

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut WHO, Pada Abad 21 jumlah penduduk dunia yang berlanjut usia semakin melonjak, Di wilayah Asia Pasifik, jumlah kaum berlanjut usia akan bertambah pesat dari 410 juta tahun 2007 menjadi 733 juta pada 2025, dan di perkirakan menjadi 1,3 miliar pada tahun 2050. Indonesia merupakan negara ke-4 yang jumlah penduduknya paling banyak di dunia dan sepuluh besar memiliki penduduk paling tua di dunia. Tahun 2020 jumlah kaum lanjut usia akan bertambah 28,8 juta (11% dari total populasi) dan menjelang tahun 2050 diperkirakan 22% warga Indonesia berusia 60 tahun ke atas (Murwani Arita, 2011).

Masalah kesehatan lansia semakin banyak, seiring waktu dampak dari penyakit pada lansia sangat mempengaruhi pada mental dan psikologis. Salah satu gangguan psikologis adalah depresi. Gangguan depresif merupakan suasana alam perasaan yang utama pada orang usia lanjut dengan penyakit fisik kronik dan kerusakan fungsi kognitif yang disebabkan oleh adanya penderitaan, disabilitas, perhatian keluarga yang kurang serta bertambah buruknya penyakit fisik yang banyak dialaminya. (Alexopoulos, 2005).

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 stress (Taylor, 2006). Dukungan keluarga terkait dengan kesejahteraan dan kesehatan dimana lingkungan keluarga menjadi tempat individu belajar seumur hidup. Dukungan keluarga telah didefinisikan sebagai faktor penting dalam kepatuhan manajemen penyakit untuk remaja dan dewasa dengan penyakit kronik. Dukungan keluarga merupakan indikator yang paling kuat memberikan dampak positif terhadap perawatan diri pada pasien diabetes, sehingga diharapkan bisa mencegah gangguan mental dan psikologis, terutama mencegah depresi pada lansia dengan diabetes mellitus (Neff dalam Hensarling, 2009).

1.2 Masalah Penelitian

Bagaimana hubungan dukungan keluarga terhadap depresi pada pasien diabetes mellitus tipe II pada usia lanjut di rawat inap Rumah Sakit Saiful Anwar Malang.

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada pasien lansia diabetes mellitus tipe II di rawat inap Rumah Sakit Saiful Anwar Malang.

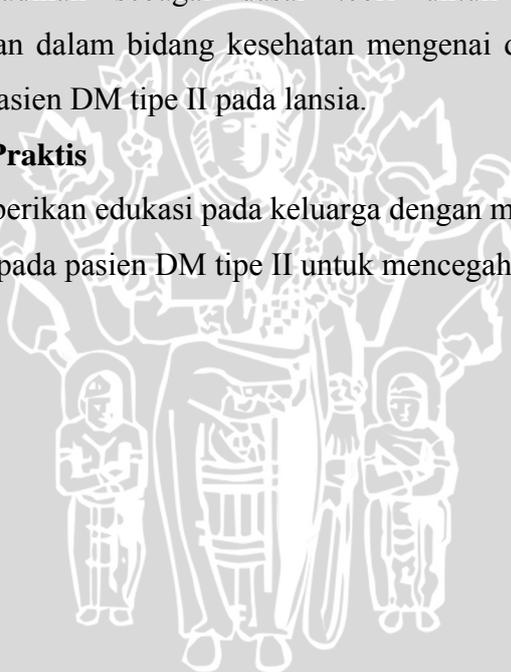
1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

Dapat dijadikan sebagai dasar teori untuk menambah ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan mengenai dukungan keluarga terhadap pasien DM tipe II pada lansia.

1.4.2 Manfaat Praktis

Bisa memberikan edukasi pada keluarga dengan mengoptimalkan dukungan pada pasien DM tipe II untuk mencegah depresi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Mellitus tipe 2

2.1.1 Definisi

Diabetes melitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Jika telah berkembang penuh secara klinis, maka diabetes melitus ditandai oleh hiperglikemia, ateroklerotik, mikroangiopati dan neuropati (Price & Wilson, 2006). Sedangkan menurut Lemone & Burke (2008), DM merupakan sekelompok penyakit yang dikarakteristikan oleh hiperglikemia akibat dari kelainan sekresi insulin atau keduanya. Diabetes Mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena peningkatan kadar glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin yang progresif dilatar belakangi oleh resistensi insulin (Soegondo dkk, 2009).

2.1.2 Epidemiologi

Studi epidemiologi menunjukkan bahwa prevalensi Diabetes Melitus maupun Gangguan Toleransi Glukosa (GTG) meningkat seiring dengan pertambahan usia, menetap sebelum akhirnya menurun. Dari data WHO didapatkan bahwa setelah mencapai usia 30 tahun, kadar glukosa darah akan naik 1-2 mg%/tahun pada saat puasa dan akan naik sebesar 5,6-13mg%/tahun pada 2 jam setelah makan.^{1,3} Seiring dengan pertambahan usia, lansia mengalami kemunduran fisik dan mental yang menimbulkan banyak konsekuensi. Selain itu, kaum lansia juga mengalami masalah khusus yang memerlukan perhatian antara lain lebih rentan terhadap komplikasi makrovaskular maupun mikrovaskular dari DM dan adanya sindrom geriatri. Tulisan ini membahas perkembangan tata laksana DM tipe 2 pada lansia dengan penekanan pada aspek khusus yang berkaitan dengan bidang geriatri. (Rochmah W. 2007.)

Prevalensi nasional DM berdasarkan pemeriksaan gula darah pada penduduk usia >15 tahun diperkotaan 5,7%, prevalensi kurang makan buah dan sayur sebesar 93,6%, dan prevalensi kurang aktifitas fisik pada penduduk >10

tahun sebesar 48,2% disebutkan pula bahwa prevalensi merokok setiap hari pada penduduk >10 tahun sebesar 23,7% (Depkes, 2008).

2.1.3 Patogenesis

Seiring dengan proses penuaan, semakin banyak lansia yang berisiko terhadap terjadinya DM, sehingga sekarang dikenal istilah prediabetes. Prediabetes merupakan kondisi tingginya gula darah puasa (gula darah puasa 100-125mg/dL) atau gangguan toleransi glukosa (kadar gula darah 140-199mg/dL, 2 jam setelah pembebanan 75 g glukosa). Modifikasi gaya hidup mencakup menjaga pola makan yang baik, olah raga dan penurunan berat badan dapat memperlambat perkembangan prediabetes menjadi DM. Bila kadar gula darah mencapai >200 mg/dL maka pasien ini masuk dalam kelas Diabetes Melitus (DM). (Rochmah W. 2007.)

Gangguan metabolisme karbohidrat pada lansia meliputi tiga hal yaitu resistensi insulin, hilangnya pelepasan insulin fase pertama sehingga lonjakan awal insulin postprandial tidak terjadi pada lansia dengan DM, peningkatan kadar glukosa *postprandial* dengan kadar gula glukosa puasa normal. Di antara ketiga gangguan tersebut, yang paling berperan adalah resistensi insulin. Hal ini ditunjukkan dengan kadar insulin plasma yang cukup tinggi pada 2 jam setelah pembebanan glukosa 75 gram dengan kadar glukosa yang tinggi pula. (Rochmah W. 2007.)

Patogenesis diabetes mellitus tipe 2 ditandai dengan adanya resistensi insulin perifer, gangguan hepatic glucosa production (HGP) dan penurunan fungsi sel β , yang akhirnya akan menuju kerusakan total sel β . Mula-mula timbul resistensi insulin kemudian disusul oleh peningkatan sekresi insulin, untuk mengkompensasi (mengatasi kekurangan) resistensi insulin agar kadar glukosa darah tetap normal. Lama-kelamaan sel beta tidak sanggup lagi mengkompensasikan resistensi insulin hingga kadar glukosa darah meningkat dan fungsi sel beta semakin menurun saat itulah diagnosa diabetes ditegakkan ternyata penurunan fungsi sel beta berlangsung secara progresif sampai akhirnya sama sekali tidak mampu lagi mengekresi insulin (ADA, 2010).

Timbulnya resistensi insulin pada lansia dapat disebabkan oleh 4 faktor: perubahan komposisi tubuh: massa otot lebih sedikit dan jaringan lemak lebih banyak, menurunnya aktivitas fisik sehingga terjadi penurunan jumlah reseptor insulin yang siap berikatan dengan insulin, perubahan pola makan lebih banyak makan karbohidrat akibat berkurangnya jumlah gigi sehingga, perubahan neurohormonal (terutama *insulin-like growth factor-1* (IGF-1) dan dehidroepiandrosteron (DHEAS) plasma) sehingga terjadi penurunan ambilan glukosa akibat menurunnya sensitivitas reseptor insulin dan aksi insulin. Selain gangguan metabolisme glukosa, pada DM juga terjadi gangguan metabolisme lipid sehingga dapat terjadi peningkatan berat badan sampai obesitas, dan bahkan dapat pula terjadi hipertensi. Bila ketiganya terjadi pada seorang pasien, maka pasien tersebut dikatakan sebagai mengalami sindrom metabolik. (Rochmah W. 2007.)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala klasik DM seperti poliuria, polidipsi, polifagia, dan penurunan berat badan tidak selalu tampak pada lansia penderita DM karena seiring dengan meningkatnya usia terjadi kenaikan ambang batas ginjal untuk glukosa sehingga glukosa baru dikeluarkan melalui urin bila glukosa darah sudah cukup tinggi. Selain itu, karena mekanisme haus terganggu seiring dengan penuaan, maka polidipsi pun tidak terjadi, sehingga lansia penderita DM mudah mengalami dehidrasi hiperosmolar akibat hiperglikemia berat. DM pada lansia umumnya bersifat asimtomatik, walaupun ada gejala, seringkali berupa gejala tidak khas seperti kelemahan, letargi, perubahan tingkah laku, menurunnya status kognitif atau kemampuan fungsional. Inilah yang menyebabkan diagnosis DM pada lansia seringkali agak terlambat. (Burduli . 2009.)

