

Dukungan Keluarga pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dalam Menjalankan *Self-Management* Diabetes

Sisca Damayanti, Nursiswati, Titis Kurniawan
Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran
E-mail: t.kurniawan1981@gmail.com

Abstrak

Penyakit diabetes melitus tipe 2 (DMT2) memerlukan pengontrolan untuk meminimalisir komplikasi melalui penerapan *self-management* yang baik. Efektifitas penerapan *self-management* dipengaruhi banyak faktor salah satunya dukungan keluarga. Keluarga merupakan lingkungan sosial yang paling dekat dengan pasien DM sehingga diharapkan dapat membantu, mengontrol dan membentuk perilaku pasien DM termasuk dalam hal ini perilaku *self-management*. Penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan potong lintang ini bertujuan untuk menggali dukungan keluarga dalam konteks pasien DM di Indonesia. Sebanyak 78 responden dilibatkan dalam penelitian ini dengan menggunakan metode *consecutive sampling*. Dukungan keluarga diukur menggunakan instrumen yang di modifikasi dari *The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version (DSSQ-Family)* dengan skor Alpha Cronbach 0,973 dan korelasi *inter-item* 0,386-0,859. Data yang terkumpul dianalisis menggunakan analisis deskriptif, dan dukungan keluarga dikategorikan menjadi *favorable* (bila skor total individu > nilai mean kelompok 69,62). Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah responden (55,1%) melaporkan dukungan keluarga *favorable*. Dari analisis domain dukungan keluarga, dimensi dukungan lingkungan sosial secara umum menunjukkan persentase terendah (48,71%) dibandingkan domain dukungan keluarga yang lainnya. Dengan demikian menjadi penting bagi perawat untuk meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan DMT2 serta meningkatkan aspek dukungan lingkungan sosial.

Kata kunci: Diabetes melitus, dukungan keluarga, perilaku *self-management*.

Family Support of Patients Type 2 Diabetes Mellitus in Performing Diabetes Self-management

Abstract

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) must be controlled to reduce complications through good self-management behaviour (SMB). The effectiveness of SMB is influenced some factors, one of them is family support. family is the closest social environment for patients of DM, thus it is hoped to help, control, and create patient of DM behaviour includes self management behaviour. This study was description quantitative with cross sectional approach purposed to determine the level of patients' perceived of family support in Indonesia. Seventy-eight respondents were included for this study by using consecutive sampling method. The questionnaire for family support was modified from *The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version (DSSQ-Family)* with Chronbach Alpha 0,973 and *inter-item* correlation 0,386-0,859. The data collected were analyzed using descriptive analysis, where family support categorized into favorable (if individual score > the respondents mean score = 69.62) and oppositely. The results showed that more than half of respondents (55,1%) reported favorable family support. Regarding family support domains, social network support noted as the lowest percentage (48.71%). Therefore, it is important for nurses and other healthcare professional to improve family involvement in diabetes care especially improving network support aspect.

Key words: Diabetes mellitus, family support, self-management behaviour.

Pendahuluan

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit metabolik dengan jumlah kejadian yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Secara garis besar DM terdiri dari 3 tipe yaitu DM tipe 1 atau DM juvenile yang sering terjadi pada anak-anak, DM tipe 2 dan DM gestasional. Sekitar 90% pasien DM merupakan DM tipe 2 yang angka kejadiannya erat dengan obesitas, aktivitas fisik yang kurang dan diet yang tidak sehat (*World Health Organization*, 2013).

Indonesia menduduki peringkat ke-7 pasien DM terbanyak di dunia dengan jumlah pasien mencapai 7,6 juta orang. Selain itu DM menduduki peringkat ke-6 penyebab kematian terbesar di Indonesia. Pada tahun 2012 Data Riset Kesehatan Dasar menunjukkan prevalensi pasien DM di Jawa Barat naik dari 1,2% menjadi 2%. (Riskesdas, 2013)

Pasien DM memiliki risiko tinggi mengalami komplikasi serius. Peningkatan gula darah yang berlangsung lama dapat menyebabkan beberapa komplikasi baik komplikasi mikrovaskuler atau komplikasi makrovaskuler. Selain komplikasi tersebut penyakit DM juga memberikan efek negatif terhadap penderitanya baik secara fisik, psikologis, sosial maupun ekonomi.

