

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) menyatakan pada tahun 2010 penyebab kematian semua umur di Indonesia adalah penyakit tidak menular (PTM) sebanyak 60%. WHO juga menyatakan, salah satu PTM yang banyak dikalangan masyarakat adalah diabetes mellitus (DM) yang menduduki peringkat ke-6 sebagai penyakit penyebab kematian di dunia. Diperkirakan pada tahun 2030 DM akan menempati urutan ke-7 penyebab kematian di dunia (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2013). *International Diabetes Federation* (IDF) menyatakan bahwa lebih dari 371 juta orang di dunia yang berumur 20-79 tahun memiliki diabetes. Indonesia merupakan negara urutan ke-7 dengan prevalensi diabetes tertinggi, di bawah China, India, USA, Brazil, Rusia dan Mexico. Pernyataan tersebut diperkuat dengan adanya hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2012, DM menjadi penyakit terbanyak yang memiliki pasien rawat inap di RSUD Pemerintah Kelas C Provinsi Jawa Timur dengan jumlah 9.620 jiwa. Selain itu, hasil riset kesehatan dasar 2013 menunjukkan proporsi terbesar penderita DM yang pernah didiagnosis oleh dokter di provinsi Jawa Timur dari 33 provinsi di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Sementara itu prevalensi penyakit DM yang terus meningkat di Indonesia, pemerintah terutama Departemen Kesehatan melaksanakan beberapa program untuk mengendalikan faktor risiko DM (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Usaha yang dilakukan pemerintah untuk mengendalikan faktor risiko komplikasi DM yakni dengan membentuk Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular) dan Balai Gaya Hidup Sehat.

Diabetes mellitus (DM) merupakan salah satu penyakit penyebab kematian di dunia yang biasa dikenal dengan penyakit kencing manis atau penyakit gula. Penyakit ini banyak diderita oleh dewasa menengah (40-65 tahun) bahkan tidak banyak juga diderita oleh orang yang berada di bawah usia dewasa awal (< 25 tahun). Hal ini disebabkan karena adanya kelainan sekresi insulin dan kerja insulin yang merupakan penyeimbang gula dalam darah. Kondisi ini menyebabkan terjadinya hiperglikemia, yaitu meningkatnya kadar gula dalam darah atau terdapatnya kandungan gula dalam air kencing dan zat-zat keton serta asam yang berlebihan (Lanywati, 2001).

Seseorang yang mengalami DM dapat mengalami komplikasi jangka panjang yang juga menyerang lebih dari satu anggota tubuh yaitu mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah (Gustaviani, 2006: 1879). Komplikasi dapat terjadi seiring dengan periode lamanya seseorang menderita penyakit DM2 karena hal tersebut merupakan faktor risiko munculnya penyakit mikrovaskular seperti gangguan pada mata/saraf serta komplikasi makrovaskular seperti jantung, hipertensi, kolesterol dan sebagainya (Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2015). Penjelasan ini diperjelas dengan pendapat seorang dokter yang menyatakan:

“Sebenarnya komplikasi seperti gangren pada pasien dapat terjadi kapan saja ketika mereka tidak mampu menjaga pola hidup dengan baik, apalagi kalau tidak bisa menjaga kebersihan lukanya semakin bertambah parah dan susah sembuh. Penyebab utama diabetes yah itu. (dr.DA, 26)”

Hasil wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa seseorang yang terkena DM dapat mengalami komplikasi jangka panjang ketika seseorang tidak mampu menjaga pola hidup dan kebersihan ketika mempunyai luka, hal tersebut disebabkan karena pankreas sudah tidak mampu bekerja secara optimal untuk menghasilkan insulin dan sel darah putih yang mempercepat penyembuhan luka. Seseorang didiagnosa terkena DM ketika memiliki

keluhan khas berupa penambahan volume/frekuensi berkemih (*poliuria*), rasa haus (*polydipsia*), lapar yang berlebihan (*polifagia*), rasa gatal (*pruritus*) dan penurunan berat badan yang penyebabnya tidak dapat dijelaskan. Selain itu, kadar glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl dan kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl sudah cukup untuk mendiagnosa DM. Seseorang terkena DM karena berbagai faktor yakni genetik, imunologi, lingkungan dan gaya hidup yang tidak sehat (Arisman, 2010). Namun faktor risiko khususnya yang terutama DM2 yakni pada gaya hidup yang tidak sehat.