Bahkan, DM pada lansia seringkali baru terdiagnosis setelah timbul penyakit lain. Berikut ini adalah data M.V. Shestakova (1999) mengenai manifestasi klinis pasien lansia sebelum diagnosis DM ditegakkan. Di sisi lain, adanya penyakit akut (seperti infark miokard akut, *stroke*, pneumonia, infeksi saluran kemih, trauma fisik/psikis) dapat meningkatkan kadar glukosa darah. Hal

ini menyebabkan lansia yang sebelumnya sudah mengalami toleransi glukosa darah terganggu (TGT) meningkat lebih tinggi kadar gula darah sehingga mencapai kriteria diagnosis DM. Tata laksana kondisi medis akut itu dapat membantu mengatasi eksaserbasi intoleransi glukosa tersebut. (Burduli. 2009.)

2.1.5 Diagnosis

Berikut ini adalah kriteria diagnosis DM menurut standar pelayanan medis ADA 2010.

Tabel 2.1

Kriteria Diagnosis DM Menurut ADA 2010*

Kriteria Diagnosis DM

1. HbA1C >6,5 %; atau
2. Kadar gula darah puasa >126 mg/dL; atau
3. Kadar gula darah 2 jam pp >200 mg/dL pada tes toleransi glukosa oral yang dilakukan dengan 75 g glukosa standar WHO)
4. Pasien dengan gejala klasik hiperglikemia atau krisis hiperglikemia dengan kadar gula sewaktu >200 mg/dL.

**Diambil dari panduan American Diabetes Association (2010)9*

Untuk menegakkan diagnosa DM diperlukan berbagai pemeriksaan seperti anamnesis dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan lain sebagainya.

a. Anamnesis dan pemeriksaan fisik

Biasanya ada keluhan poliuria, polidipsia, polifagia, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya, lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.

b. Pemeriksaan kadar glukosa darah

- Gula darah puasa > 126 mg/dl (7.0 mmol/L), puasa artinya tidak ada intake kalori 8 jam sebelum pemeriksaan dilakukan.

- Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu >200 mg/dL (11.1mmol/dL)
- Pemeriksaan glikosilat hemoglobin (HbA1c)
- Selama 120 hari masa hidup hemoglobin dalam eritrosit, normalnya hemoglobin sudah mengandung glukosa. Bila kadar glukosa meningkat diatas normal, maka jumlah glikosilat hemoglobin juga akan meningkat. Pergantian hemoglobin yang lambat, nilai hemoglobin yang tinggi menunjukkan bahwa kadar glukosa darah tinggi selama 4 hingga 8 minggu. Nilai glikosilat hemoglobin tergantung dari metode pengukuran yang dipakai, namun berkisar 3,5% hingga 5 % (Schteingart, 2006) atau dibawah 7 % (Black&Hawks, 2005)

Sebagaimana tes diagnostik lainnya, hasil tes terhadap DM perlu diulang untuk menyingkirkan kesalahan laboratorium, kecuali diagnosis DM dibuat berdasarkan keadaan klinis seperti pada pasien dengan gejala klasik hiperglikemia atau krisis hiperglikemia. Tes yang sama dapat juga diulang untuk kepentingan konformasi. Kadangkala ditemukan hasil tes pada seorang pasien yang tidak bersesuaian (misalnya antara kadar gula darah puasa dan HbA1C). Jika nilai dari kedua hasil tes tersebut melampaui ambang diagnostik DM, maka pasien tersebut dapat dipastikan menderita DM. Namun, jika terdapat ketidaksesuaian (diskordansi) pada hasil dari kedua tes tersebut, maka tes yang melampaui ambang diagnostik untuk DM perlu diulang kembali dan diagnosis dibuat berdasarkan hasil tes ulangan. Jika seorang pasien memenuhi kriteria DM berdasarkan pemeriksaan HbA1C (kedua hasil $>6,5\%$), tetapi tidak memenuhi kriteria berdasarkan kadar gula darah puasa (<126 mg/dL) atau sebaliknya, maka pasien tersebut dianggap menderita DM.(ADA, 2010)

2.1.6 Manajemen terapeutik

Manajemen terapeutik pengelolaan pada diabetes melitus terdiri atas lima utama mencakup : edukasi, terapi gizi, aktivitas fisik, monitor gula darah dan intervensi farmakologis (PERKENI, 2006).

Pada dasarnya manajemen ini dilakukan dengan dua pendekatan yaitu terapi non farmakologis dan farmakologis serta pengelolaan diabetes melitus ter terdiri dari 5 pilar utama yaitu :

2.1.5.1 Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis meliputi perubahan gaya hidup dengan melakukan pengaturan pola makan yang dikenal dengan terapi gizi, meningkatkan aktivitas fisik dan olahraga dan program edukasi yang diberikan secara terus menerus.

a. Terapi gizi

Keberhasilan dari pengendalian pengobatan DM tergantung pada tingkat kepatuhan dari penderita terhadap regimen terapi yang telah ditentukan. Tujuan dari terapi gizi adalah untuk memperbaiki kebiasaan makan dan mendapatkan kontrol metabolik yang diinginkan. Selain untuk mempertahankan berat badan normal selama menjalani terapi diabetes, pengaturan diet juga bertujuan untuk mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal, mencapai kadar serum lipid yang optimal dan mengani komplikasi akut serta meningkatkan kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal (Sukardji, 2009).

Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan gizi seimbang yang mengandung karbohidrat (45-60%), protein (10-20%) dan lemak (20-25%). Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi dan umur, stress akut dan kegiatan jasmani untuk mempertahankan berat badan idaman (Waspadji, 2006).

b. Aktivitas fisik dan latihan jasmani

Aktivitas fisik melibatkan kelompok besar otot-otot utamanya yang mempengaruhi peningkatan pengambilan oksigen sehingga terjadi peningkatan laju metabolik pada otot yang aktif. Proses metabolisme yang berlangsung dapat menimbulkan panas dan sebagian besar akan terbuang melalui keringat. Individu yang melakukan kegiatan fisik, dapat dihasilkan keringat sebanyak 2 liter/jam (Yunir & Soebardi, 2006)

Prinsip latihan jasmani pada pasien diabetes hampir sama dengan latihan jasmani secara umum yaitu memenuhi beberapa hal seperti: frekuensi, intensitas, durasi dan jenis. Frekuensi latihan jasmani yang dianjurkan pada pasien diabetes melitus adalah dilakukan secara teratur 3-5 kali dalam 1 minggu, dengan intensitas ringan dan sedang (60-70% maximum heart rate), dan lama latihan fisik yang baik adalah 30-60 menit.

Adapun jenis latihan fisik yang bermanfaat seperti latihan jasmani aerobic untuk meningkatkan kemampuan kardiorespirasi seperti jalan, jogging dan bersepeda. Latihan jasmani yang dipilih adalah latihan yang disenangi oleh pasien (Yunir & Soebardi, 2006)

c. Program edukasi

DM tipe 2 umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan baik. Pemberdayaan penyandang DM memerlukan partisipasi aktif pasien, keluarga dan masyarakat. Tim kesehatan mendampingi pasien dalam menuju perubahan perilaku. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perilaku, dibutuhkan edukasi (PERKENI, 2006)

d. Kontrol gula darah

Pemeriksaan kadar gula darah yang dilakukan di laboratorium dengan metode oksidasi glukosa memberikan hasil yang lebih akurat. Oleh karena itu untuk menentukan diagnosis DM disarankan pemeriksaan kadar glukosa di laboratorium. Pemantauan kendali glikemik DM merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pengelolaan DM. Kendali glikemik yang baik ini telah terbukti menurunkan resiko komplikasi mikrovaskuler jangka panjang. Pemantauan kadar gula darah sangat bermanfaat bagi pasien DM tipe 2 dengan pengobatan insulin (Soewondo, 2009)

2.1.6.2 Terapi farmakologiss

a. Obat hipoglikemik oral

Ada 2 jenis obat hipoglikemik oral diantaranya adalah pemicu sekresi insulin dan obat penambah sensitivitas insulin.

b. Terapi insulin

Pada kasus-kasus yang lebih umum, sering kali pasien DM membutuhkan suntikan insulin untuk membantu kekurangan pasokan dari tubuh. (PERKENI, 2006)

2.1.7 Komplikasi

Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada pasien diabetes melitus akan menyebabkan berbagai komplikasi, baik yang bersifat akut maupun yang kronik. Komplikasi yang timbul dapat berupa hipoglikemia, ketoasidosis, hiperglikemi hiperosmolar nonketotik, penyakit makrovaskuler, penyakit microvaskuler serta neuropati. Pasien dengan diabetes mellitus akan mengalami gangguan maupun perubahan fisik yang akan mempengaruhi status fungsionalnya. Suatu penyakit dapat meningkatkan kerentanan individu terhadap penurunan fungsional. Komplikasi dari penyakit diabetes juga akan berpengaruh terhadap status fungsional pasien (Perry & Potter, 2005).

Keadaan yang termasuk dalam komplikasi akut DM adalah ketoasidosis diabetik (KAD) dan Status Hiperglikemi Hiperosmolar (SHH). Pada dua keadaan ini kadar glukosa darah sangat tinggi (pada KAD 300-600 mg/dL, pada SHH 600-1200 mg/dL), dan pasien biasanya tidak sadarkan diri. Keadaan hipoglikemia juga termasuk dalam komplikasi akut DM, di mana terjadi penurunan kadar glukosa darah sampai < 60 mg/dL. Pasien DM yang tidak sadarkan diri harus dipikirkan mengalami keadaan hipoglikemia. Hal-hal yang dapat menyebabkan terjadinya hipoglikemia misalnya pasien meminum obat terlalu banyak (paling sering golongan sulfonilurea) atau menyuntik insulin terlalu banyak, atau pasien tidak makan setelah minum obat atau menyuntik insulin.

