponakan dan sepupu. Mereka saling berbagi dalam mengatur rumah tangga (Friedman, 2010).

5) Keluarga orang tua tunggal

Jenis keluarga ini merupakan keluarga yang hanya dipimpin atau dikepalai oleh ibu saja maupun ayah saja, hal ini disebabkan karena beberapa alasan, salah satunya adalah karena kedua (Friedman, 2010).

d. Bentuk dukungan keluarga.

Keluarga memiliki bentuk dukungan yang menggambarkan pemberian dukungan ke keluarga yang menderita Diabetes. Seperti yang di jelaskan oleh Friedman (2010) bentuk dukungan keluarga yaitu meliputi:

1) Dukungan Instrumental

Bentuk dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata (Friedman, 2010).

2) Dukungan Informasional

Bentuk dukungan ini meliputi berkomunikasi dan bertanggung jawab bersama. Keluarga dapat menyediakan informasi untuk anggota keluarga yang sakit dan merupakan informasi yang di berikan dari tenaga kesehatan kepada keluarga untuk mempertahankan kehidupan dan meningkatkan kualitas hidup. Pada dukungan informasional ini keluarga sebagai pencari informasi dan pemberi informasi (Friedman, 2010).

3) Dukungan Emosional

Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga

individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat (Friedman, 2010).

4) Dukungan Penilaian

Dukungan penilaian dari keluarga untuk penderita DM yaitu Keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah serta sebagai sumber dan validator identitas keluarga, diantaranya adalah memberikan support, penghargaan dan perhatian (Friedman, 2010).

4. Empowerment

a. Definisi

Menurut KEMENSOS RI pemberdayaan merupakan proses untuk meningkatkan dan memantapkan suatu aspek motivasi, kemampuan dan fungsi dari keluarga yang dilakukan secara terencana, terarah, sistematis, dan berlanjut melalui bimbingan, konsultasi, perlindungan, advokasi, pelebagaan keluarga dalam rangka memperkuat peran sosial keluarga. Pemberdayaan keluarga merupakan proses di mana keluarga mendapatkan pengetahuan dan keterampilan sehingga dapat mengelola kehidupan keluarga secara optimal yang dapat meningkatkan gaya hidup dan kualitas hidup anggota keluarga (Minooei, Ghazavi, Abdeyazdan, Gheissari, & Hemati, 2016).

Pemberdayaan keluarga merupakan suatu upaya untuk menumbuhkan aspek pengetahuan, kesadaran, dan keinginan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Friedman (2010) menjelaskan dengan adanya pemberdayaan keluarga dapat meningkatkan kemampuan untuk memilih atau memutuskan perawatan yang akan di berikan untuk keluarga yang menderita penyakit kronis. Pemberdayaan keluarga dapat tercapai dengan adanya pengetahuan, ketrampilan dan sumber daya untuk meningkatkan kualitas hidup keluarga. Miriam (2000) menyatakan bahwa terdapat 3 cara untuk menerapkan terjadinya pemberdayaan yaitu dari sikap, pengetahuan dan perilaku.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberdayaan keluarga.

1) Motivasi

Motivasi adalah suatu kebutuhan ataupun keinginan yang ingin di capai oleh seseorang untuk memenuhi kebutuhannya (Dhamayanti, 2014). Motivasi merupakan daya gerak yang mendorong keluarga untuk bertindak. Bila motivasi ini kuat, maka daya dorongannya akan menjadi kuat. Bila motivasi dilandasi oleh disiplin yang baik, maka hasilnya akan baik (Kusumareni, 2016). Arti lain dari motivasi yaitu suatu dorongan atau rangsangan yang muncul karena adanya dorongan dari faktor instrinsik dan ekstrinsik untuk mencapai

sebuah tujuan sehingga akan merubah suatu keadaan yang buruk menjadi lebih baik lagi (Soemanto, 2006).

Faktor instrinsik merupakan faktor yang ada dan muncul dari dalam diri seseorang tersebut. Sedangkan faktor ekstrinsik dari motivasi yaitu adanya suatu dorongan dari luar untuk seseorang mencapai suatu tujuan. Motivasi keluarga terhadap DM tipe 2 ini sangat di perlukan terutama dari faktor instrinsik yang akan membuat dan merubah kondisi keluarga untuk mencapai tujuan yaitu dengan meningkatkan kualitas hidup keluarga yang menderita DM (Kholifah, 2014).

Seseorang yang memiliki motivasi lebih tinggi maka akan mencapai hasil yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang memiliki motivasi rendah atau sama sekali tidak memiliki motivasi dalam dirinya (Khodijah, 2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mailangkay (2017) menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara motivasi keluarga dengan *self-management* DM.

2) Pengetahuan.

Pengetahuan adalah suatu hasil yang disebut tahu setelah melihat atau mengetahui suatu objek dan dapat di pengaruhi oleh faktor pendidikan, pengalaman, informasi usia, budaya,

pekerjaandan minat (Muhibuddin, 2016). Pengetahuan merupakan bagian yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku atau tindakan seseorang terutama pada bagian kognitif dari pengetahuan yang memiliki 6 tahapan yaitu mengetahui, memahami, mempraktekkan, menganalisis, mensintesa dan mengevaluasi.