Secara umum, DM terdiri dari beberapa tipe yakni diabetes tergantung insulin (DM tipe 1), diabetes tidak tergantung insulin (DM tipe 2), diabetes tipe lain (DM tipe 3), diabetes gestasional dan diabetes mellitus terkait malnutrisi (Arisman, 2010). DM tipe 1 disebabkan karena kerusakan sel beta pankreas sehingga menyebabkan kurangnya sekresi insulin sehingga membutuhkan suntikan insulin. Onset DM tipe 1 ini biasanya terjadi pada masa kanak-kanak atau sebelum usia 25-30 tahun. DM2 merupakan tipe yang mempunyai onset pada usia 40 tahun ke atas. Gejalanya muncul secara perlahan dan ringan, bahkan muncul selama bertahun-tahun. DM gestasional terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan belum diketahui akan menetap atau menghilang setelah melahirkan. DM tipe 3 yang disebut dengan diabetes tipe lain ini hampir sama dengan tipe yang lain, yang membedakan yakni sindrom hormonal yang menghambat sekresi/kerja insulin. DM Malnutrisi (DMMal) banyak terjadi negara berkembang, khususnya di wilayah tropis. Penyebab terjadinya DM jenis ini karena kurangnya protein (Arisman, 2010: 52).

Menurut *American Diabetes Association* tahun 2009 (dalam Bilous & Donnelly, 2014), kasus diabetes mellitus tipe 2 (DM2) memiliki jumlah

penderita lebih banyak jika dibandingkan dengan penderita diabetes tipe lainnya yaitu sekitar 90% sampai 95% dari jumlah penderita diabetes mellitus di seluruh dunia. Sebagian besar penderita diabetes mellitus tipe II pada kasus tersebut adalah orang yang mengalami obesitas. DM2 adalah salah satu jenis diabetes yang sering memerlukan insulin, tetapi tidak bergantung kepada insulin dari luar (*non-insulin dependent diabetes mellitus*) seumur hidup meskipun kadar insulin menurun atau tidak bekerja secara efektif. Gejala yang terjadi pada penderita biasanya lambat diketahui sehingga penderita terkadang tidak menyadari dan diabaikan. Penderita DM2 mengalami obesitas/berat badan berlebih dan juga memiliki faktor risiko kardiovaskular (Bilous & Donnelly, 2015: 14-15). Pengendalian DM2 dapat dilakukan dengan cara diet, olahraga, pemberian obat hipoglikemik, dan suntikan insulin (Arisman, 2010). Onsetnya dimulai pada masa dewasa menengah yakni usia 40-65 tahun. Pada masa ini, terjadi penurunan keterampilan fisik dan bertambahnya tanggung jawab. Penurunan fisik yang terjadi pada individu yaitu munculnya penyakit kronis akan lebih banyak dialami oleh individu di masa dewasa menengah (Santrock, 2012). Hasil wawancara pada beberapa subjek yaitu K (52 tahun), B (54 tahun), M (63 tahun) dan J (44 tahun) menunjukkan kesesuaian antara ciri-ciri penderita DM dengan yang dialami oleh keempat subjek di mana mengalami kenaikan berat badan dan mereka mengetahui terkena diabetes setelah melalui proses *check up* karena sebelumnya tidak merasakan gejala terkena DM dan biasanya disertai penyakit lain.

Adanya gejala dan risiko kematian pada penderita DM2 membuat seseorang menjadi terpuruk akan kondisi yang dialaminya. Hal tersebut terlihat pada salah satu penderita DM2 yang menyatakan:

“Namun ketika sudah terkena retinopati sama vertigo, saya membatasi ikut kegiatan karena merasa sudah tidak mampu,

takut kalau tiba-tiba saya pingsan dan bikin orang repot, belum lagi penglihatan saya sudah mulai tidak jelas seperti dulu. Seandainya saya tahu kalo akan seperti ini, saya sudah jaga batasi makan dari dulu. Saya bosan kalau terus-terusan di rumah makanya saya harus melawan penyakit ini biar bisa aktif kayak dulu, jadinya sekarang saya ikut kegiatan sosial dan buka laundry di rumah kalau gak ikut senam diabetes” (K,52).