Gejala hipoglikemia antara lain banyak berkeringat, berdebar-debar, gemetar, rasa lapar, pusing, gelisah, dan jika berat, dapat hilang kesadaran sampai koma. Jika pasien sadar, dapat segera diberikan minuman manis yang mengandung glukosa. Jika keadaan pasien tidak membaik atau pasien tidak sadarkan diri harus segera dibawa ke rumah sakit untuk penanganan dan pemantauan selanjutnya.

Penyakit diabetes melitus yang tidak terkontrol dalam waktu lama akan menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan saraf. Pembuluh darah yang dapat mengalami kerusakan dibagi menjadi dua jenis, yakni pembuluh darah besar dan kecil. Yang termasuk dalam pembuluh darah besar antara lain:

- Pembuluh darah jantung, yang jika rusak akan menyebabkan penyakit jantung koroner dan serangan jantung mendadak

- Pembuluh darah tepi, terutama pada tungkai, yang jika rusak akan menyebabkan luka iskemik pada kaki
- Pembuluh darah otak, yang jika rusak akan dapat menyebabkan stroke

Kerusakan pembuluh darah kecil (mikroangiopati) misalnya mengenai pembuluh darah retina dan dapat menyebabkan kebutaan. Selain itu, dapat terjadi kerusakan pada pembuluh darah ginjal yang akan menyebabkan nefropati diabetikum.

Saraf yang paling sering rusak adalah saraf perifer, yang menyebabkan perasaan kebas atau baal pada ujung-ujung jari. Karena rasa kebas, terutama pada kakinya, maka pasien DM sering kali tidak menyadari adanya luka pada kaki, sehingga meningkatkan risiko menjadi luka yang lebih dalam (ulkus kaki) dan perlunya melakukan tindakan amputasi. Selain kebas, pasien mungkin juga mengalami kaki terasa terbakar dan bergetar sendiri, lebih terasa sakit di malam hari serta kelemahan pada tangan dan kaki. Pada pasien yang mengalami kerusakan saraf perifer, maka harus diajarkan mengenai perawatan kaki yang memadai sehingga mengurangi risiko luka dan amputasi.

2.1.8 Pengaruh Diabetes Mellitus pada Lanjut Usia

Diabetes mellitus meningkatkan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) bila dibandingkan dengan diabetes mellitus usia muda. Hal ini disebabkan meningkatnya komplikasi akut dan komplikasi kronik pada lansia dibandingkan diabetes mellitus pada usia muda. Kematian meningkat pada lansia pada lansia sering akibat koma hipoglikemia, koma *diabetic ketoacidosis* dan hiperosmoler (kesadaran menurun akibat kekurangan atau kelebihan gula), stroke, infark miokard bila hiperglikemia tidak terkontrol. Komplikasi-komplikasi pada diabetes mellitus lansia dapat multiple dan pada akhirnya komplikasi organ akan diikuti komplikasi psikososial yang akan mempersulit penatalaksanaan diabetes mellitus dan penyakit-penyakit lain yang diderita kelompok lansia ini (Mulyadi, 2009).

Meningkatnya faktor resiko diabetes mellitus pada lansia akan lebih memudahkan timbulnya melalui mekanisme gangguan intoleransi glukosa yang lebih meningkat pada usia lanjut. Upaya mengatasi diabetes mellitus melalui

penyuluhan, perencanaan makanan yang baik, melaksanakan latihan jasmani dan memakan obat hipoglikemik oral secara teratur.

Terjadinya diabetes mellitus pada lansia ditandai dengan adanya osmotik diuresis akibat glukosuria tertunda yang disebabkan ambang ginjal yang tinggi dan dapat muncul keluhan nokturia disertai gangguan tidur atau bahkan inkontinensia urin. Penyakit yang mula-mula ringan dan sedang biasanya terdapat pada pasien diabetes mellitus usia lanjut yang dapat berubah tiba-tiba apabila pasien mengalami infeksi akut. Defisiensi insulin yang tadinya bersifat relative menjadi absolut dan timbul keadaan ketoasidosis dengan gejala khas hiperventilasi dan dehidrasi, kesadaran menurun dengan hiperglikemia, dehidrasi dan ketonemia. Gejala yang biasanya terjadi pada hipoglikemia seperti rasa lapar, menguap dan berkeringat banyak umumnya tidak ada pada diabetes mellitus usia lanjut (Mulyadi, 2009).

Pada usia lanjut reaksi vegetatif dapat menghilang, sedangkan gejala kebingungan dan koma yang merupakan gangguan metabolisme serebral tampak lebih jelas (Mulyadi, 2009).

2.2 Keluarga

2.2.1 Definisi

Keluarga adalah kelompok yang mempunyai peranan yang amat penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi dan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga (Azwar, 2007).

2.2.2 Klasifikasi

Menurut UU no. 10 tahun 1992 yang disebut dengan keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami istri dan anaknya, atau ayah dengan anaknya, atau ibu dengan anaknya. Goldenberg (1980) dikutip Azwar (2007) membedakan 9 bentuk keluarga:

1. Keluarga inti (nuclear family)
2. Keluarga besar (extended family)
3. Keluarga campuran (blended family)
4. Keluarga menurut hukum umum (common law family)
5. Keluarga orang tua tunggal (single parent family)

6. Keluarga hidup bersama (commune family)
7. Keluarga serial (serial family)
8. Keluarga gabungan (composite family)
9. Keluarga tinggal bersama (cohabitation family).

2.2.3 Fungsi Keluarga

Para anggota yang terdapat dalam satu keluarga bersepakat untuk saling mengatur diri sehingga memungkinkan berbagai tugas yang terdapat dalam keluarga diselenggarakan secara efektif dan efisien. Kemampuan untuk mengatur dan atau melaksanakan pembagian tugas tersebut pada dasarnya merupakan salah satu faktor yang menentukan baik atau tidaknya fungsi yang dimiliki oleh satu keluarga (Azwar, 2007).

Fungsi keluarga di Indonesia banyak macamnya, menurut Peraturan Pemerintah No. 21 tahun 1994 dibedakan menjadi:

1. Fungsi keagamaan
2. Fungsi budaya
3. Fungsi cinta kasih
4. Fungsi melindungi
5. Fungsi reproduksi
6. Fungsi sosialisasi dan pendidikan
7. Fungsi ekonomi
8. Fungsi pembinaan lingkungan

2.2.4 Alat Pengukur Fungsi Keluarga

Untuk mengukur fungsi keluarga dikembangkan instrumen penilaian yang disebut APGAR Keluarga (Family APGAR). Instrumen ini menilai lima fungsi pokok keluarga (Balgis, 2009):

1. Adaptasi (Adaptation)

Tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima bantuan yang diperlukannya dari anggota keluarga lainnya.

2. Kemitraan (Partnership)

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap berkomunikasi, musyawarah dalam mengambil suatu keputusan dan atau menyelesaikan suatu masalah sedang dihadapi dengan anggota keluarga lainnya.

3. Pertumbuhan (Growth)

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam mematangkan pertumbuhan dan atau kedewasaan setiap anggota keluarga.

4. Kasih Sayang (Affection)

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang berlangsung dalam keluarga.

5. Kebersamaan (Resolve)

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan dan ruang antar anggota keluarga.

Adapun penilaian APGAR itu sendiri yaitu :

- 1) 7-10 berarti keluarga sehat, dalam arti setiap anggota keluarga saling mendukung satu sama lain.
- 2) 4-6 berarti keluarga kurang sehat, dalam arti hubungan antar anggota keluarga masih perlu untuk di tingkatkan.
- 3) 0-3 berarti keluarga tidak sehat, dalam arti hubungan antar anggota keluarga masih perlu untuk lebih di tingkatkan.

2.2.5 Siklus Kehidupan Keluarga

Siklus kehidupan keluarga terdiri atas 8 tahap (Duvall, 1977, dikutip Azwar, 2007):

1. Tahap awal perkawinan (newly married)
2. Tahap keluarga dengan bayi (birth of the first child)
3. Tahap keluarga dgn anak usia prasekolah (family with preschool children)
4. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah (family with children in school)
5. Tahap keluarga dengan anak usia remaja (family with teenagers)
6. Tahap keluarga dengan anak-anak meninggalkan keluarga (family as launching centre)
7. Tahap orang tua usia menengah (parent alone in middle years)

8. Tahap keluarga usia jompo (aging family members).

2.2.6 Dimensi dukungan keluarga

Dimensi dukungan Keluarga menurut Sarafino (2004), adalah;

a. Dimensi emosional

Dukungan ini melibatkan ekspresi, rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stress. Dimensi ini memperlihatkan adanya dukungan dari keluarga, pengertian dari anggota keluarga yang lain terhadap anggota keluarga yang menderita DM. Komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga di perlukan untuk memahami situasi anggota keluarga. Dimensi ini didapatkan dengan mengukur persepsi pasien tentang dukungan keluarga berupa pengertian dan kasih sayang dari anggota keluarga yang lain.

b. Dimensi penghargaan

Dimensi ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dengan orang-orang di sekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu. Perbandingan yang positif dengan orang lain seperti pernyataan bahwa orang lain mungkin tidak dapat bertindak lebih baik.

Dukungan ini membuat orang merasa berharg, kompeten dan di hargai.

Dukungan penghargaan lebih melibatkan adanya penilaian positif dari orang lain terhadap individu. Bentuk dukungan ini muncul dari pengakuan dan penghargaan terhadap kemampuan dan prestasi yang dimiliki seseorang. Dukungan ini juga muncul dari penerimaan dan penghargaan terhadap keberadaan seseorang secara total meliputi kelebihan dan kekurangan yang dimiliki.