Seperti penelitian yang dilakukan oleh Muhibuddin (2016) menyatakan bahwa adanya kesinambungan antara pengetahuan dengan pengendalian kadar gula pada pasien DM. Apabila pengetahuan keluarga ditingkatkan secara otomatis pengetahuan penderita DM juga akan meningkat sehingga dapat mempengaruhi keberhasilan dalam manajemen DM dan meningkatkan kualitas hidup penderita DM (Muhibuddin, 2016).

Semakin tinggi tingkat pengetahuan keluarga maka semakin baik kesadaran diri keluarga untuk berpartisipasi dalam manajemen DM. Adanya pengetahuan seseorang akan merubah perilaku ke arah yang lebih baik (Pakpahan, 2017).

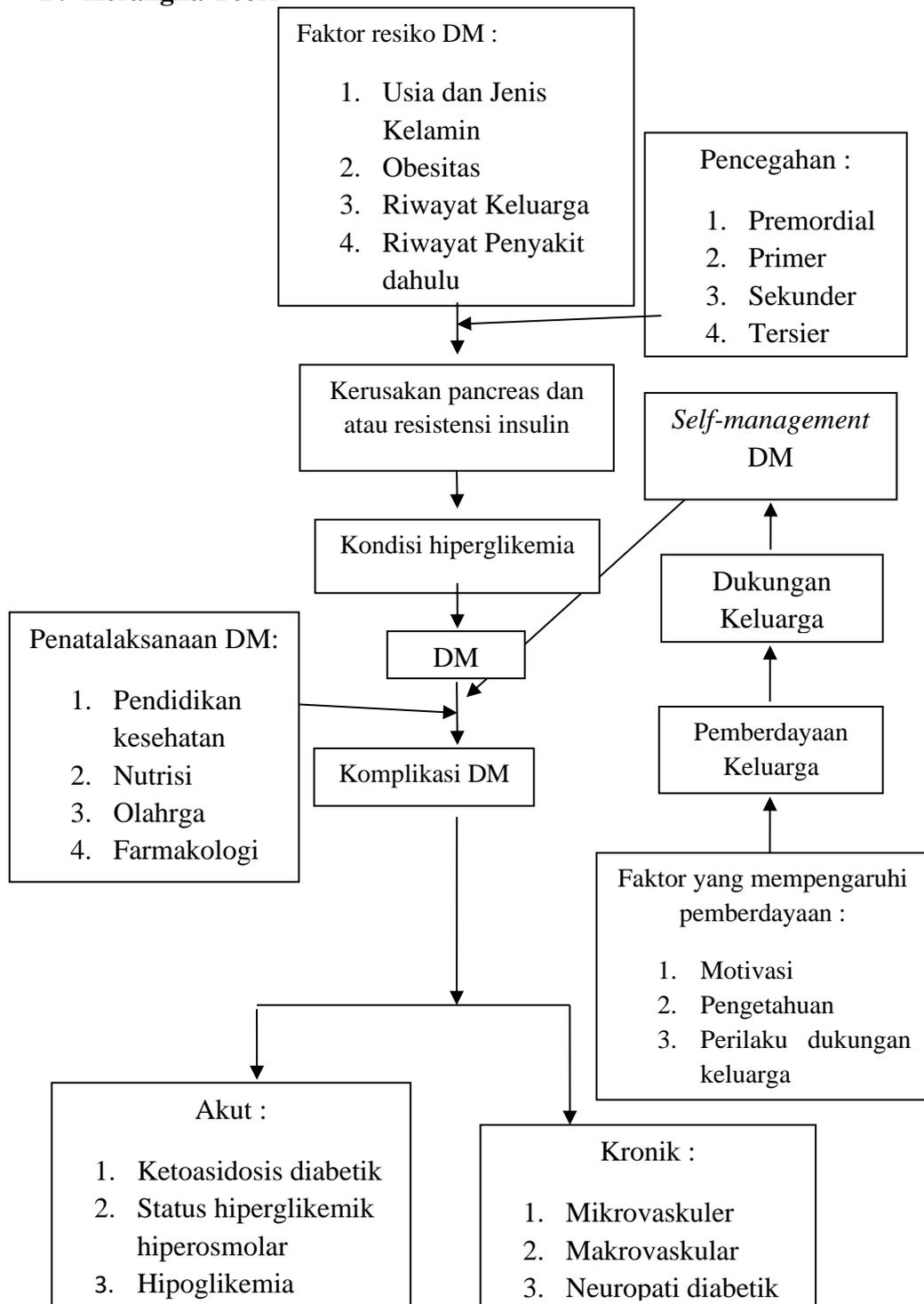
3) Perilaku

Perilaku merupakan suatu tindakan atau tingkah laku seseorang dalam merespon adanya stimulus atau rangsangan dari dalam maupun dari luar (Notoatmodjo, 2012). Perilaku

kesehatan yaitu suatu respon dari seseorang dalam kondisi kesehatan seperti penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan dan perubahan pola hidup untuk menunjang kesehatan pada diri seseorang (Notoatmodjo, 2010). Menurut Notoatmodjo (2012) perilaku kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu perilaku hidup sehat, perilaku sakit, dan perilaku peran sakit.