Hasil wawancara tersebut menunjukkan kondisi ibu K ketika mengalami kesulitan akibat komplikasi dari DM2 dan merasa menyesal atas kebiasaan yang dulunya beliau lakukan hingga terkena diabetes, namun beliau mampu bangkit kembali dari kondisi yang menyulitkan bagi dirinya dengan tetap melakukan aktivitas di luar rumah. Selain risiko kematian, komplikasi akut seperti kerusakan saraf, gagal ginjal, gangguan pada mata hingga mengalami kebutaan dan ulkus/gangren di kaki sehingga seseorang harus diamputasi, dan komplikasi tersebut dapat menyerang berbagai anggota tubuh. Hal ini terbukti ketika salah satu pasien menyatakan:

“Aku ini sudah lama kenna diabet mbak, sekitar 15 tahunan sebelum punya cucu, awalnya itu gak ada penyakit lain tapi waktu umur 50 sudah mulai muncul kolesterol, hipertensi dan sekarang mata saya hampir buta tapi untungnya sudah dioperasi karena aku gak mau sampai buta, gak bisa ngapain nanti” (SK, 61).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terlihat bahwa subjek memiliki riwayat penyakit DM2 disertai dengan komplikasi dalam periode yang cukup lama. Beliau mengalami kesulitan dan penderitaan untuk mengendalikan penyakitnya, meskipun demikian beliau memiliki keinginan untuk dapat sembuh dan mengatasi masalahnya seperti melakukan operasi mata agar tetap bisa melihat. Kemampuan manusia untuk menghadapi, mengatasi dan menjadi kuat atas kesulitan yang dialaminya tersebut disebut resiliensi (Grothberg, 1995). Reivich dan Shatte (dalam Desmita, 2013) menambahkan resiliensi dibutuhkan untuk dapat melalui kesulitan yang menimpa seseorang dan bangkit kembali sehingga tidak menjadi putus asa.

Terkait dengan fenomena DM2 yang merupakan kondisi atau kejadian yang tidak menyenangkan, resiliensi merupakan salah satu fondasi yang dapat memampukan individu beradaptasi dengan kondisi-kondisi yang tidak menyenangkan yang dihadapi.

Luthans (Lopez & Snyder, 2009) mendefinisikan resiliensi sebagai kapasitas yang dapat dikembangkan untuk memantul (daya lenting) atau bangkit kembali dari keterpurukan, konflik dan kegagalan atau bahkan peristiwa positif, kemajuan dan tanggung jawab meningkat. Desmita (2013: 228) juga menyatakan hal yang sama dimana resiliensi adalah suatu kemampuan untuk menghadapi, mencegah dan meminimalkan dampak merugikan dari kondisi atau kejadian yang tidak menyenangkan, bahkan mengubah kondisi yang tidak menyenangkan menjadi sesuatu yang dapat diatasi. Resiliensi pada awalnya dipahami sebagai fondasi yang membuat seseorang sembuh dari kondisi stres, trauma dan tantangan hidup. Namun, pada abad 21 ini banyak perubahan-perubahan yang terus terjadi dalam waktu yang sangat cepat dan resiliensi dinilai sebagai kekuatan dasar yang diperlukan untuk berhasil menghadapi berbagai keadaan yang tidak menyenangkan. Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian Febrianti (2014) bahwa terdapat hubungan negatif yang kuat antara resiliensi dengan stres pada pasien dengan penyakit kronis di Rumah Sakit Advent Bandung, dimana ketika pasien memiliki resiliensi yang tinggi maka stres yang dimiliki pun rendah. Ini menunjukkan bahwa resiliensi dibutuhkan dalam menghadapi penyakit kronis, dimana salah satunya adalah diabetes mellitus.

Resiliensi berdasarkan pendapat Grothberg (1995), dapat bersumber dari dukungan eksternal (*I Have*) yakni dukungan yang berasal dari lingkungan seperti keluarga dan lingkungan sosial. Sumber yang kedua yakni kemampuan individu (*I am*), kekuatan yang terdapat dalam diri individu meliputi perasaan, tingkah laku dan kepercayaan yang ada dalam

dirinya. Sumber yang ketiga yakni kemampuan sosial dan interpersonal (*I can*), interaksi dengan semua orang yang ada di sekitar. Ketiga sumber resiliensi tersebut dapat membantu meningkatkan resiliensi yang dimiliki seseorang.