Dapat dikatakan bahwa adanya dukungan penilaian yang diberikan keluarga terhadap penderita diabetes mellitus berupa penghargaan, dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi dan peningkatan harga diri, karena dianggap masih berguna dan berarti untuk keluarga, sehingga diharapkan dapat membentuk perilaku yang sehat pada penderita DM dalam upaya meningkatkan status kesehatannya.

c. Dimensi Instrumental

Dukungan yang bersifat nyata, dimana dukungan ini berupa bantuan langsung, contoh seseorang memberikan uang. Dapat juga berupa bantuan mengerjakan tugas tertentu pada saat mengalami stress. Dimensi ini memperlihatkan dukungan dari keluarga dalam bentuk nyata terhadap ketergantungan anggota keluarga.

d. Dimensi Informasi

Dukungan ini berupa pemberian saran percakapan atau umpan balik tentang bagaimana seseorang melakukan sesuatu, misalnya ketika seseorang mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan, dia akan menerima saran dan umpan balik tentang ide-ide dari keluarganya. Dimensi ini menyatakan dukungan keluarga yang diberikan bisa membantu pasien dalam mengambil keputusan dan menolong pasien dari hari ke hari dalam manajemen penyakitnya. Sedangkan menurut Peterson & Bredow (2004) aspek informasi ini terdiri dari pemberian nasehat, penghargaan atau keterangan yang diperlukan oleh individu yang bersangkutan serta untuk mengatasi masalah pribadinya.

2.3 Lanjut Usia

2.3.1 Definisi Lanjut Usia

Pengertian lansia adalah periode dimana organisme telah mencapai kemasakan dalam ukuran dan fungsi dan juga telah menunjukkan kemunduran sejalan dengan waktu. Ada beberapa pendapat mengenai “usia kemunduran” yaitu ada yang menetapkan 60 tahun, 65 tahun dan 70 tahun. WHO (*World Health Organization*) menetapkan 65 tahun sebagai usia yang menunjukkan proses menua yang berlangsung secara nyata dan seseorang telah disebut lanjut usia. Secara umum perubahan fisik pada masa lanjut usia adalah menurunnya fungsi pancaindra, minat dan fungsi organ seksual dan kemampuan motorik (Pieter, 2010).

Menurut UU RI No.4 tahun 1965 usia lanjut adalah mereka yang berusia 55 tahun keatas. Sedangkan menurut dokumen pelebagaan lanjut usia dalam kehidupan bangsa yang diterbitkan oleh Departemen Sosial dalam rangka

perencanaan Hari Lanjut Usia Nasional tanggal 29 Mei 1996 oleh presiden RI, batas usia lanjut adalah 60 tahun atau lebih (Fatimah, 2010). Manusia lanjut usia adalah seseorang yang karena usianya mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan, dan sosial, serta perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, termasuk kesehatannya. Oleh karena itu, kesehatan manusia lanjut perlu mendapatkan perhatian khusus dengan tetap dipelihara dan ditingkatkan agar selama mungkin dapat hidup secara produktif sesuai dengan kemampuannya sehingga dapat ikut serta berperan aktif dalam pembangunan (UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 pasal 19 ayat 1 dalam Fatimah, 2010).

Seseorang yang belum berumur 60 tahun atau lebih, tetapi secara fisik sudah tampak setara usia 60 tahun atau lebih karena stress psikologi yang dialaminya disebut tua psikologis, tetapi bila orang tersebut karena penyakit kronik yang dialaminya disebut tua fisik walaupun sebenarnya orang tersebut belum mencapai usia 60 tahun atau lebih (Setiati, 2006).

2.3.2 Batasan Lanjut Usia

Menurut WHO (*World Health Organization*) kategori lanjut usia meliputi:

- Usia pertengahan (*middle age*) : 45-59 tahun.
- Usia lanjut (*elderly*) : 60-74 tahun.
- Usia tua (*old*) : 75-90 tahun.
- Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

Menurut Budi Anna Keliat (1999) dalam Maryam (2008), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang kesehatan).
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.3.3 Proses Menua

Menurut Constantindes (1994) dalam Nugroho (2000) mengatakan bahwa proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan

kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Proses menua merupakan proses yang terus-menerus secara alamiah dimulai sejak lahir dan setiap individu tidak sama cepatnya. Menua bukan status penyakit tetapi merupakan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun dari luar tubuh. Dengan begitu manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan menumpuk makin banyak distorsi metabolik dan struktural yang disebut sebagai penyakit degeneratif seperti, hipertensi, aterosklerosis, diabetes militus dan kanker yang akan menyebabkan kita menghadapi akhir hidup dengan episode terminal yang dramatik seperti strok, infark miokard, koma asidosis, metastasis kanker dan sebagainya (Martono & Darmojo, 2004).

Perubahan pada lansia meliputi perubahan fisik-biologis/jasmani, mental-emosional/jiwa, dan kehidupan seksual. Perubahan fisikbiologis/jasmani meliputi: 1) kekuatan fisik secara menyeluruh dirasakan berkurang, merasa cepat capek dan stamina menurun, 2) sikap badan yang semula tegap menjadi membongkok, otot-otot mengecil, hipotrofis, terutama di bagian dada dan lengan, 3) kulit mengerut dan menjadi keriput, garis-garis pada wajah di kening dan sudut mata, 4) rambut memutih dan pertumbuhan berkurang, 5) gigi mulai tanggal, 6) perubahan pada mata : pandangan dekat berkurang, adaptasi gelap melambat, lingkaran putih pada kornea dan lensa menjadi keruh, 7) pendengaran, daya cium, dan perasa mulut menurun, dan 8) pengapuran pada tulang rawan, seperti tulang dada sehingga rongga dada menjadi kaku dan sulit bernafas. Sedangkan perubahan mental-emosional/jiwa meliputi: 1) daya ingat menurun, terutama peristiwa yang baru saja terjadi, 2) sering lupa/pikun; sering sangat mengganggu dalam pergaulan dengan lupa nama orang, 3) emosi berubah, sering marah-marah, rasa harga diri tinggi, dan mudah tersinggung (Bustan, 2000).

Pada proses menua juga terjadi perubahan aspek-aspek tertentu, seperti penciuman dan cita rasa, kemampuan mengunyah dan menelan dan kemampuan fungsi saluran cerna. Pada akhirnya, gangguan-gangguan ini akan mempengaruhi kualitas hidup. Pada saat bersamaan, buruknya nutrisi dan kurangnya aktivitas

fisik menyebabkan kurangnya nafsu makan, ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, perubahan kualitas hidup, morbiditas dan mortalitas. Hal ini diutarakannya beberapa tahun silam dalam Konferensi Kerja V PERGEMI tahun 2009. Kondisi fisiologis ini diperparah oleh perubahan non fisiologis seperti faktor medis, obat-obatan, psikologis dan sosial (Septia, 2012).

Status nutrisi ini berpotensi mempengaruhi kualitas hidup melalui regenerasi sel-sel saraf usia lanjut, yang selama ini diyakini mengalami degenerasi dengan bertambahnya usia. Penelitian mengenai neuroplastisitas akhir-akhir ini mendukung peran faktor lingkungan yang dapat dimodifikasi (seperti restriksi diet, diet kaya asam folat dan antioksidan, latihan fisik dan aktivitas intelektual) terhadap daya tahan sel, neurogenesis, plastisitas sinaps dan kemampuan belajar dan mengingat (Septia, 2012).

2.4 Depresi

2.4.1 Definisi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan dan rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri.(Maslim, 2001).

2.4.2 Epidemiologi

Gangguan depresi berat merupakan gangguan yang sering terjadi, dengan prevalensi seumur hidup sekitar 15%, kemungkinan sekitar 25% terjadi pada wanita.(Kaplan, 1997)

Terlepas dari kultur atau negara, terdapat prevalensi gangguan depresi berat yang dua kali lebih besar pada wanita dibandingkan laki-laki. Usia onset untuk gangguan depresi berat kira-kira usia 40 tahun. 50% dari semua pasien, mempunyai onset antara usia 20-50 tahun.(Kaplan, 1997)

Beberapa data epidemiologi baru-baru ini menyatakan bahwa insidensi gangguan depresi berat mungkin meningkat pada orang-orang yang berusia kurang dari 20 tahun, jika pengamatan tersebut benar, mungkin berhubungan dengan meningkatnya penggunaan alkohol dan zat-zat lain pada kelompok usia tersebut. (Kaplan, 1997)

Angka gangguan depresif berat pada anak-anak pra sekolah diperkirakan adalah sekitar 0,3% dalam masyarakat, dibandingkan dengan 0,9% dalam lingkungan klinis. Diantara anak-anak usia sekolah dalam masyarakat, kira-kira 2% memiliki gangguan depresif berat. Depresi lebih sering pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan pada anak usia sekolah. (Kaplan, 1997)

2.4.3 Etiologi

Dasar umum untuk gangguan depresi berat tidak diketahui, tetapi diduga faktor-faktor dibawah ini berperan.

a. Faktor Biologis

Data yang dilaporkan paling konsisten dengan hipotesis bahwa gangguan depresi berat berhubungan dengan disregulasi heterogen pada amin biogenik (norepinefrin dan serotonin). Penurunan serotonin dapat encetuskan depresi, dan pada beberapa pasien yang bunuh diri memiliki konsentrasi metabolik serotonin di dalam cairan serebrospinal yang rendah serta konsentrasi tempat ambilan serotonin yang rendah di trombosit. Faktor neurokimia lain seperti adenilate cyclase, phsphotidyl inositol, dan regulasi kalsium mungkin juga memiliki relevansi penyebab.

