

## **BAB 6 PEMBAHASAN**

Pada bab ini dibahas tentang hasil penelitian sesuai dengan tujuan khusus penelitian yaitu tentang fungsi keluarga, pelaksanaan manajemen terapi pada DM Tipe II, dan hubungan fungsi keluarga terhadap pelaksanaan manajemen terapi pada lansia dengan DM Tipe II.

### **6.1 Fungsi Keluarga**

Penelitian ini memiliki responden 60 keluarga yang tinggal dan dominan merawat lansia yang berusia lebih dari 60 yang memiliki Diabetes Melitus Tipe II . Hasil penelitian pada gambar 5.8 menunjukkan bahwa 61% (37 orang) keluarga melaksanakan fungsi keluarga dengan baik. Hasil penelitian tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Rorong, Posangi & Rompas (2018) menyatakan bahwa adanya fungsi keluarga akan mempengaruhi penerimaan lansia dengan terjadinya kemunduran-kemunduran fisik yang dialami. Pada penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa fungsi keluarga yang baik akan mempengaruhi kualitas hidup lansia, semakin baik fungsi keluarga maka lansia akan dapat dengan baik menerima kemunduran fisik yang terjadi, sehingga akan meningkatkan kualitas hidupnya. Pernyataan lainnya juga disebutkan oleh Artini, Prihandhani & Martini (2017) mengatakan bahwa pentingnya fungsi keluarga dengan kualitas hidup lansia adalah bila fungsi keluarga sehat dalam artian keadaan sejahtera baik dari segi fisik, mental, dan sosial yang kemudian memungkinkan sebuah keluarga yang utuh, maka akan dapat menurunkan angka

kesakitan dan angka kematian yang akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup lansia.

Menurut Francis dan Satiadrama (2004), dukungan keluarga merupakan bantuan/sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat didalam sebuah keluarga. Teori tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Coffman, M.J. (2008) dalam penelitiannya menyatakan bahwa keluarga merupakan sumber dukungan yang paling utama. Disampaikan juga bahwa dukungan dari keluarga berkaitan erat dengan kepatuhan terhadap pengobatan, sehingga akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Penelitian lain yang dilakukan oleh teori Rosland, Heiser, dkk (2010) mengatakan bahwa fungsi keluarga yang tinggi berkaitan dengan tingkat dukungan keluarga yang lebih tinggi pula. Semakin tinggi fungsi keluarga semakin baik kemandirian pasien, dengan demikian kualitas hidup pasien akan semakin baik pula.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi fungsi keluarga yang baik, yang pertama adalah pendidikan dan umur. Keluarga di wilayah posyandu lansia Mekar Sari berdasarkan data demografi dari pendidikan terakhir sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir SMA 43% (26 orang). Menurut Notoatmodjo (2005), semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin besar pengetahuan dan semakin mudah mengembangkan pengetahuan dan teknologi yang berdampak pada peningkatan kesejahteraan seseorang. Teori tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Putri & Permana (2011) mengatakan bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi dalam suatu keluarga dapat berpengaruh positif terhadap fungsi keluarga tersebut, keluarga dengan

pendidikan tinggi akan mudah menerima informasi. Peneliti berpendapat orang yang mudah mencari informasi maka akan mudah menyelesaikan masalah yang dihadapi, karena dengan mudah memahami dan menerima informasi yang didapat. Peneliti juga berpendapat bahwa pengetahuan dapat mempengaruhi umur. Pada penelitian ini mayoritas responden memiliki umur 26-35 tahun yaitu 33% (16 orang). Menurut Depkes (2014), kategori umur tersebut sudah memasuki masa dewasa awal. Penelitian yang dilakukan oleh Suryanda, Nazori, & Zanzibar (2019) mengatakan bahwa pada usia dewasa awal sudah memiliki kematangan berfikir sehingga berdampak pada pengetahuan dan sikap untuk melakukan tindakan serta memahami sebuah masalah. Peneliti juga berpendapat bahwa usia yang sudah memasuki masa dewasa awal akan mempunyai tanggung jawab yang dapat dijalankan dengan baik. Pendapat tersebut didukung oleh Trisnadewi, Adiputra, & Mitayanti (2017) yaitu dengan mayoritas responden berusia 26-35 tahun, usia ini sudah dianggap mampu untuk bertanggung jawab dan mengurus anggota keluarga. Pada usia 26-35 tahun juga sudah dapat mengambil keputusan yang baik untuk kesehatan lansia.

