

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan sekelompok penyakit yang dikarakteristikkan sebagai hiperglikemia akibat dari kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Lemone & Bruke, 2008). Terdapat 2 jenis tipe Diabetes Mellitus (DM) yang paling umum yaitu diabetes tipe 1 dan 2. Diabetes Mellitus tipe 1 adalah Diabetes Mellitus yang tergantung pada insulin untuk mengatur metabolisme glukosa dalam darah (Sustrani, Alam & Hadibroto, 2010). Sedangkan Diabetes Mellitus tipe 2 adalah gangguan metabolisme, produksi insulin ada namun jumlahnya tidak adekuat atau reseptor insulin tidak dapat berespon terhadap insulin (Lewis, 2004).

Hasil survei yang dilakukan World Health Organization tahun 2012, Indonesia menempati urutan ke-4 dengan jumlah penderita DM terbesar di dunia setelah India, Cina dan Amerika Serikat. Angka kejadian pasien Diabetes Mellitus di Indonesia berdasarkan perkiraan WHO pada tahun 2030 mencapai 21,3 juta atau 2,8% (Soegondo, 2009). Menurut Riskesdas (2007), DM menyumbang 4,2% kematian pada kelompok umur 15-44 tahun di daerah perkotaan dan merupakan penyebab kematian tertinggi keenam. Selain pada kelompok tersebut, DM juga merupakan penyebab kematian tertinggi kedua pada kelompok umur 45-54 tahun di perkotaan sebesar 14,7% dan tertinggi keenam di daerah pedesaan sebesar 5,8%.

Meningkatnya prevalensi DM di beberapa negara berkembang disebabkan karena adanya peningkatan pendapatan perkapita dan perubahan gaya hidup modern perkotaan yang serba cepat dan penuh tekanan, sehingga menyebabkan peningkatan prevalensi penyakit DM (Suryono, 2007). Prevalensi DM yang paling banyak adalah DM tipe 2. DM tipe 2 sifatnya bukan bawaan dari lahir tetapi disebabkan oleh faktor gaya hidup dan makanan yang dikonsumsi setiap hari serta faktor degeneratif sehingga pada umumnya penderita DM tipe 2 adalah mereka yang berumur lebih dari 30 tahun (Foreman, Elliott & Smith, 2011).

Pratiwi (2007) dalam Aini, Fatmaningrum dan Yusuf (2011) menyatakan pengobatan DM Tipe 2 memerlukan waktu yang lama karena diabetes merupakan penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup, dan sangat kompleks karena tidak hanya membutuhkan pengobatan tetapi juga perubahan gaya hidup sehingga seringkali pasien cenderung menjadi putus asa dengan program terapi, hal tersebut menyebabkan pasien DM banyak pula didominasi oleh lansia. Menurut Stockslager (2007), pada lansia sel-sel tubuh lebih menjadi resisten terhadap insulin, yang mengurangi kemampuan lansia untuk memetabolisme glukosa. Selain itu, pelepasan insulin dari sel beta pankreas berkurang dan melambat sehingga terjadi hiperglikemia. Penyebab utama hiperglikemia pada lansia adalah peningkatan resisten terhadap kerja insulin pada jaringan perifer, karena jumlah reseptor insulin menurun seiring bertambahnya usia.

Pada saat ini, jumlah lansia berumur >65 tahun di dunia diperkirakan mencapai 450 juta orang (7% dari seluruh penduduk dunia), dan nilai ini diperkirakan akan terus meningkat (Rochmah, 2007). Selain itu menurut studi epidemiologi menunjukkan bahwa prevalensi Diabetes Mellitus meningkat seiring dengan pertambahan usia (Rochmah, 2007). Dari data WHO didapatkan bahwa setelah mencapai usia 30 tahun, kadar glukosa darah akan naik 1-2 mg% tiap tahun pada saat puasa dan akan naik sebesar 5,6-13 mg% tiap tahun pada 2 jam setelah makan (Subramaniam & Gold, 2005).