Dampak psikologis yang dirasakan pasien DM biasanya berupa rasa cemas atau depresi yang berhubungan erat dengan penurunan kemampuan dalam merawat diri, kontrol metabolik yang buruk dan peningkatan komplikasi DM (Fisher, Boothroyd, Coufal, Baumann, Mbanya, & Rotheram., 2002). Selain itu pasien DM juga akan merasa hidupnya lebih sulit, putus asa, dan juga ditemukan adanya gangguan interaksi sosial baik itu pada keluarga ataupun pada penyedia pelayanan kesehatan (Polonsky, dkk. 2005). Pasien DM yang telah mengalami komplikasi DM seperti *ulkus diabetikum*, serangan jantung, stroke dan gagal ginjal membutuhkan perawatan yang lebih lama sehingga akan memerlukan biaya perawatan yang besar.

Akibat banyaknya dampak negatif yang dialami oleh pasien DM maka pasien DM perlu mengambil peran aktif dengan melakukan pengelolaan terhadap DM

yang diteritinya untuk meminimalisir terjadinya komplikasi salah satunya adalah penerapan *self-management*. Penerapan *self-management* yang baik dapat menurunkan risiko terjadinya komplikasi, mengurangi kejadian hospitalisasi dan angka kematian akibat DM (Mayberry, & Osborn, 2012).

Self-management memiliki dampak positif bagi pasien DM tipe 2, namun demikian masih banyak penderita DM tipe 2 yang kesulitan dalam menerapkan perilaku *self-management* (Nelson, 2002a). Hal tersebut dikarenakan ada faktor-faktor yang memengaruhi perilaku *self-management* salah satunya adalah dukungan keluarga.

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang paling dekat dengan pasien DM sehingga diharapkan dapat membantu, mengontrol dan membentuk perilaku pasien DM termasuk dalam hal ini perilaku *self-management*. Selain itu, dukungan keluarga merupakan salah satu komponen yang berpengaruh pada pasien DM (Mayberry, & Osborn., 2012; Chelsea, Chun, & Kwan, 2009)

Hasil studi pendahuluan di RS Al-Islam Bandung menunjukkan bahwa tiga dari enam pasien mengatakan keluarga tidak menemani dikarenakan pasien merasa masih bisa secara mandiri pergi berobat tanpa ditemani keluarga. Selain itu, hanya dua dari enam pasien yang mengatakan bahwa keluarga telah memberikan informasi terkait perawatan diabetes hal tersebut dikarenakan pasien DM telah terbiasa dalam melakukan perawatan diabetes yang telah disebutkan sebelumnya sehingga tidak perlu diinformasikan oleh keluarga. Berdasarkan hal tersebut dukungan keluarga yang diberikan pada pasien DM masih rendah.

Metode Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk menggali tentang dukungan keluarga dalam konteks pasien DM di Indonesia Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan potong lintang. Adapun variabel pada penelitian ini yaitu dukungan keluarga.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien DM tipe 2 di RS Al-Islam,

sejumlah 78 orang. Cara pemilihan sampel penelitian ini menggunakan *non-probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling*.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah modifikasi dari *The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version (DSSQ-Family)* yang dikembangkan oleh LaGreca. Modifikasi DSSQ dilakukan pada *item insulin administration* (no.1–10) yaitu dengan menambahkan penggunaan obat hiperglikemik oral (OHO) karena dalam konteks Indonesia, pasien tidak hanya menggunakan suntik insulin, namun juga OHO. Hasil uji kuesioner DSSQ pada 30 responden didapatkan rentang korelasi *inter-item* 0.386-0.859 dengan skor Alpha Cronbach 0.973