Faktor kedua yaitu lama tinggal. Pada penelitian ini berdasarkan lama tinggal dengan penderita Diabetes Melitus Tipe II, mayoritas responden tinggal tinggal bersama selama  $>20-\leq 30$  tahun yaitu sebanyak 15 orang (25%). Penelitian yang dilakukan Nakamireto (2015) menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara lama tinggal dengan menjalankan kepatuhan pengobatan dan diet, peneliti berpendapat semakin lama tinggal dengan penderita maka keluarga akan dengan mudah merawat dan menjalankan pengobatan serta diet yang dijalani. Peneliti berpendapat bahwa lama tinggal memiliki pengaruh pada

fungsi keluarga dalam menjalankan manajemen terapi, keluarga yang sudah tinggal lama dengan lansia seharusnya sudah terbiasa dengan berbagai macam terapi yang dijalankan. Peneliti juga berpendapat bahwa lansia yang sakit tidak perlu lagi beradaptasi karena yang merawat anggota keluarganya sendiri, maka fungsi keluarga juga dapat berjalan dengan baik. Pendapat tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nanda, Wiryanto, & Triyono (2018) mengatakan bahwa ada hubungan antara lama tinggal dengan penderita Diabetes Melitus, penderita akan merasa terbiasa dan nyaman karena sudah lama tinggal dengan keluarga sehingga kepatuhan dalam pengobatan pada penderita DM juga akan terlaksanakan dengan baik.

Hasil dari penelitian ini bahwa setengah dari jumlah keluarga, memiliki fungsi keluarga dengan kategori kurang baik dengan presentase 37% (22 orang). Faktor yang kemungkinan berpengaruh adalah pendidikan. Berdasarkan data demografi pendidikan terakhir sebagian besar keluarga memiliki pendidikan terakhir SMP 12 orang (20%) dan SD 9 orang (15%). Hasil tersebut didukung oleh penelitian Putri & Permana (2011) menyatakan bahwa responden yang memiliki pendidikan rendah, mayoritas memiliki fungsi keluarga yang kurang sehat atau sakit. Tingkat pendidikan rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan. Peneliti berasumsi bahwa keluarga dengan pendidikan yang rendah akan susah menerima informasi, sehingga susah memahami masalah kesehatan pada keluarga. Pendapat tersebut selaras dengan penelitian Phitri, Widiyaningsih (2013) menyatakan bahwa pendidikan yang minim akan berpengaruh dalam pengambilan keputusan serta pola pikir, sehingga mempengaruhi pengetahuan responden pada penyakit yang

ditunjukkan kurangnya mengerti gejala Diabetes Melitus. Pendapat peneliti pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir setiap orang serta akan susah dalam memahami sebuah masalah, maka fungsi keluarga akan kurang dapat terjalankan. Pendapat tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Luthfa (2016) mengatakan bahwa seseorang yang memiliki pendidikan rendah kurang mampu memahami penyakit, kurang mampu melakukan perawatan diri, dan kurang dapat melaksanakan pengelolaan DM Tipe II dengan baik sehingga akan mempengaruhi fungsi keluarga.

Hasil dari gambar 5.8 yaitu terdapat 1 orang (2%) keluarga yang tidak menjalankan fungsi keluarga dengan baik. Hal tersebut karena dipengaruhi oleh keluarga yang tidak bekerja dan memiliki pendidikan terakhir yang rendah juga. Menurut Putri & Permana (2011) pekerjaan adalah kebutuhan yang terutama dilakukan untuk menunjang kehidupan. Tingkat penghasilan yang rendah (tidak bekerja, buruh, tukang, karyawan) dalam suatu keluarga akan berpengaruh negatif terhadap fungsi keluarga. Seseorang dengan berpenghasilan rendah dianggap akan memiliki ketidakmampuan dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi. Peneliti berpendapat keluarga yang bekerja sebagai IRT kurang dapat memenuhi kebutuhan lansia dari segi ekonomi, karena rata-rata IRT dikatakan tidak bekerja karena tidak memiliki penghasilan. Pendapat lain yaitu dari Luthfa (2016) mengatakan bahwa mayoritas responden pada penelitiannya adalah memiliki status ekonomi rendah, sehingga memiliki *family support* yang rendah juga karena *care giver* tidak secara rutin membawa penderita DM untuk kontrol ke pelayanan kesehatan. Peneliti berasumsi bahwa orang yang tidak bekerja maka akan memiliki tingkat pengetahuan yang rendah, dengan tidak bekerja maka tidak dapat

mencari informasi kesehatan karena kurang dapat bersosialisasi dan kurangnya motivasi dari anggota keluarga yang lain. Asumsi tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Fauzia, Nugroho, & Margawati (2018) mengatakan bahwa responden dengan tingkat pendidikan rendah serta berpenghasilan rendah, kebanyakan dari mereka tidak dilakukan edukasi oleh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan terdekat karena kurangnya motivasi untuk menyadari pentingnya melakukan edukasi.