Salah satu sumber resiliensi yaitu dukungan eksternal yang berasal dari lingkungan keluarga. Resiliensi dapat dibentuk dari lingkungan sekitar seseorang. Peneliti mendapati seorang subjek yang merasakan peran keluarga dalam memberikan dukungan kepada dirinya ketika mengetahui dirinya terkena penyakit DM, beliau menyatakan bahwa:

“Saya mendapatkan perhatian yang lebih dari keluarga terutama istri dan anak saya ikut menjaga saya dalam menjalankan diet, terkadang ketika saya tidak mengikuti anjuran dokter, mereka ngingetin saya seperti gulanya nanti naik lagi kalau konsumsi makanan yang tidak benar. Meskipun sering dimarahi sama istri atau anak saya karena melanggar, yah tapi karena mereka tidak mau kalau gula saya naik lagi dan semakin parah. Mungkin kalau hidup sendiri, saya tidak bisa jalanin dietnya, Mbak” (J, 44).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, subjek terlihat mendapatkan dukungan sosial dari keluarganya sehingga beliau memiliki keyakinan untuk menghadapi penyakitnya. Namun disisi lain, berdasarkan hasil observasi ketika mendatangi subjek K (52 tahun) di rumah sakit, terlihat ada subjek yang berada di kamar pasien tanpa ditemani orang lain. Hal ini juga diperkuat dengan hasil wawancara pada subjek terkait hal tersebut:

“Saya sudah lama menderita penyakit diabet, sudah sering masuk rumah sakit dan minum obat. Saya sudah biasa sendiri di rumah sakit tanpa ditemani oleh suami atau anak saya karena mereka bekerja dan sekolah, makanya jarang menjenguk saya” (K, 52).

Pengendalian DM2 dapat dilakukan dengan adanya dukungan sosial dari keluarga. Berdasarkan hasil wawancara ibu K dan bapak J, dapat disimpulkan bahwa bapak J mendapatkan dukungan dari keluarga dalam hal perhatian untuk menjalankan diet dan menghadapi penyakitnya. Namun

disisi lain, pada ibu R bertolak belakang dengan yang dialami oleh bapak J dimana beliau tidak terlihat mendapat dukungan dari keluarga khususnya ketika peneliti memasuki rumah sakit. Keluarga dapat membantu mengawasi penderita menjalankan diet yang sesuai dengan saran dokter, mengingatkan untuk berolahraga rutin guna menurunkan berat badan dan melakukan *check up* rutin ke dokter. Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian Dewi (2015) menemukan adanya hubungan yang tinggi antara dukungan sosial dengan resiliensi pada ibu yang memiliki anak penderita *retinoblastoma*. Dalam artian, dukungan sosial juga berpengaruh terhadap resiliensi seseorang yang mengalami kesulitan.

Hause (dalam Smet, 1994) menjabarkan jenis dukungan sosial yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informatif dan dukungan penghargaan. Empat jenis dukungan sosial terlihat dari hasil wawancara pada salah seorang penderita DM berinisial J berusia 44 tahun yang menyatakan bahwa keluarga sangat berperan dalam membantu beliau menghadapi penyakit tersebut. Keluarga juga ikut mengalami ketakutan dan kekhawatiran. Keluarga berusaha membantu penderita menjaga pola makan dengan menyediakan menu makanan untuk subjek.

Berdasarkan keempat jenis dukungan sosial, dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada subjek J (44 tahun) termasuk dukungan emosional dimana keluarga memberikan perhatian serta merasakan ketakutan dan kekhawatiran. Dukungan instrumental juga terlihat ketika keluarga menyediakan menu makan untuk subjek. Selain itu, dukungan informatif terlihat ketika keluarga mengingatkan subjek untuk tidak mengonsumsi yang seharusnya menjadi pantangan. Namun disisi lain, seorang subjek berinisial M berusia 63 tahun, tinggal tanpa ditemani oleh sanak keluarga dan hanya sesekali dikunjungi oleh keluarganya, terkadang

beliau tidak mengonsumsi obat dan melakukan diet karena tidak ada yang mengingatkan ataupun mengawasinya. Subjek tidak mendapatkan dukungan sosial dari keluarga dengan mengacu pada aspek dukungan sosial seperti pada subjek J.