Analisis deskriptif digunakan untuk menganalisis data yang terkumpul. Dukungan keluarga dikategorikan menjadi *favorable* (bila skor total individu > nilai rerata skor kelompok 69,62) dan sebaliknya. Adapun hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Hasil Penelitian

Penelitian ini melibatkan 78 responden DM tipe 2, adapun lebih dari setengah (65,4%) dirawat oleh keluarga besar, berjenis kelamin perempuan (60,3%), tidak mengalami komplikasi akibat DM (57,7%), berpenghasilan (52,6%) dan berpendidikan tingkat menengah-tinggi (69,2%). Responden rata-rata berusia 60,24 tahun, lama menderita DM 8,55 tahun, dan rata-rata berpenghasilan sebesar Rp. 2.712.195 (Tabel 1 dan 2).

Terkait dukungan yang diberikan keluarga, hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (55,1%) melaporkan dukungan keluarga yang *favorable*. Dilihat dari dimensi dukungan keluarga, setengah responden (50%) melaporkan dukungan keluarga *favorable* pada dimensi emosional, penghargaan (57,69%), dukungan informasi (57,69%) dan dukungan instrumental (55,12%). Berbeda dengan domain dukungan yang lain, domain dukungan lingkungan sosial lebih dari setengah responden (51,28%) menunjukkan dukungan keluarga

Tabel 1 Tabel Karakteristik Responden (n=78)

| Karakteristik | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|--|---------------|----------------|
| Jenis kelamin | | |
| Laki-laki | 31 | 39,7 |
| Perempuan | 47 | 60,3 |
| Pendidikan | | |
| Dasar (SD) | 8 | 10,26 |
| Menengah (SMP dan SMA) | 45 | 57,69 |
| Tinggi (D3 dan S1 atau lebih) | 25 | 32,05 |
| Komplikasi DM | | |
| Tidak memiliki komplikasi | 45 | 57,7 |
| Memiliki komplikasi | 33 | 42,3 |
| Penghasilan | | |
| Berpenghasilan | 41 | 52,6 |
| ≥ 2,7 Juta | 20 | 48,79 |
| < 2,7 Juta | 21 | 51,21 |
| Tidak berpenghasilan | 37 | 47,4 |
| Keluarga yang Merawat | | |
| Keluarga inti (anak, istri atau suami) | 27 | 34,6 |
| Keluarga besar | 51 | 65,4 |

Tabel 2 Tabel Rata-Rata Usia, Lama Menderita DM, dan Penghasilan Pasien DM Tipe 2 (n=78)

| Karakteristik | Mean | Standar Deviasi |
|------------------------|--------------|-----------------|
| Usia (Tahun) | 60,24 | 10,9 |
| Penghasilan (Rp) | 2.712.195,12 | 1.161.936,987 |
| Lama menderita (tahun) | 8,55 | 6,27 |

yang *unfavorable* (Tabel 3)

Distribusi dukungan keluarga berdasarkan karakteristik responden di dapatkan bahwa dukungan keluarga dari domain instrumental yang *favorable* cenderung muncul pada responden yang memiliki penghasilan (63,4%), berpenghasilan >2,7 juta (65%), dan berusia >60 tahun (57,8%). Terkait dukungan lingkungan sosial, responden yang berusia <60 tahun justru lebih mendapatkan dukungan yang *favorable* dari aspek dukungan lingkungan sosial. Untuk dukungan emosional, responden yang tinggal dengan keluarga inti justru lebih banyak yang melaporkan dukungan emosional yang *unfavorable* (68%) dan penghargaan (56%). Selain itu pada tabel 4 ditemukan juga bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin *favorable* dukungan informasinya

(37,5% pada responden dengan pendidikan dasar dibanding 64% pada responden dengan pendidikan tinggi)