## **6.2 Pelaksanaan Manajemen Terapi Diabetes Melitus Tipe II**

Hasil penelitian pada 5.9 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga berdasarkan pelaksanaan manajemen terapi Diabetes Melitus Tipe II yaitu dengan persentase 53% (32 orang) menunjukkan keluarga melaksanakan manajemen dengan kategori baik. Hasil tersebut didukung oleh penelitian yang telah dilakukan Putri, Yudianto, Kurniawan (2013) menunjukkan hasil bahwa perilaku diet dengan baik dan menjalankan *Self-Management*, akan menunjukkan perilaku pemantauan kadar gula darah yang baik juga.

Adapula faktor yang mempengaruhi pelaksanaan manajemen terapi DM Tipe II kategori baik pada penelitian ini adalah keluarga yang merawat di rumah. Keluarga berdasarkan yang merawat di rumah pada penelitian ini sebagian besar adalah anak yaitu 55% (33 orang). Hasil tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Oktowaty, Setiawati, Arisanti (2018) bahwa apabila responden tinggal di rumah dengan keluarga inti yaitu anak dan cucunya, dengan demikian peran keluarga sangat besar dirasakan oleh responden dalam menjalankan kehidupan sehari-harinya. Menurut Friedman, Bowder, Elaine (2010) anak

memiliki peran psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, sosial dan spiritual. Tugas untuk melindungi, pendidik, dan pengasuh adalah peran ayah dan ibu (suami/istri). Perubahan peran akan terjadi pada sebuah keluarga apabila ada anggota keluarga yang sakit. Perubahan peran yang terjadi pada penelitian ini adalah anggota keluarga memiliki cukup sumber dari dalam dan luar sehingga peran dapat digantikan oleh anak. Teori menurut Friedman, Bowder, Elaine (2010) mengatakan bahwa secara kualitatif penderita DM Tipe II yang berasal dari keluarga inti akan menerima *support* lebih banyak dibanding penderita dengan memiliki keluarga besar. Teori tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Luthfa (2016) mengatakan bahwa sebagian besar respondennya diketahui keluarga yang merawat adalah anak, dan memiliki *family support* yang baik karena kecenderungan anak memiliki perhatian yang cukup besar kepada anggota keluarga yang sakit. Peneliti berpendapat bahwa seorang lansia akan merasa nyaman bila dirawat oleh keluarga terdekatnya lebih spesifiknya adalah anaknya sendiri. Anak akan mengerti kebiasaan ketika orang tua sakit, dan cara menghadapi keluhan-keluhan lansia, karena sudah saling mengerti dan memahami antara anak dan orangtua. Peran anak sangat besar dibutuhkan ketika orangtua sakit.

Faktor kedua yang kemungkinan berpengaruh adalah komplikasi penyakit yang dimiliki lansia. Mayoritas lansia pada penelitian ini tidak memiliki komplikasi penyakit apapun sejumlah 48 orang (82%). Pendapat peneliti tidak adanya komplikasi pada responden dikarenakan manajemen terapi DM Tipe II yang bagus dari keluarga. Pendapat tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Wulandari & Martini (2013) mengatakan bahwa dampak positif

dari keluarga yaitu keikutsertaan keluarga dalam memandu pengobatan, mengontrol gula darah, diet, latihan jasmanai dan pengisian waktu luang yang positif akan menurunkan terjadinya komplikasi. Peneliti juga berasumsi bahwa komplikasi yang tidak terjadi karena mayoritas keluarga memiliki pendidikan terakhir menengah keatas yang berarti keluarga dapat mencari informasi serta berwawasan luas. Pendapat peneliti tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Souse (2007) mengatakan bahwa menemukan perbedaan yang signifikan antara berpendidikan tinggi dan rendah, sehingga dapat dianalisis responden dengan berpendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang tinggi pula sehingga dapat mengatasi gejala DM yang timbul dan mencegah terjadinya komplikasi, dengan demikian komplikasi mikrovaskuler maupun makrovaskuler dapat dihindari atau bahkan tidak terjadi komplikasi.