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang paling dekat dengan pasien DM sehingga diharapkan dapat memberikan dukungan seperti membantu, mengontrol dan membentuk perilaku pasien DM termasuk dalam hal perilaku *self-management*. Dukungan keluarga ini merupakan salah satu komponen yang berpengaruh pada pasien DM (Mayberry, & Osborn., 2012; Chelsea, Chun, & Kwan, 2009). Dukungan keluarga baik berupa fisik, psikologis, emosional, dan social, akan memberikan sikap lebih positif bagi pasien DM untuk mempelajari tentang DM. Sebaliknya pasien DM akan bersikap negatif apabila terjadi penolakan terhadap pasien dan tanpa adanya dukungan dari keluarga selama menjalani pengobatan (Soegondo, 2006).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain (orangtua, anak, suami, istri atau saudara) yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai (Ali, 2009). Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres (Taylor, 2006).

Dukungan keluarga memiliki 4 dimensi dukungan yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif (Friedman, 2010). Masing-masing ini penting dipahami bagi individu yang ingin memberikan dukungan keluarga karena menyangkut persepsi tentang keberadaan dan ketepatan dukungan bagi seseorang. Dukungan keluarga bukan sekedar memberikan bantuan, tetapi yang paling penting adalah bagaimana persepsi penerima terhadap makna bantuan tersebut. Persepsi ini erat hubungannya dengan ketepatan dukungan yang diberikan, dalam arti seseorang yang menerima sangat merasakan manfaat bantuan bagi dirinya (Koentjoro, 2002).

Reinhardt (2001) melaporkan, dukungan keluarga yang negatif merupakan prediktor untuk terjadinya depresi. Depresi dapat memberikan implikasi yang negatif terhadap manajemen diabetes mellitus serta kualitas hidup pasien. Sedangkan penelitian yang dilakukan Robinson (2010), kepada 19 pasien yang Diabetes Mellitus, menyimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor paling utama untuk mempertahankan metabolik kontrol yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Kualitas hidup merupakan indikator penting untuk menilai keberhasilan intervensi pelayanan kesehatan, baik dari segi pencegahan maupun pengobatan. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada terkait dengan tujuan, harapan, standar dan perhatian. Kualitas hidup dalam hal ini merupakan suatu konsep yang sangat luas dipengaruhi oleh kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta

hubungan individu dengan lingkungan (Alexandre *et al*, 2009). Kualitas hidup dinyatakan sebagai ukuran konseptual atau operasional mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup serta kemampuan untuk secara mandiri melakukan aktivitas sehari-hari yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien (Brooker, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Isa dan Baiyewu (2006) tentang kualitas hidup pasien dengan DM diketahui 52 pasien (20,7%) memiliki skor QOL yang baik, 164 pasien (65,4%) dengan skor QOL cukup baik dan 35 pasien (13,9%) dengan skor QOL yang rendah. Sehingga dapat disimpulkan pada umumnya pasien DM menunjukkan kualitas hidup yang cukup baik.