Pembahasan

Hasil penelitian, secara umum responden telah menunjukkan dukungan keluarga *favorable* (55,1%). Karakteristik masyarakat Indonesia yang memiliki ikatan kekeluargaan yang erat dan akrab membuat sumber dukungan keluarga akan mudah diperoleh oleh penderita DM tipe 2 khususnya (Sudiharto, 2007). Adapun kekerabatan keluarga yang erat di Indonesia dibuktikan dengan adanya kebiasaan salah satu anggota keluarga menemani anggota keluarganya yang dirawat di rumah sakit. Berbeda dengan

Tabel 3 Deskripsi Dukungan Keluarga pada Pasien DM Tipe 2 (n=78)

| Kategori | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|--|---------------|----------------|
| Dukungan Keluarga | | |
| Mendukung (<i>Favorable</i>) | 43 | 55,1 |
| Tidak mendukung (<i>Unfavorable</i>) | 35 | 44,9 |
| a. Domain Dukungan Emosional | | |
| Mendukung (<i>Favorable</i>) | 39 | 50 |
| Tidak mendukung (<i>Unfavorable</i>) | 39 | 50 |
| b. Domain Dukungan Penghargaan | | |
| Mendukung (<i>Favorable</i>) | 45 | 57,69 |
| Tidak mendukung (<i>Unfavorable</i>) | 33 | 42,31 |
| c. Domain Dukungan Informasi | | |
| Mendukung (<i>Favorable</i>) | 45 | 57,69 |
| Tidak mendukung (<i>Unfavorable</i>) | 33 | 42,31 |
| d. Domain Dukungan Instrumental | | |
| Mendukung (<i>Favorable</i>) | 43 | 55,12 |
| Tidak mendukung (<i>Unfavorable</i>) | 35 | 44,87 |
| e. Domain Dukungan Lingkungan | | |
| Mendukung (<i>Favorable</i>) | 38 | 48,71 |
| Tidak mendukung (<i>Unfavorable</i>) | 40 | 51,29 |

Tabel 4 Deskripsi Dukungan Keluarga berdasarkan Data Demografi (n=78)

| Faktor | Dukungan Keluarga | | | |
|---|-------------------|------|-------------|------|
| | Favorable | | Unfavorable | |
| | f | % | f | % |
| Dukungan Instrumental | | | | |
| Penghasilan | | | | |
| Tidak memiliki penghasilan | 17 | 45,9 | 20 | 54,1 |
| Berpenghasilan | 26 | 63,4 | 15 | 36,6 |
| ≥ 2,7 Juta | 13 | 65 | 7 | 35 |
| < 2,7 Juta | 13 | 61,9 | 8 | 38,1 |
| Usia | | | | |
| <60 tahun | 17 | 51,5 | 16 | 48,5 |
| ≥ 60 tahun | 26 | 57,8 | 19 | 42,2 |
| Dukungan Lingkungan Sosial | | | | |
| Usia | | | | |
| <60 tahun | 14 | 60,9 | 9 | 39,1 |
| ≥ 60 tahun | 24 | 43,6 | 31 | 56,4 |
| Dukungan Emosional | | | | |
| Keluarga yang merawat | | | | |
| Keluarga inti (<i>Nuclear family</i>) | 8 | 32 | 17 | 68 |
| Keluarga besar (<i>Extended family</i>) | 31 | 58,5 | 22 | 41,5 |
| Dukungan Informasional | | | | |
| Pendidikan | | | | |
| Dasar (SD) | 3 | 37,5 | 5 | 62,5 |
| Menengah (SMP & SMA) | 26 | 57,8 | 19 | 42,2 |
| Tinggi (D3 dan S1 atau lebih) | 16 | 64 | 9 | 36 |
| Dukungan Penghargaan | | | | |
| Keluarga yang Merawat | | | | |
| Keluarga inti (<i>Nuclear family</i>) | 11 | 44 | 14 | 56 |
| Keluarga besar (<i>Extended family</i>) | 34 | 64,2 | 19 | 35,8 |

kekerabatan keluarga di negara Barat yang menyerahkan sepenuhnya perawatan anggota keluarganya yang sakit kepada petugas kesehatan dalam hal ini perawat (Priharjo, 2003). Menurut Sarafino (2005) dukungan keluarga terdiri dari dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan instrumental dan *network support*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga *favorable* khususnya pada dimensi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi dan dukungan instrumental, sedangkan dukungan keluarga *unfavorable* terdapat pada dimensi dukungan jaringan.