Hasil penelitian ditinjau dari kategori sedang pada pelaksanaan manajemen terapi DM Tipe II sebanyak 24 keluarga (40%). Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh faktor pendidikan. Keluarga di wilayah posyandu lansia Mekar Sari berdasarkan data demografi dari pendidikan terakhir sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir SMA 43% (26 orang). Menurut Basuki (2009), penyandang diabetes melitus perlu mendapatkan informasi minimal yang diberikan setelah diagnosis ditegakkan, mencakup pengetahuan dasar tentang diabetes, pemantauan mandiri, sebab-sebab tingginya kadar glukosa darah, obat, perencanaan makanan, perawatan, kegiatan jasmani, tanda-tanda hipoglikemi dan komplikasi. Faktor yang mempengaruhi adanya kategori sedang adalah pendidikan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yulia (2015) menunjukkan bahwa penderita yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah akan sulit

menerima dan mengerti pesan-pesan kesehatan yang disampaikan sehingga mempengaruhi kemampuan penderita dalam menyikapi suatu permasalahan yang dihadapi.

Pelaksanaan Manajemen Tipe II ini ditinjau dari kategori buruk memiliki 3 orang keluarga (5%). Adapula faktor yang mempengaruhi dalam menjalankan terapi DM Tipe II dengan buruk yang disebutkan oleh Yulia (2015) adalah lama menderita DM Tipe II. Pada penelitian ini lansia yang menderita diabetes melitus tipe 2 dengan lama menderita 1-3 tahun yaitu sebanyak 24 orang (40%). Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Gultom (2012) dimana mayoritas penderita DM Tipe 2 telah terdiagnosa selama adalah 4 tahun. Pendapat tersebut didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Rasyidah (2018) mengatakan bahwa penderita DM Tipe II dibawah 5 tahun menunjukkan pengontrolan gula darah yang jelek. Durasi penyakit yang semakin lama maka akan meningkatkan pelaksanaan manajemen gula darah. Peneliti berpendapat lama menderita DM Tipe II ini berpengaruh kepada manajemen terapi yang dilakukan. Penderita DM 1-3 tahun masih termasuk penderita awal yang masih menjalankan terapi yang kurang baik, karena belum dapat beradaptasi dengan mengkonsumsi obat serta melakukan diet dan olahraga, dan menganggap bahwa dirinya akan baik-baik saja apabila tidak mengkonsumsi obat atau menjalankan terapi lainnya. Pendapat tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh mengatakan bahwa penderita DM dengan lama menderita 1 tahun akan sering menghentikan pengobatan bila merasa sehat dan tidak ada keluhan, peneliti berpendapat penderita DM mayoritas kurang dapat menerima bahwa harus rutin mengkonsumsi obat-obatan. Lansia dengan menderita DM Tipe II yang lama

menderita masih 1-3 tahun mayoritas belum terbiasa untuk menjalankan segala macam terapi seperti pengobatan dan anjuran dari dokter. Pendapat tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Ulum, Kusnanto, & Widyawati (2013) mengatakan bahwa responden akan merasa jenuh karena harus mengkonsumsi obat sehingga responden cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang kurang baik. Responden merasa pengobatan yang dijalani akan tidak sesuai dengan tingkat kesembuhan. Pendapat lainnya yaitu dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri, Isfandiari (2013) bahwa penderita Diabetes Melitus Tipe II akan mengkonsumsi obat bila ingat saja, hal tersebut bisa dimungkinkan dengan berbagai faktor seperti responden kurang mendapat informasi tentang upaya pengendalian glukosa darah yang lengkap dari kepatuhan responden dalam melaksanakan anjuran yang diberikan dokter. Menurut peneliti, keluarga dengan kategori buruk ini yaitu keluarga yang jarang memberikan obat kepada lansia. Berdasarkan kepatuhan pengobatan yang dilakukan oleh keluarga dinyatakan dari pernyataan keluarga hanya memberikan obat jika ingat saja.

### **6.3 Hubungan Fungsi Keluarga Dengan Pelaksanaan Manajemen Terapi**

#### **Pada Lansia Dengan Diabetes Melitus Tipe II**

Hasil uji hipotesis menunjukkan bahwa nilai  $p=0,000$  berarti ada hubungan antara fungsi keluarga dan manajemen terapi DM Tipe II, hal tersebut didukung oleh Putri, Permana (2011) menunjukkan nilai signifikansi hubungan antara pendidikan dan pekerjaan dengan fungsi keluarga. Orang dengan berpendidikan tinggi akan mudah mendapat informasi dan orang dengan sosio-ekonomi yang tinggi maka akan memiliki keluarga yang fungsional karena dapat mengatasi masalah yang ada.