Kualitas hidup lansia merupakan suatu komponen yang kompleks, mencakup usia harapan hidup, kepuasan dalam kehidupan, kesehatan psikis dan mental, fungsi kognitif, kesehatan dan fungsi fisik, pendapatan, kondisi tempat tinggal, dukungan sosial dan jaringan sosial. Di Indonesia para lansia biasanya tinggal bersama anaknya terutama lansia yang sudah tidak mendapatkan penghasilan sendiri (Nawi *et al*, 2010).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 04 Nopember 2015 di RSUD Panembahan Senapati Bantul didapatkan data dari rekam medis terhitung dari bulan Agustus sampai Oktober 2015 sebanyak 323 kunjungan pasien DM. Hasil wawancara pada 10 orang pasien yang sedang berobat di rawat jalan didapatkan 5 pasien mengatakan selalu diantar oleh keluarga karena mendapat dukungan dari keluarga. Sedangkan 3 pasien mengatakan sewaktu-waktu ada kesempatan untuk berobat karena keluarga sibuk bekerja dan 2 pasien mengatakan jarang berobat karena keterbatasan dana dan kesibukan keluarga bekerja mencari uang. Sedangkan untuk kualitas hidup dari 10 pasien DM yang diwawancara, 6 pasien mengatakan mereka sulit untuk beraktivitas karena sering merasa lemas dan gemetar, sedangkan 4 pasien lainnya mengatakan masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya gangguan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dan latar belakang yang dijelaskan di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2 di Poli Klinik RSUD Panembahan Senopati Bantul.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka peneliti dapat menentukan rumusan masalah sebagai berikut : “Adakah hubungan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2.
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup pada lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2.
- c. Mengidentifikasi keeratan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pada lansia dengan Diabetes Mellitus tipe 2.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan tentang dukungan keluarga dan kualitas hidup lansia dengan diabetes mellitus.

2. Praktis

a. Bagi perawat

Penelitian ini mengembangkan dan memperluas ilmu pengetahuan tentang gambaran kualitas hidup penderita Diabetes Mellitus.

b. Bagi rumah sakit

Diharapkan rumah sakit dapat mengembangkan program untuk melibatkan keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup penderita DM.

c. Bagi peneliti lain

Menjadi pengetahuan dan memberikan informasi tentang kualitas hidup penderita Diabetes Mellitus. Serta untuk menambah literatur penelitian yang akan datang tentang diabetes mellitus pada lansia.

E. Keaslian Penelitian

1. Tamara *et al*, (2014), melakukan penelitian dengan judul hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di RSUD Arifin Achmad Propinsi Riau. Penelitian ini menggunakan uji *chi-square*. Teknik sampling yang digunakan adalah *consecutive sampling*. Hasil penelitian didapatkan bahwa adanya hubungan dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Dukungan keluarga mampu meningkatkan kualitas hidup penderita DM tipe 2 dikarenakan dukungan keluarga diberikan dalam bentuk emosional, instrumental, penghargaan dan informasi yang memberikan motivasi pasien dalam menjalani pengobatan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM tipe 2 menjadi lebih baik. Persamaan penelitian ini variabel kualitas hidup secara umum dengan instrument yang digunakan adalah WHOQOL-BREF. Perbedaan penelitian karakteristik responden dan lokasi penelitian.
2. Utami *et al*, (2014). Dengan judul faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup Diabetes Mellitus dengan ulkus diabetikum. Penelitian ini termasuk penelitian kuantitatif menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Uji analisis yang digunakan adalah uji *chi-square*. Pengambilan sampel pada 30 responden dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Hasil penelitian sebagian besar responden berusia 55-60 tahun, berjenis kelamin perempuan, mayoritas mempunyai pasangan, lama menderita ≥ 10 tahun, tidak ada komplikasi, kecemasan sedang dan kualitas hidup yang rendah. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu

jenis kelamin, usia, lama menderita, pendidikan, dan komplikasi. Persamaan penelitian ini adalah variabel terikat yaitu kualitas hidup. Perbedaan penelitian ini adalah lokasi penelitian, karakteristik responden.

3. Sukitno, (2011). Dengan judul hubungan antara fungsi keluarga dan kualitas hidup lansia. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan uji statistik *chi-square*. Teknik sampling dipilih secara *purposive sampling* dengan 134 responden. Hasil penelitian menunjukkan lansia yang berasal dari keluarga dengan fungsi keluarga sehat memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 25 kali lebih besar daripada lansia dengan fungsi keluarga tidak sehat dan terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi keluarga dengan kualitas hidup pada lansia. Perbedaan penelitian ini adalah pada variabel bebas yaitu dukungan keluarga. Persamaan penelitian ini yaitu variabel terikatnya kualitas hidup lansia.