Dukungan emosional adalah dukungan yang melibatkan perasaan empati, perhatian dan kepedulian yang diberikan keluarga terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih nyaman dan memperoleh kembali keyakinannya (Sarafino, 2005). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa setengah responden menunjukkan dukungan emosional *favorable*. Hasil ini berbeda dengan penelitian Fisher, dkk. (2002) yang mengungkapkan bahwa gangguan depresi dan kecemasan akan menyerang pasien DM tipe 2 lebih sering dibandingkan populasi *non-DM* yang disebabkan kurangnya dukungan secara emosional yang di dapatkan

dari keluarga.

Perbedaan hasil tersebut dikarenakan adanya perbedaan budaya. Karakteristik masyarakat Indonesia yang memiliki ikatan kekeluargaan yang erat dan akrab akan memudahkan dalam pemberian dukungan sehingga tidak sulit bagi pasien DM tipe 2 untuk mendapatkan dukungan secara emosional. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa keluarga besar yang merawat pasien DM cenderung menunjukkan dukungan keluarga *favorable* khususnya pada aspek emosional. Hal ini menjadi wajar karena mayoritas penduduk Indonesia mempunyai bentuk keluarga besar (*extended family*) yaitu bentuk keluarga yang terdiri dari kakek, nenek, menantu kecuali anggota keluarga inti yang memiliki hubungan darah ataupun ikatan perkawinan (Effendy, 1998). Adanya hubungan darah ataupun ikatan perkawinan secara emosional akan memiliki ikatan lebih dekat sehingga pemberian dukungan dalam bentuk simpati, empati dan kepedulian dapat diperoleh secara umum oleh masyarakat Indonesia dalam kehidupan sehari-hari.

Dukungan emosional sangat diperlukan bagi pasien yang memiliki penyakit kronik salah satunya adalah DM tipe 2 karena dampak negatif penyakit DM tipe 2 tidak hanya terbatas pada fisik tetapi juga psikologis. Dampak psikologis yang dirasakan pasien DM biasanya berupa rasa cemas atau depresi yang berhubungan erat dengan penurunan kemampuan dalam merawat diri, kontrol metabolik yang buruk dan peningkatan komplikasi DM (Fisher, dkk., 2002).

Dukungan informasi adalah dukungan yang diberikan berupa pemberian saran ataupun informasi yang dibutuhkan oleh pasien DM (Sarafino, 2005). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden menunjukkan dukungan keluarga *favorable* khususnya pada dimensi dukungan keluarga informasi. Hasil yang berbeda ditunjukkan pada penelitian dari Mayberry & Osborn (2012) bahwa keluarga tidak menunjukkan sikap mendukung dalam pemberian informasi terkait dengan perawatan diabetes. Adanya perbedaan hasil ini salah satunya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden.

Pada penelitian Mayberry dan Osborn (2012) rata-rata tingkat pendidikan

responden berada pada tingkat perguruan tinggi. Namun, pada penelitian ini mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan yang berada pada rentang menengah (SMP dan SMA). Tingkat pendidikan pada penelitian Mayberry & Osborn (2012) lebih tinggi sehingga menjadi wajar dukungan keluarga pada dimensi informasi cenderung *favorable* pada penelitian ini.

Penelitian yang dilakukan Sarafino (2005) menunjukkan potensi yang dimiliki penerima dukungan akan memengaruhi pemberian yang akan diberikan, salah satunya adalah tingkat pendidikan. Individu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi cenderung menolak bahkan tidak mengizinkan orang lain termasuk keluarga untuk mengetahui apa yang dibutuhkannya.