Perilaku keluarga dalam mendukung *self-management* DM pada anggota keluarganya sangat berpengaruh. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Damayanti, S (2014) menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat berpengaruh dalam meningkatkan kualitas hidup penderita DM. Terutama dilihat dari perilaku keluarga dalam membantu penderita DM manajemen dirinya. Perilaku yang baik akan menghasilkan dampak yang baik bagi penderita DM.

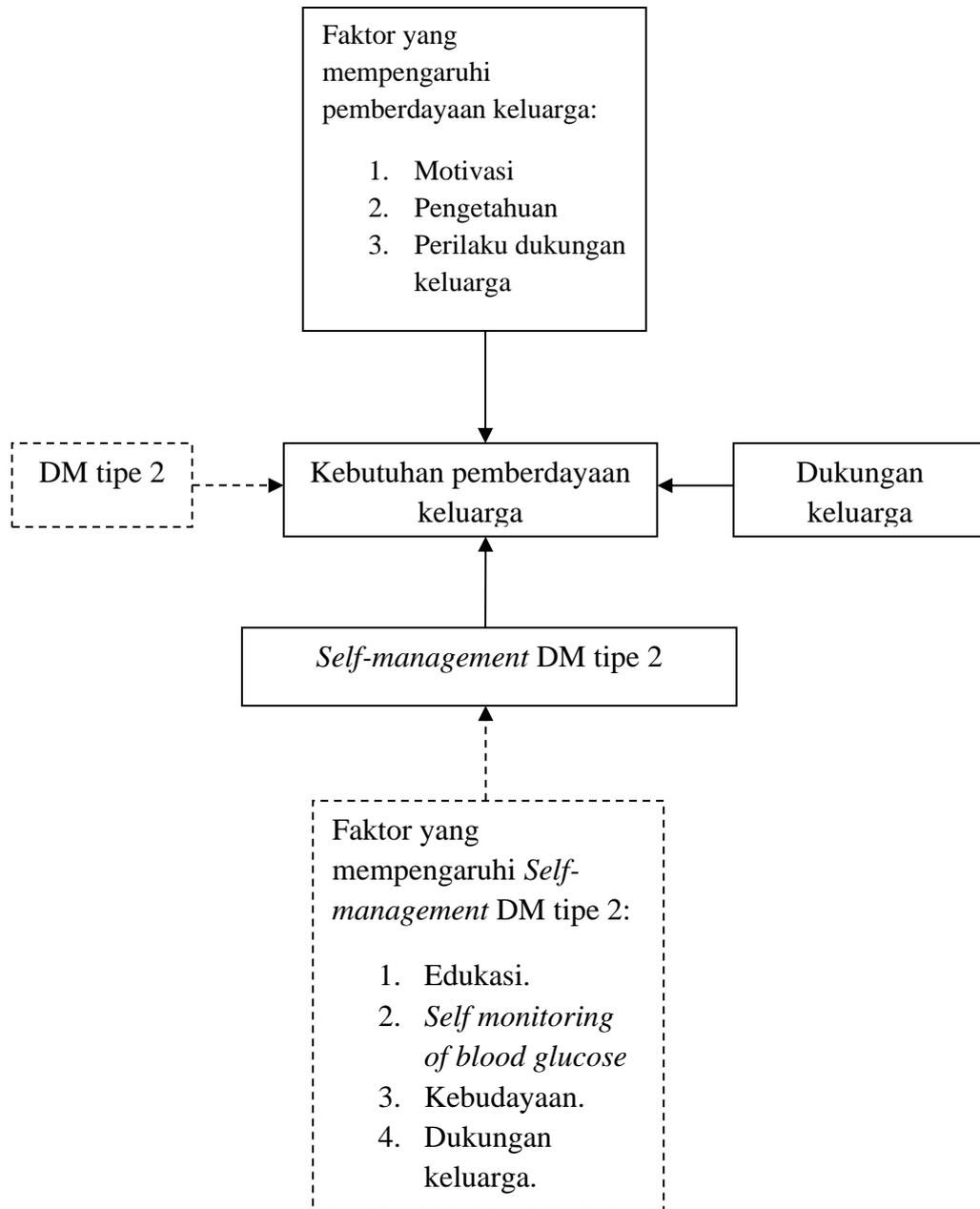
B. Kerangka Teori



Sumber:(Ardian, 2013; Fatimah, 2015;Friedman, 2010;*International Diabetes Federation*, 2015; PERKENI, 2015; Rahayu et al., 2014; Talmadge et al., 2018; Triyanto, Isworo, & Rahayu, 2015).

Gambar 1. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Variabel yang di teliti

Variabel yang tidak di teliti

Gambar 2. Kerangka Konsep