Penelitian anak pra pubertas dengan gangguan depresif berat dan remaja-remaja dengan gangguan mood telah menemukan kelainan biologis.¹

Anak pra pubertas dalam suatu episode gangguan depresif berat mensekresikan hormon pertumbuhan yang secara bermakna lebih banyak selama tidur dibandingkan dengan anak normal dan anak dengan gangguan mental nondepresi. (Kaplan, 1997)

b. Faktor Genetika

Data genetik menyatakan bahwa sanak saudara derajat pertama dari pasien gangguan depresi berat kemungkinan 1,5 – 2,5 kali lebih besar daripada sanak saudara derajat pertama kontrol. Memiliki satu orang tua yang terdepresi kemungkinan meningkatkan resiko dua kali untuk keturunan, memiliki kedua orang tua terdepresi kemungkinan meningkatkan resiko empat kali bagi keturunan untuk terkena gangguan depresi sebelum usia 18 tahun. (Kaplan, 1997)

c. Faktor Psikososial

Peristiwa kehidupan dan stress lingkungan, suatu pengalaman klinis yang telah lama direplikasikan adalah bahwa peristiwa kehidupan yang menyebabkan stress lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood daripada episode selanjutnya. Hubungan tersebut telah dilaporkan untuk gangguan depresi berat. (Kaplan, 1997)

Data yang paling mendukung menyatakan bahwa peristiwa kehidupan paling berhubungan dengan perkembangan depresi selanjutnya adalah kehilangan orang tua sebelum usia 13 tahun. Stressor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan.¹

Beberapa artikel teoritik memperlmasalahkan hubungan antara fungsi keluarga dan onset serta perjalanan gangguan depresi berat. Selain itu, derajat psikopatologi di dalam keluarga mungkin mempergaruhi kecepatan pemulihan, berkurangnya gejala, dan penyesuaian pasien pasca pemulihan. (Kaplan, 1997)

2.4 Patofisiologi

Timbulnya depresi dihubungkan dengan peran beberapa neurotransmiter aminergik. Neurotransmiter yang paling banyak diteliti ialah serotonin. Konduksi impuls dapat terganggu apabila terjadi kelebihan atau kekurangan neurotransmiter

di celah sinaps atau adanya gangguan sensitivitas pada reseptor neurotransmitter tersebut di post sinaps sistem saraf pusat.(Kaplan, 1997)

Pada depresi telah diidentifikasi 2 sub tipe reseptor utama serotonin yaitu reseptor 5HT1A dan 5HT2A. Kedua reseptor inilah yang terlibat dalam mekanisme biokimiawi depresi dan memberikan respon pada semua golongan anti depresan.(Kaplan, 1997)

Pada penelitian dibuktikan bahwa terjadinya depresi disebabkan karena menurunnya pelepasan dan transmisi serotonin (menurunnya kemampuan neurotransmisi serotogenik). Beberapa peneliti menemukan bahwa selain serotonin terdapat pula sejumlah neurotransmitter lain yang berperan pada timbulnya depresi yaitu norepinefrin, asetilkolin dan dopamin. Sehingga depresi terjadi jika terdapat defisiensi relatif satu atau beberapa neurotransmitter aminergik pada sinaps neuron di otak, terutama pada sistem limbik. Oleh karena itu teori biokimia depresi dapat diterangkan sebagai berikut :

1. Menurunnya pelepasan dan transport serotonin atau menurunnya kemampuan neurotransmisi serotogenik.
2. Menurunnya pelepasan atau produksi epinefrin, terganggunya regulasi aktivitas norepinefrin dan meningkatnya aktivitas alfa 2 adrenoreseptor presinaptik.
3. Menurunnya aktivitas dopamin.
4. Meningkatnya aktivitas asetilkolin.

Teori yang klasik tentang patofisiologi depresi ialah menurunnya neurotransmisi akibat kekurangan neurotransmitter di celah sinaps. Ini didukung oleh bukti-bukti klinis yang menunjukkan adanya perbaikan depresi pada pemberian obat-obat golongan SSRI (Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor) dan trisiklik yang menghambat re-uptake dari neurotransmitter atau pemberian obat MAOI (Mono Amine Oksidasi Inhibitor) yang menghambat katabolisme neurotransmitter oleh enzim monoamin oksidase.(Kaplan, 1997)

Belakangan ini dikemukakan juga hipotesis lain mengenai depresi yang menyebutkan bahwa terjadinya depresi disebabkan karena adanya aktivitas neurotransmisi serotogenik yang berlebihan dan bukan hanya kekurangan atau

kelebihan serotonin semata. Neurotransmisi yang berlebih ini mengakibatkan gangguan pada sistem serotonergik, jadi depresi timbul karena dijumpai gangguan pada sistem serotogenik yang tidak stabil. Hipotesis yang belakangan ini dibuktikan dengan pemberian anti depresan golongan SSRE (Selective Serotonin Re-uptake Enhancer) yang justru mempercepat re-uptake serotonin dan bukan menghambat. Dengan demikian maka turn over dari serotonin menjadi lebih cepat dan sistem neurotransmisi menjadi lebih stabil yang pada gilirannya memperbaiki gejala-gejala depresi. (Kaplan, 1997).

2.4.5 Diagnosis

Pedoman diagnostik untuk episode depresi berat tanpa gejala psikotik:

- a. Semua 3 gejala utama depresi harus ada
- b. Ditambah sekurang-kurangnya 4 gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat
- c. Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci
- d. Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, tetapi jika gejala utama amat berat dan beronset cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu
- e. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas (Maslim, 2001).

3. Depresi Pada Pasien Lansia Dengan Diabetes mellitus

Ada beberapa mekanisme depresi dapat berkontribusi pada metabolisme glukosa. Gangguan depresi mempengaruhi axis *hypothalamic-pituitary-adrenal* dan dapat memicu pengeluaran kortisol berlebihan (Risch, 2007).

Pada kondisi depresi, tubuh akan mengeluarkan hormon-hormon stress yang akan mempengaruhi peningkatan kadar gula darah. ACTH akan

menstimulasi *pituitary anterior* untuk memproduksi glukokortikoid, terutama kortisol. Peningkatan kortisol akan mempengaruhi peningkatan gula darah (Smeltzer& Bare, 2008). Selain itu kortisol juga dapat menghambat ambilan glukosa oleh tubuh (Individual Wellbeing Diagnostic Laboratories, 2008).

Depresi juga mempengaruhi metabolisme glukosa melalui mekanisme tingkah laku atau atau psikososial. Individual yang mengalami depresi mempunyai tingkat kepatuhan yang lebih rendah dan umumnya melaporkan kebiasaan gaya hidup yang buruk (Anda, 2005). Penelitian menunjukkan bahwa tingkat depresi yang berat dihubungkan dengan ketidakpatuhan medikasi dan diet (Ciechanowski, Katon & Russo, 2005). Penemuan dari studi kontrol juga menunjukkan bahwa perawatan depresi yang efektif berhubungan dengan peningkatan kontrol glikemik (Lustman et al, 2005).



BAB III

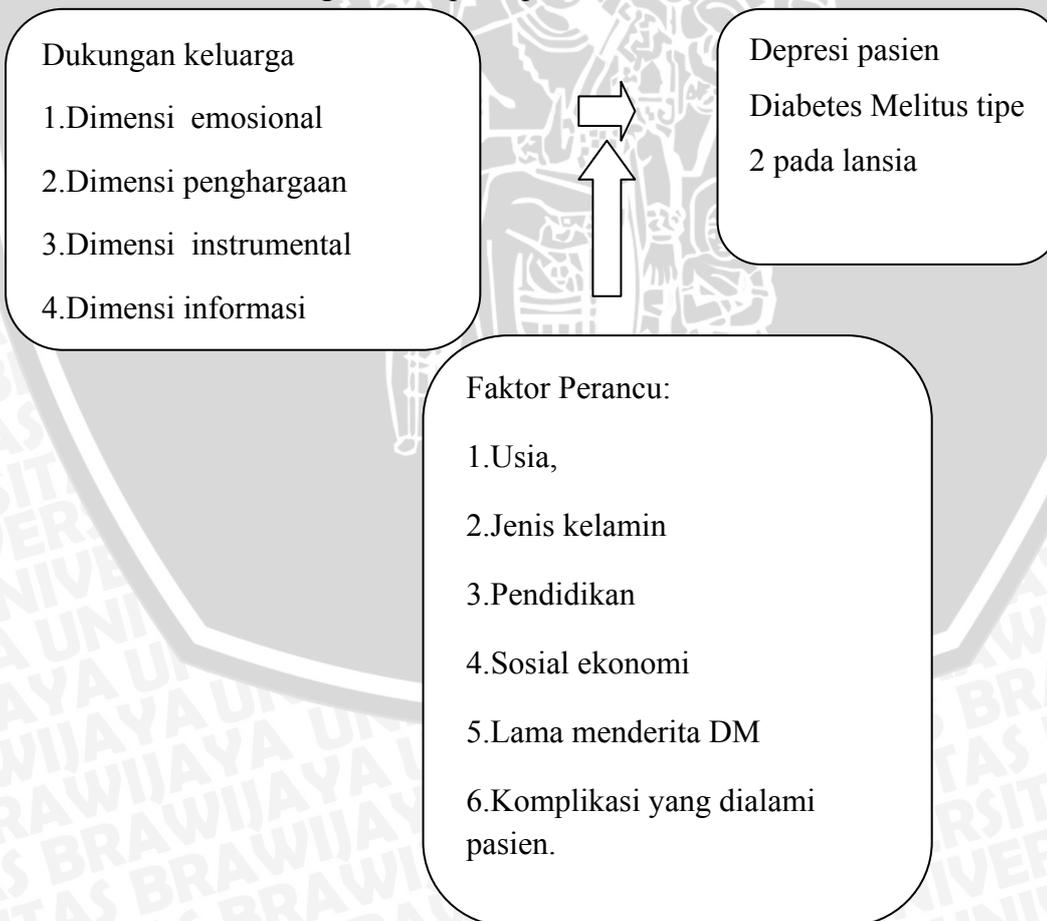
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka penelitian yang dikembangkan dalam penelitian ini terdiri dari 2 variabel ,yaitu variabel dependen dan variabel independen. Variabel dependen adalah depresi pasien diabetes mellitus tipe II pada lansia, sedangkan variabel independen adalah dukungan keluarga.

Faktor yang berhubungan dengan depresi pasien diabetes melitus tipe II pada lansia adalah dukungan keluarga, sedangkan faktor konfonding/perancu adalah karakteristik individu seperti: usia, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi, lama menderita DM dan komplikasi yang dialami pasien. Hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dapat dilihat di skema 3.1

Skema 3.1 kerangka konseptual penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pasien Diabetes Militus tipe II setelah dikontrol oleh faktor perancu.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *descriptive analytic* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study* yaitu melakukan pengukuran atau penelitian dalam satu waktu. Tujuan spesifik penelitian *cross-sectional* adalah untuk mendeskripsikan fenomena hubungan berbagai fenomena atau hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dalam satu waktu.