Latar belakang pendidikan tinggi akan membuat individu memiliki banyak pengetahuan sehingga lebih mandiri dalam mencari informasi terkait penyakit yang dimilikinya tanpa adanya dukungan dari orang-orang disekitar termasuk keluarga. Selain tingkat pendidikan, perbedaan hasil penelitian juga dikarenakan adanya perbedaan karakteristik keluarga di Indonesia. Adapun salah satu ciri keluarga Indonesia memiliki komunikasi interaksi antara anggota keluarga yang baik sehingga memudahkan pasien DM tipe 2 mendapat dukungan informasi maupun saran dari keluarga (Sudiharto, 2007).

Dukungan instrumental merupakan dukungan yang bersifat nyata meliputi bantuan secara langsung pada penderita DM. Dukungan instrumental ini meliputi penyediaan sarana seperti tenaga, dana maupun waktu oleh keluarga untuk melayani kebutuhan harian ataupun bantuan dalam proses pengobatan pasien DM (Sarafino, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah responden mengungkapkan bahwa dukungan keluarga *favorable* khususnya pada dimensi instrumental. Hasil penelitian yang sama juga ditemukan pada penelitian Mayberry & Osborn (2012) yang menyatakan bahwa keluarga yang memiliki tingkat penghasilan lebih tinggi menunjukkan dukungan instrumental yang lebih positif. Menurut Sarafino (2005) salah satu faktor yang memengaruhi dalam pemberian dukungan yaitu potensi penyedia dukungan,

salah satunya yaitu kemampuan ekonomi.

Kemampuan ekonomi seseorang dapat tergambarkan melalui tingkat penghasilan dan akan memengaruhi secara langsung terhadap pemberian dukungan instrumental (dana). Dukungan instrumental (dana) pada pasien DM dapat berupa penyediaan alat olahraga dan penyediaan biaya dalam proses pengobatan pasien DM sehingga hasil penelitian ini menjadi wajar apabila responden yang memiliki penghasilan menggambarkan persentase dukungan keluarga instrumental *favorable* yang lebih tinggi dibandingkan responden yang tidak memiliki penghasilan. Penelitian ini juga menunjukkan responden yang berusia ≥ 60 tahun cenderung menggambarkan dukungan keluarga *favorable* pada aspek dukungan instrumental. Adanya dukungan tersebut dikarenakan individu yang memasuki usia lanjut akan membutuhkan dukungan keluarga (tenaga) yang lebih karena pada usia tersebut akan terjadi perubahan fisiologis normal dalam semua sistem tubuh. Tradisi di dunia timur juga menggambarkan bahwa lansia akan menjadi tanggungan hidup keluarga (anak dan cucunya) sehingga menjadi wajar tingkat dukungan keluarga pada aspek instrumental di Indonesia berada pada kategori *favorable* (Pudjiastuti, 2002).

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa responden yang dirawat oleh keluarga besar cenderung menunjukkan dukungan penghargaan yang lebih *favorable* dibandingkan keluarga inti. Hal ini menjadi wajar mengingat jumlah anggota keluarga besar lebih banyak dibandingkan dengan anggota keluarga inti sehingga kesempatan untuk mendapatkan dukungan dari anggota keluarga menjadi lebih besar.

Pemberian dukungan berupa pujian, dorongan ataupun ekspresi yang positif akan meningkatkan rasa percaya diri dan harapan pasien DM tipe 2. Hasil penelitian dari Schneider, dkk. (2008) mengungkapkan bahwa penghargaan yang diberikan kepada pasien DM memiliki efek perlindungan terhadap gangguan emosional seperti depresi, cemas dan putus asa yang sering dialami oleh penderita penyakit kronik.