Dukungan keluarga yang sudah diberikan untuk penderita DM sangat membantu terutama dalam pola hidup sehat seperti diet. Hal ini terbukti ketika subjek menyatakan:

“Kalau di rumah saya terkadang memasak makanan sendiri, istri tetap membantu dengan membelikan beras merah, ubi, kentang, bahan makanan yang dianjurkan untuk penderita DM. Saya juga sering melanggar pantangan terutama ketika tidak ada istri, seperti di kantor, jadi saya bisa makan yang saya inginkan” (J, 44).

Berkaitan dengan hal itu, bapak J mampu mendapatkan dukungan instrumental yang beliau dapatkan dari istri atau keluarganya yang memberikan dukungan sosial. Selain itu, juga didukung oleh hasil penelitian Hapsari (2011) yang menyatakan bahwa persepsi terhadap dukungan sosial oleh keluarga mempengaruhi motivasi untuk sembuh pada remaja pengguna narkoba. Hal itu berarti seseorang mempunyai motivasi untuk sembuh karena adanya dukungan sosial dari keluarga. Ditambah lagi hasil penelitian Utami (2013) menyatakan terdapat hubungan yang positif antara dukungan sosial keluarga dengan penerimaan diri individu yang mengalami asma. Peneliti dapat menyimpulkan pentingnya dukungan sosial keluarga yang diberikan kepada orang yang mengalami kesulitan di mana dalam hal ini yaitu pada penderita diabetes.

Sejauh ini belum ditemukan penelitian yang membahas secara khusus dukungan sosial dari keluarga dengan resiliensi pada penderita diabetes mellitus tipe 2. Selain itu, penderita DM di Indonesia khususnya di Jawa Timur semakin meningkat sehingga menarik minat peneliti untuk

mengetahui apakah terdapat hubungan antara dukungan sosial dari keluarga dengan resiliensi pada penderita DM2.

1.2. Batasan Masalah

Untuk memperjelas penelitian ini, maka penelitian ini berfokus pada:

1. Jenis penelitian ini merupakan penelitian korelasional dimana akan melihat, hubungan dukungan sosial dari keluarga dengan resiliensi pada penderita diabetes mellitus tipe 2.
2. Penelitian yang difokuskan pada penderita DM tipe 2, sesuai dengan definisinya penderita tidak tergantung insulin yang berasal dari luar dan memiliki penyakit komplikasi.
3. Rentang usia responden penelitian dibatasi pada usia dewasa madya yakni usia 40-65 tahun (Santrock, 2012: 75). Peneliti menyesuaikan dengan usia penderita DM2 yang onsetnya pada usia dewasa madya (Arisman, 2010).
4. Wilayah pengambilan data dibatasi yaitu kota Surabaya.

1.3. Rumusan Masalah

Masalah dalam penelitian dirumuskan sebagai berikut “Apakah ada hubungan antara dukungan sosial dari keluarga dengan resiliensi pada penderita diabetes mellitus tipe 2?”

1.4. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dari keluarga dengan resiliensi pada penderita diabetes mellitus tipe 2.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat penelitian ini adalah menyumbangkan informasi mengenai keterkaitan antara dukungan sosial dari keluarga dengan resiliensi pada penderita diabetes, sehingga penelitian ini dapat memperkaya dan mengembangkan teori psikologi terutama bidang ilmu psikologi klinis.

1.5.2 Manfaat Praktis

a. Bagi penderita diabetes

Membantu penderita diabetes agar mampu beradaptasi dengan penyakitnya dengan adanya dukungan sosial dari keluarga. Dengan demikian, para penderita diabetes dapat tetap menjaga kualitas hidupnya dengan lebih baik dan nyaman.

b. Praktisi medis

Diharapkan melalui penelitian ini, tenaga medis dapat memberikan dukungan dengan pelayanan terbaik dan menjelaskan informasi dengan baik mengenai penyakit diabetes kepada setiap pasien diabetes dalam menumbuhkan harapan hidup lebih tinggi akan kondisi pasien.

c. Keluarga pasien

Bagi keluarga pasien, diharapkan penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi bagi keluarga sehingga dapat memberikan berbagai jenis dukungan sosial yang dibutuhkan pasien.