Peneliti menggunakan pendekatan *cross-sectional* karena penelitian ini bermaksud mengidentifikasi ada tidaknya hubungan variabel dependen terhadap variabel independen dalam satu kali pengukuran menggunakan alat ukur berupa kuesioner.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien Diabetes mellitus tipe 2 lansia di Rawat Inap RSSA Malang.

4.2.2 Sampel

Sample adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya. Pengambilan sample dalam penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling* yaitu pengambilan sample yang didasarkan atas pertimbangan dan sesuai dengan dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi :

1. Responden pasien lansia di diagnosa diabetes mellitus tipe 2
2. Dapat berkomunikasi verbal dengan baik
3. Mampu membaca, menulis, dan berbahasa dengan baik

4. Bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani *informed consent*.

Kriteria Eksklusi :

Pasien lansia diabetes mellitus tipe 2 yang mengalami masalah kesehatan akut yang tidak memungkinkan untuk menjadi responden

Penelitian dikerjakan setelah mendapatkan persetujuan dari komite etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya/RS Dr Saiful Anwar Malang. Seluruh pasien yang diikuti dalam penelitian ini diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*Informed Consent*).

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Saiful Anwar, Malang, Jawa Timur. Tempat ini merupakan salah satu rumah sakit pendidikan yang mendukung pengembangan dalam bidang penelitian. Sehingga sangat mungkin melakukan penelitian di rumah sakit ini. Penelitian dilakukan dari bulan februari 2015.

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah depresi pasien diabetes tipe II lansia.

4.5 Definisi Operasional

1. Lanjut Usia. Seseorang yang berusia lebih dari sama dengan 55 tahun dan mengalami perubahan fisik berupa menurunnya fungsi panca indra, minat dan fungsi organ seksual dan kemampuan motorik.
2. Penderita Diabetes Mellitus tipe 2. Seseorang yang sudah didiagnosis pasti sesuai dengan kriteria ADA 2010, atau sekarang sedang

mendapatkan pengobatan.

3. Depresi. Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya. Untuk menilai apakah seseorang mengalami depresi atau tidak digunakan tes *Geriatric Depression Scale*. Skor *Geriatric Depression Scale* :

0-9 = normal

10-19 = depresi ringan

20-30 = depresi berat

Dengan Penilaian sebagai berikut :

Diberikan skor 1 jawaban "ya" dan skor 0 jawaban "tidak" untuk soal no. 2,3,4,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,28,30.

Dan diberikan nilai 1 jawaban "ya" dan skor 0 jawaban "tidak" untuk soal no 1,5,7,9,15,19,21,27,29

4. Dukungan Keluarga. Untuk mengukur dukungan keluarga menggunakan APGAR Keluarga, alat ini digunakan untuk mengukur level kepuasan hubungan dalam keluarga. Pada metode ini dilakukan penilaian terhadap lima fungsi pokok keluarga, yaitu :

- 1) Adaptasi (*Adaptation*)

Yang dinilai adalah tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima bantuan yang diperlukannya dari anggota keluarga lainnya.

- 2) Kemitraan (*Partnership*)

Yang dinilai adalah kepuasan anggota keluarga terhadap berkomunikasi, musyawarah dalam mengambil suatu keputusan dan menyelesaikan suatu masalah yang sedang di hadapi dengan anggota keluarga lainnya.

- 3) Pertumbuhan (*Growth*)

Yang dinilai adalah tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan keluarga dalam memamatkan pertumbuhan dan kedewasaan setiap anggota keluarga.

- 4) Kasih Sayang (*Affection*)

Yang dinilai adalah tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang berlangsung dalam keluarga.

5) Kebersamaan (*Resolve*)

Yang dinilai adalah tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan dan ruang antar anggota keluarga.

No.	PERNYATAAN	SERING/ SELALU	KADANG- KADANG	JARANG /TIDAK
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali kepada keluarga saya, bila saya menghadapi masalah.			
2.	Saya puas dengan cara-cara keluarga saya membahas serta membagi masalah dengan saya.			
3.	Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya melaksanakan kegiatan ataupun arah hidup yang baru.			
4.	Saya puas dengan cara-cara keluarga saya menyatakan rasa kasih sayang sayang dan menanggapi emosi.			
5.	Saya puas dengan cara keluarga saya membagi waktu bersama			

Untuk setiap jawaban sering / selalu diberikan nilai 2, jawaban kadang-kadang diberi nilai 1, sedangkan jawaban jarang/tidak pernah diberikan nilai 0, kemudian lima nilai tersebut di jumlah, selanjutnya di nilai sebagai berikut :

- 4) 7-10 berarti keluarga sehat, dalam arti setiap anggota keluarga saling mendukung satu sama lain.
- 5) 4-6 berarti keluarga kurang sehat, dalam arti hubungan antar anggota keluarga masih perlu untuk di tingkatkan.
- 6) 0-3 berarti keluarga tidak sehat, dalam arti hubungan antar anggota keluarga masih perlu untuk lebih di tingkatkan.

4.6 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data penelitian ini menggunakan kuesioner, terdiri dari 2 kuesioner yaitu kuesioner APGAR keluarga dan kuesioner Geriatric Depression Scale.

4.7 Perhitungan Besar Sampel

Besar sampel didapatkan dari seluruh pasien yang berobat jalan di instalasi rawat jalan bagian endokrin, hipertensi dan geriatri RSUD dr. Saiful Anwar selama 1 bulan, dari bulan februari 2016 sampai April 2016. Penetapan sampel dilakukan secara *selected random sampling* dan dihitung dengan rumus analitik numerik berpasangan.

Formulasinya adalah =

$$N1 = N2 = \left\{ \frac{Z\alpha + Z\beta}{0,5 \ln((1+r)(1-r))} \right\}^2 + 3$$

$Z\alpha$ = deviat baku alfa (judgment)

$Z\beta$ = deviat baku beta (judgment)

$r = 0,4$

Diketahui :

Kesalahan tipe I : 5%..... $Z = 1,96$

Kesalahan tipe II : 20%..... $Z = 0,84$

$$N1 = N2 = \left\{ \frac{Z\alpha + Z\beta}{0,5 \ln((r+1)(r-n))} \right\}^2 + 3$$

$$= \left\{ \frac{1.96 + 0.84}{0,5 \ln((r+1)(r-n))} \right\}^2$$

$$= 40$$

Dengan demikian, besar sampel minimal masing-masing kelompok adalah 40.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data dan Pengolahan Data

4.8.1 Pengumpulan Data

4.8.1.1 Tahap Persiapan

Sebelum melakukan pengambilan data penelitian, peneliti mendapatkan terlebih dahulu surat izin pelaksanaan penelitian. Peneliti menghadap kepala direktur Rumah Sakit dan bagian diklit RSSA Malang untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta meminta ketersediaan mereka untuk membantu dalam pelaksanaan pengambilan data penelitian. Selanjutnya peneliti diizinkan untuk melakukan uji coba instrumen serta melakukan pengambilan data .

4.8.1.2 Tahap Pemilihan Responden

- a. Pertama peneliti mengidentifikasi pasien DM di Rawat Inap RSSA Malang, kemudian memilih sampel yang masuk dalam kriteria inklusi. Peneliti melihat catatan responden pada status medical record serta dengan melihat hasil laboratorium yang dibawa oleh pasien. Peneliti mendatangi setiap calon responden yang memenuhi kriteria inklusi.
- b. Peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian.
- c. Selanjutnya peneliti meminta kesediaan dan persetujuan responden untuk mengikuti penelitian dengan menandatangani *informed consent*.

4.8.1.3 Tahap penelitian

Setelah calon responden menyetujui untuk ikut penelitian, peneliti memberikan kuesioner kepada responden dan meminta responden untuk mengisinya secara lengkap. Jawaban yang kurang lengkap diklarifikasi kembali kepada responden untuk dilengkapi.

4.8.2 Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul, sebelum dianalisa terlebih dahulu dilakukan hal-hal sebagai berikut :

4.8.2.1 Editing

Editing data dilakukan untuk memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data. Dilakukan dengan mengoreksi data yang diperoleh meliputi kebenaran pengisian, kelengkapan dan kecocokan data yang dihasilkan. Editing dilakukan setelah responden mengisi kuesioner. Jika masih ada yang kurang seperti jawaban yang masih kosong atau tulisan yang tidak jelas, maka peneliti kembali mendatangi atau menghubungi responden dan meminta ketersediaan responden untuk memperbaiki dan melengkapi.

4.8.2.2 Coding

Memberikan kode atau simbol tertentu untuk setiap jawaban. Hal ini dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam melakukan tabulasi dan analisa daata. Pada penelitian ini, setelah data dikoreksi dan lengkap maka diberi kode sesuai dengan definisi operasional.

4.8.2.3 Entry data

Merupakan suatu proses memasukan data ke dalam paket program komputer untuk selanjutnya dianalisis dengan menggunakan program komputer yang sesuai. Disini peneliti melakukan entry data jika sudah yakin bahwa data yang ada sudah benar, baik kelengkapan maupun pengkodeannya. Berikutnya peneliti memasukkan data satu persatu kedalam program komputer untuk dilanjutkan dengan pengolahan data.

4.8.2.4 Cleaning

Data yang telah dientry dilakukan pembersihan terlebih dahulu, agar seluruh data yang diperoleh terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis. Sebelum lanjut pada pengolahan data, peneliti memeriksa kembali data yang sudah dientry tadi. Peneliti memeriksa apakah ada data yang tidak tepat yang masuk kedalam paket program komputer.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Karakteristik Data Dasar Responden Penelitian

No.	Variabel	Mean ± SD
1.	Usia	56,68 ± 1,87
2.	Gender : <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan 	16 (40%) 24 (60%)
3.	Score APGAR <ul style="list-style-type: none"> • Baik • Cukup Baik • Tidak Baik 	7,85 ± 1,87 30 (75%) 10 (25%) 0 (0%)
4.	Score Geriatri Depression Scale <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Depresi Ringan • Depresi berat 	10,9 ± 3,7 19 (47,5%) 19 (47,5%) 2 (5%)

Pada tabel di atas menggambarkan 40 responden yang mengalami DM tipe 2 sebagian besar adalah perempuan (60%), usia minimal responden 53 tahun dan usia maksimal responden 60 tahun, berikutnya untuk skor APGAR responden rata-rata baik (75%) dan skor Geriatri Depression Scale rata-rata normal (47,5%).