Dukungan jaringan merupakan dukungan yang diberikan keluarga dalam menyediakan

bagi pasien DM untuk berkumpul dengan sekelompok orang yang memiliki kesamaan minat dan aktifitas sosial (Sarafino, 2005). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara umum dukungan keluarga *unfavorable* pada dimensi dukungan jaringan. Sikap *unfavorable* tersebut dikarenakan pemberian dukungan keluarga pada aspek jaringan tidak menjadi fokus keluarga di Indonesia sebagai salah satu cara dalam melakukan perawatan diabetes sehingga kegiatan-kegiatan sosial yang berkaitan dengan perawatan diabetes cenderung diabaikan karena keluarga lebih memercayai penatalaksanaan yang berkaitan dengan medis.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang berusia kurang dari 60 tahun menunjukkan dukungan jaringan yang lebih *favorable*. Hal tersebut terjadi karena usia responden yang lebih dari 60 tahun akan diikuti dengan perubahan fisiologis normal dalam semua sistem tubuh sehingga hal tersebut akan menyulitkan responden melakukan aktivitas, terlebih aktivitas yang dilakukan di luar rumah sehingga keluarga akan cenderung tidak mendukung pada aspek jaringan ini mengingat kondisi yang di alami oleh lansia. Selain itu, tradisi di dunia Timur menunjukkan bahwa penghormatan terhadap individu yang telah memasuki usia lansia jauh lebih baik pada dunia Barat yang justru sering menjurus pada perlindungan berlebihan oleh anggota keluarganya yang dapat merugikan lansia itu sendiri (Pudjiastuti, 2002).

Simpulan

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa keluarga mendukung pasien DM tipe 2 dalam melakukan perawatan diabetes. Keluarga mendukung dalam aspek emosional, aspek memberikan penghargaan, aspek dukungan informasi, dan dukungan instrumental. Penelitian ini disarankan rumah sakit khususnya klinik rawat jalan dapat membentuk sebuah program yang dapat meningkatkan dukungan keluarga terhadap pasien DM tipe 2 terutama pada aspek dukungan jaringan. Cara yang dilakukan seperti memberikan fasilitas berkumpul keluarga atau sesama pasien.

Daftar Pustaka

- Chesla, C. A., Chun, K. M., & Kwan, C. M. (2009). Cultural and family challenges to managing type 2 diabetes in immigrant Chinese Americans. *Diabetes care*, 1812-1816.
- Effendy, N. (1998). *Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Fisher, E. B., Boothryod, R. I., Coufal, M. M., Baumann, L. C., Mbanya, J. C., & Rotheram, M. J. (2012). Peer support for self-management of diabetes improved outcomes in international settings. *Medical Management & Care*, 130-139.
- Fisher, E. B., Boothryod, R. I., Coufal, M. M., Baumann, L. C., Mbanya, J. C., & Rotheram, M. J. (2002). Depression and anxiety among partners of European-American and Latino patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 1564-1570.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013*. Diakses dari http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesdas2013.
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 1239-1245.
- Nelson, K. M. (2002a). Diet and exercise among adults with diabetes. *Diabetes Care*, 1722-1728.
- Nelson, K. M. (2002b). Diet and exercise among adults with findings from the third national health and nutrition examination. *Diabetes Care*, 1722-1728.
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., & Mullan, J. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes development of the diabetes distress scale. *Diabetes care*, 626-631.
- Priharjo, R. (2003). *Pengantar etika keperawatan*. Diakses dari <http://books.google.co.id/books>.
- Pudjiastuti, S. S. (2002). *Fisioterapi pada Lansia*. Diakses dari <http://books.google.co.id/books>.
- Sarafino, E. P. (2005). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (5th ed.). New York: Wiley.
- Schneider, S., Ianotti, R. J., nansel, T. N., Haynie, D. I., soble, D. O., & Morton, B. S. (2009). Assessment of an illness-specific dimension of self-esteem in youths with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 283-293.
- Sudiharto. (2007). *Asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan transkultural*. Jakarta: EGC
- World Health Organization. (2013). *Diabetes*. Diakses dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.