5.2 Analisis Hubungan Usia dengan APGAR responden di RSSA Malang

Variabel	r	p	Keterangan
Usia	0,126	0,438	$p > 0,05$

Tidak terdapat korelasi yang signifikan antara usia dengan nilai APGAR.

5.3 Analisis Hubungan Usia dengan Geriatri Depression Scale.

Variabel	r	p	Keterangan
Usia	-0,273	0,088	$p > 0,05$

Tidak ada korelasi yang signifikan antara usia dengan nilai Geriatri Depression Scale.

5.4 Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan APGAR.

Variabel	r	p	keterangan
Jenis Kelamin	0,273	0,363	$p > 0,05$

Tidak ada korelasi yang signifikan antara jenis kelamin dengan nilai APGAR.

5.5 Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan Geriatri Depression Scale.

Variabel	r	p	Keterangan
Jenis Kelamin	0,279	0,88	$p > 0,05$

Tidak ada korelasi yang signifikan antara jenis kelamin dengan nilai Geriatri Depression Scale.

5.6 Hubungan Antara APGAR Family dengan Geriatri Depression Scale

Variabel	r	p	Keterangan
APGAR	-0,750	0,001	$p < 0,05$

Ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi responden, semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat depresi responden.

5.7 Hasil Analisis Usia dan Lama Menderita Diabetes Mellitus

Variabel	r	p	Keterangan
Usia	0,132	0,418	$p > 0,05$

Tidak ada korelasi antara usia dengan lama menderita responden.



BAB VI

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data yang telah dibahas pada Bab sebelumnya, berikut ini akan dibahas secara sistematis hasil penelitian tentang hubungan dukungan keluarga terhadap depresi pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Syaiful Anwar Malang.

6.1 Hubungan dukungan keluarga dengan depresi

Tujuan penelitian ini meliputi untuk mengetahui adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada pasien lansia diabetes mellitus tipe II di rawat inap Rumah Sakit Saiful Anwar Malang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata nilai dukungan keluarga 7,825 dengan standar deviasi 1,81005. Nilai dukungan keluarga terendah adalah 4 dan nilai tertinggi adalah 10. Berdasarkan nilai rata-rata dan disesuaikan dengan skala instrumen pada penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa responden sering mendapat dukungan dari keluarga, baik dari segi adaptasi, kemitraan, pertumbuhan, kasih sayang, dan kebersamaan. Begitu juga dari hasil estimasi interval dan disesuaikan dengan skala instrumen pada penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa pasien diabetes mellitus tipe 2 yang di Rawat di Rumah Sakit Saiful Anwar Malang, sering mendapat dukungan keluarga, baik dari segi adaptasi, kemitraan, pertumbuhan, kasih sayang, dan kebersamaan.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Coffman, MJ (2008) tentang efek dukungan sosial dan depresi terhadap *self efikasi* diabetes mellitus tipe 2 di Spanyol. Penelitian ini menemukan, umumnya dukungan yang diterima oleh pasien diabetes mellitus tipe 2 adalah dari keluarga. Selain itu didapat juga dari teman dan petugas kesehatan. Dukungan keluarga juga dilihat dari segi adaptasi, kemitraan, pertumbuhan, kasih sayang, dan kebersamaan. Hal ini sesuai dengan penelitian Hensarling (2009) dan sarafino (2004), bahwa dukungan keluarga yang didapatkan oleh pasien diabetes mellitus tipe 2 terdiri segi adaptasi, kemitraan, pertumbuhan, kasih sayang, dan kebersamaan.

Berikutnya pada penelitian ini diketahui bahwa dukungan yang diberikan dari segi adaptasi antara lain keluarga ikut menyelesaikan dan mengeerti masalah yang di alami oleh responden. Sedangkan dukungan dari segi kemitraan yang diperoleh responden antara lain keluarga mendengarkan keluhan responden tentang penyakit yang dirasakan, serta reponden membahas masalahnya dengan keluarga dan keluarga memberikan kenyamanan kepada responden dalam mengatasi masalahnya. Dukungan dari segi pertumbuhan yang diperoleh antara lain keinginan responden yang di dukung oleh keluarga. Untuk dukungan dari segi kasih sayang yang diperoleh responden yaitu perhatian dan kepedulian dari keluarga yang membantu responden untuk mengontrol gula darah, mematuhi diet, pengobatan, serta kontrol kesehatan. Selanjutnya dukungan dari segi kebersamaan, yang di alami pasien adalah mereka kebanyakan sering meluangkan waktu bersama keluarga.

Analisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi, menunjukkan semakin tinggi nilai dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat depresi pasien diabetes mellitus tipe 2.

Sejalan dengan penelitian Lazarus & Folkman (1984 dalam Friedman & Jones, 2003) dukungan keluarga dapat bertindak segera sebagai *buffer* terhadap stres dan akibatnya terhadap kerusakan tubuh. Dukungan keluarga dapat membantu untuk mencegah stres dan sesuatu yang berbahaya atau mengancam. Dalam studi yang dilakukan *Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications (EDC)*, menyimpulkan bahwa faktor psikososial seperti dukungan keluarga mempunyai efek yang penting pada kontrol glikemik pada orang dewasa dengan NIDDM dan juga penting pengaruhnya pada self management pada pasien DM.

Peneliti berasumsi bahwa dukungan keluarga memerankan peran krusial pada kepatuhan *self management* dan secara tidak langsung akan mempengaruhi tingkat depresi responden. Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor sangat dominan dalam mempengaruhi tingkat depresi responden. Hal ini sesuai penelitian yang sudah banyak dilakukan bahwa dukungan keluarga yang negatif merupakan prediktor terkuat dalam

mempengaruhi hasil kesehatan pasien, utamanya dengan penyakit kronis (Ellard & Smith, 1990).

Mills (2008) menyatakan ada beberapa hal penting yang dapat dilakukan untuk mendukung anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus tipe 2 yaitu dengan meningkatkan kesadaran dirinya untuk mengenali penyakit diabetes tipe 2, bahwa penyakit tersebut tidak dapat disembuhkan, sehingga pasien memiliki kesadaran yang tinggi untuk mengelola penyakitnya. Selain itu tinggal bersama dengan anggota keluarga yang sakit dan memberikan bantuan, menyediakan waktu, mendorong untuk terus belajar dan mencari tambahan pengetahuan tentang diabetes mellitus merupakan bentuk-bentuk kegiatan yang bisa dilakukan keluarga dalam rangka memberi dukungan pada anggota keluarga yang sakit.

Asumsi peneliti, dengan adanya dukungan keluarga sangat membantu pasien diabetes mellitus tipe 2 untuk dapat meningkatkan keyakinan akan kemampuannya melakukan tindakan perawatan diri. Pasien diabetes mellitus tipe 2 yang berada dalam lingkungan keluarga dan diperhatikan oleh keluarganya akan dapat menimbulkan perasaan nyaman dan aman sehingga akan tumbuh rasa perhatian dari diri sendiri dan meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri. Menurut peneliti rasa nyaman yang timbul pada diri pasien diabetes mellitus tipe 2 akan muncul karena adanya dukungan baik emosional, penghargaan, instrumental dan informasi dari keluarga. Kondisi ini akan mencegah munculnya stress pada pasien diabetes mellitus tipe 2.

Dapat dipahami jika pasien jika pasien diabetes mellitus tipe 2 mengalami stress, tentunya ini akan berpengaruh kepada kepada fungsi tubuh. Terjadinya peningkatan kortisol akibat stress akan mempengaruhi peningkatan glukosa darah melalui glukoneogenesis, katabolisme protein dan lemak. Selain itu kortisol juga dapat menghalangi ambilan glukosa oleh sel tubuh, sehingga dapat mempengaruhi kadar glukosa darah. Selanjutnya kortisol juga akan berdampak terhadap penurunan daya tahan tubuh pasien diabetes mellitus tipe 2, sehingga akan mudah untuk mengalami masalah kesehatan. Dampak yang terjadi baik fisik maupun psikologis tentunya yang akan mengakibatkan depresi terhadap pasien diabetes mellitus tipe 2.

6.2 Hubungan Usia dengan nilai APGAR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 56,6750 tahun, umur termuda 53 tahun dan tertua adalah 60 tahun.

Menurut Smeltzer & Bare (2008), DM tipe 2 merupakan jenis DM yang paling banyak jumlahnya yaitu sekitar 90-95% dari seluruh penyandang DM dan banyak dialami oleh usia dewasa diatas 40 tahun. Hal ini disebabkan resistensi insulin pada DM tipe 2 cenderung meningkat pada lansia, disamping adanya riwayat obesitas dan adanya faktor keturunan.

Umur mempengaruhi resiko dan kejadian Dm tipe 2. Umur sangat erat kaitannya dengan kenaikan kadar glukosa darah, sehingga semakin meningkat umur maka prevalensi DM tipe 2 dan gangguan toleransi glukosa semakin tinggi. Proses menua yang berlangsung setelah 30 tahun mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia. Menurut WHO setelah usia 30 tahun, maka kadar glukosa darah akan naik 1-2 mg/dL/tahun pada saat puasa dan akan naik 5,6-13 mg/dL pada 2 jam setelah makan (Sudoyo, 2006). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori tersebut bahwa sebagian besar responden berumur diatas 55 tahun dengan usia termuda 53 tahun dan tertua 60 tahun dengan kadar gula darah yang berfluktuasi.

Analisis hubungan antara umur dengan nilai APGAR responden DM tipe 2 menunjukkan bahwa semakin bertambah usia semakin baik nilai APGAR nya. Hubungan tersebut tidak terlalu kuat. Hasil ujia statistik lebih lanjut disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan APGAR responden DM tipe 2.

6.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan dukungan keluarga dan kualitas hidup.

Hasil menunjukkan bahwa nilai APGAR responden laki-laki adalah 8,25, hampir sama dengan responden perempuan rata-rata nilai APGAR nya adalah 8,600. Hasil uji statistik lebih lanjut disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata nilai APGAR antara laki-laki dengan perempuan (P value = 0,363). Jumlah pasien perempuan lebih besar yaitu 24 responden daripada laki-laki 16 responden. Hasil ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien DM tipe 2 berjenis kelamin

perempuan. Hasil penelitian *Chaveeponkamjorn et al (2008)* mengenai kualitas hidup dan kepatuhan pasien DM tipe 2, sebagian mayoritas (78,7%) adalah perempuan.

Menurut WHO (2006), DM merupakan salah satu penyakit dengan angka kejadian tertinggi di Indonesi dan tingginya angka tersebut menjadikan Indonesi peringkat keenam jumlah penderita DM terbanyak di dunia setelah India, Cina, Uni Soviet, Jepang dan Brazil. Berbagai hasil menunjukkan bahwa angka kejadian DM pada perempuan lebih banyak di bandingkan laki-laki (Stipanovic,2002; Wu, 2007). Beberapa faktor resiko, seperti obesitas, kurang aktivitas, usia dan riwayat DM saat hamil, menyebabkan tingginya kejadian DM pada perempuan (Radi, 2007).

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan dengan dukungan keluarga dan kualitas hidup menunjukkan hubungan yang tidak bermakna antara jenis kelamin dengan dukungan keluarga dan kualitas hidup responden. Hal ini sesuai dengan penelitian *Chaveeponkamjorn et al (2008)*, bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, usia, sosial ekonomi serta lama diabetes dengan kualitas hidup pasien DM . Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Mandagi (2010) yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak ada hubungannya dengan rendahnya kualitas hidup pasien.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat beberapa kelemahan antara lain :

1. Beberapa pasien menolak untuk dilakukan wawancara
2. Keadaan pasien yang kurang mendukung untuk di wawancara
3. Kebenaran pengisian kuesioner ini sangat di pengaruhi oleh kejujuran, pemahaman dan daya ingat responden terhadap dukungan yang diterima. Berdasarkan hal tersebut, gangguan dari konsentrasi dan penurunan daya ingat akan mempengaruhi kebenaran jawaban yang diberikan.

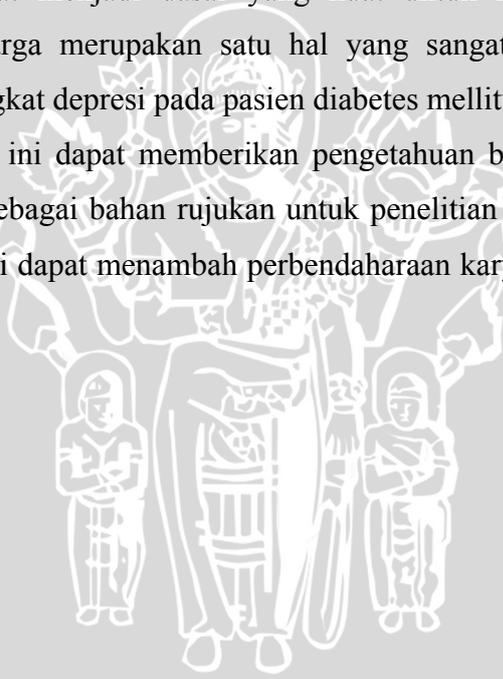
6.5 Implikasi Hasil Penelitian Bagi di Kesehatan

6.5.1 Pelayanan kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan asuhan kesehatan terhadap pasien. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien diabetes mellitus tipe 2.

6.5.2 Penelitian kesehatan

- a. sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya mengenai hubungan dukungan keluarga dengan depresi pada pasien diabetes mellitus tipe 2. Data ini dapat di eksplorasi lebih lanjut untuk melihat keefektifan dukungan keluarga terhadap depresi pada penderita diabetes mellitus tipe 2, diharapkan dapat menjadi dasar yang kuat untuk menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan satu hal yang sangat diperlukan untuk menurunkan tingkat depresi pada pasien diabetes mellitus tipe 2.
- b. Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan baru bagi penelitian kesehatan dan sebagai bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya. Selain itu, penelitian ini dapat menambah perbendaharaan karya ilmiah di bidang kesehatan.



BAB 7

SIMPULAN dan SARAN

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka simpulan yang didapat adalah sebagai berikut :

- a. Dukungan yang diperoleh responden dari keluarga sebagian besar baik, responden rata-rata mengalami stress ringan dan norma, dan hanya sedikit yang mengalami depresi berat.
- b. Ada hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan depresi, semakin besar dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat depresi responden.

7.2. Saran

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan pengukuran, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium yang detail.
2. Perlu komunikasi yang lebih baik lagi untuk berinteraksi dengan pasien dan keluarga pasien untuk lebih menghargai responden yang sakit tapi tetap bersedia di wawancara dan lebih efektif menghemat waktu responden.
3. Sebaiknya saat sebelum dan saat mengisi kuesioner hendaknya peneliti menjelaskan lebih detail lagi sehingga tidak terjadi interpretasi yang berbeda pada responden yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

Alexopoulos, G.S.: *Depression in the Elderly*; Lancet, 2005, 365: 1961-1970.

Soegondo, S. 2004. *Penetalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. FKUI.

Jakarta.

Rochmah W. *Diabetes Mellitus pada Usia Lanjut*. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, editors. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. 4th ed. Jakarta: Pusat Penerbitan IPD FKUI; 2007.p.1915-18.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2010. Diabetes Care. 2010;33(1):S11-4. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S11.extract.

Burduli M. *The Adequate Control of Type 2 Diabetes Mellitus in an Elderly Age*. 2009. Available from: http://www.gestosis.ge/eng/pdf_09/Mary_Burduli.pdf

Kane RL, Ouslander JG, Abrass RB, Resnick B. *Essentials of Clinical Geriatrics*. 6th ed. New York: McGraw Hill; 2009.p.363-70.

Black,J.M.,&Hawks,J.H (2005). *Medical surgical nursing*. (7 th ed). St louis: Elsevier Saunders

PERKENI. (2006). *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia*. Jakarta

Yunir., & Soebardi. (2006). *Terapi non farmakologis pada diabetes melitus*. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Azwar A (1997).*Pengantar pelayanan dokter keluarga*. Jakarta: Yayasan Penerbitan IkatanDokter Indonesia

Balgis (2009), *Kedokteran keluarga*. Surakarta:Sebelas Maret University Press

Sarafino, E.P. (2004). *Health Psychology : Biopsychosocial Interaction*. New York: ohn Wilky and Sons Inc

Surwitt RD, Scheneider MS, Feinglos MN. *Stress and diabetes mellitus*. *Diabetes care* 1992;15:1413-1422.

Kaplan, Sadock, Sinopsis Psikiatri, Jilid II, edisi Ketujuh, Binarupa Aksara, Jakarta, 1997.

Smeltzer & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia : Lippincott.

Lustman, P .J., Anderson R.J., Freeland, K.E., De Groot, M., Carney, R.M., & Clouse,R.E.(2000). *Depression and poor glycemic control. Diabetes Care*, 23,.

<http://www.care.diabetesjournal> diperoleh 8 Agustus 2008.

Setiati, S., Harimurti, K., dan Roosheroe, A.G., 2006. Proses Menua dan Implikasi Kliniknya.

Dalam: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., dan Setiati, S., ed.

Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1335-1340. Depkes R.I., 2008. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta

Waspadi, S., 2002. Pedoman Diet Diabetes Mellitus. Balai Penerbit FKUI, Jakarta

Maslim. R., 2001. Gejala Depresi, Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ III. Jakarta : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya, 58-65

Soewondo P. Pemantauan Pengendalian Diabetes Mellitus. Dalam Soegondo S dkk (eds), Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu. Penerbit FKUI. Jakarta. 2005

Allen (2006). Support of diabetes from the family. Diakses dari <http://www.buzzle.com/editorials> pada tanggal 4 april 2016.

Hensarling, J. (2009). *Development and psychometric testing of Hensarling's diabetes family support scale, a dissertation. Degree of Doctor of Philosophy in the Graduate School of the Texa's Woman's University*. Diakses dari www.proquest.com pada tanggal 2 april 2016.

Funnel, M.M (2008) *Quality of life and insulin therapy in type 2 diabetes mellitus*. Excerpta Medica Inc,3 (1),31-36.

Rad, B. (2007). Diabetes mellitus sebagai faktor resiko penyakit jantung. Diakses dari <http://www.pjnhk.go.id> pada tanggal 2 april 2016.

Rubin, R.R (2000). *Research to Practice Diabetes and quality of life> Diabetes Spectrum*, 13, 1-21.

Mandagi, A.M. (2010). Tesis Faktor yang berhubungan dengan Status Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus

Mills, L. (2008) *Diabetes : Self-esteem and family support*. Diakses dari <http://www.americanchronicle.com> pada tanggal 3 april 2016.

Suyono, S. (2010). Kecenderungan Peningkatan Jumlah Penyandang Diabetes, dalam Sidartawan, S, Pradana, S,. & Imam, S, Penatalaksanaan Diabetes Terpadu (hal 3-10). Jakarta : Balai Penerbitan FKUI.

Chaveepojnkamjorn,W., Pichainarong, N., Schelp, F.P., & Mahaweerawat, M.U. (2008). Quality of life and compliance among type 2 diabetic patient. *Southes Asian Journal Trop Med, Public health*, 39 (2), 328-334.

Stipanovic, A.R. (2002). *The effects of diabetes education on self-efficacy and self care*. Diakses dari <http://proquest.umi.com/pqdweb> pada tanggal 11 April 2016.

Murwani, Arita, 2011. Perawatan Pasien Penyakit Dalam. Jilid I. Edisi I. Yogyakarta.

Taylor, S. E. (2006) *Health Psychology*. (6th.Ed), Singapore : Mc. Graw Hill Book Company.