Fungsi keluarga menurut Friedman, Bowder, Elaine (2010) adalah ukuran dari bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga dan kualitas hubungan keluarga. Fungsi keluarga juga mempengaruhi kapasitas keluarga dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga. Fungsi keluarga meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan. Pada penelitian ini, hanya akan memperdalam membahas fungsi afektif dan fungsi perawatan kesehatan.

Fungsi yang pertama adalah fungsi afektif. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga, perlindungan psikososial, dan dukungan terhadap anggotanya (Friedman, Bowder, Elainer, 2010). Apabila kebutuhan fungsi afektif anggota keluarga tidak dipahami dan dibahas secara adekuat akibat tekanan dalam keluarga, gangguan kesehatan, dan tanda-tanda *distress* dari satu atau lebih anggota menjadi terlihat. Pendapat peneliti fungsi afektif sangat diperlukan untuk memotivasi lansia dengan Diabetes Melitus Tipe II untuk menjalankan terapinya. Motivasi yang diberikan keluarga sangat dibutuhkan lansia. Pendapat tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Suardana, Suardana, Rasdini, & Kumarjathi (2015) mengatakan bahwa perlu adanya dukungan sosial meliputi sikap, tindakan, dorongan/motivasi keluarga terhadap seseorang sehingga orang tersebut merasa ada yang memperhatikan, menghargai dan mencintai. Penelitian lain yang dilakukan oleh Wu (2007) mengatakan bahwa seseorang yang memiliki motivasi yang tinggi akan menunjukkan hasil yang positif dalam pengelolaan DM. Selain motivasi, fungsi afektif juga dapat dilihat dari segi sikap. Sikap tersebut bergantung kepada keluarga, apabila keluarga memiliki pengetahuan

yang cukup maka sikap kepada lansia yang menderita DM Tipe II juga akan baik dalam menjalankan pelaksanaan manajemen terapi DM Tipe II. Pendapat tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Muhibuddin, Sugiarto, dan Wujoso (2016) menyatakan bahwa tidak hanya pengetahuan saja yang perlu dimiliki keluarga, namun bagaimana mengaplikasikan dari pengetahuan yaitu sikap. Pada penelitiannya juga menyatakan bahwa sikap keluarga juga berpengaruh dalam terkendalinya kadar gula darah.

Fungsi yang kedua adalah fungsi perawatan kesehatan. Fungsi perawatan kesehatan adalah fungsi yang mengemban fokus sentral dalam keluarga yang berfungsi dengan baik dan sehat. Fungsi ini dibagi menjadi lima tugas dalam keluarga yang harus dilakukan yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, memberikan perawatan kesehatan, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Fungsi keluarga mempengaruhi kapasitas keluarga dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga (Friedman, Bowder, Elaine, 2010). Peneliti berpendapat fungsi keluarga diperlukan di dalam keluarga untuk memperbaiki kondisi anggota keluarga yang sedang sakit. Pada lansia dengan diabetes melitus membutuhkan peran keluarga untuk merawatnya. Penelitian yang dilakukan oleh Zulfitri, Agrina, & Herlina (2012) yang menyatakan fungsi perawatan kesehatan keluarga diartikan sebagai pemahaman keluarga tentang penyakit yang di derita oleh anggota keluarganya, jika keluarga mengenal dan paham dengan penyakitnya maka keluarga akan mengambil sikap dan tindakan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

Tugas yang pertama adalah mengenal masalah kesehatan. Peneliti berasumsi bahwa mengenal masalah kesehatan faktor utama untuk menyelesaikan

masalah, dengan mengenal maka akan mengerti cara dari mengatasi penyakit. Pendapat tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Ridwan, Barri, & Nizami (2018) mengatakan bahwa mengenal masalah akan membantu dalam mencapai kepatuhan menjalani diet Diabetes Melitus Tipe II. Tugas yang kedua adalah mengambil keputusan. Pendapat peneliti, apabila sudah mengenal masalah kesehatan maka akan lebih mudah mengambil keputusan. Keputusan tersebut bisa dalam bentuk melakukan sebuah tindakan atau memilih alternatif terapi. Selain itu, pengambilan keputusan juga dapat mempengaruhi kepatuhan dalam pengobatan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Safitri (2013) mengatakan pasien DM dianggap sebagai pengambil keputusan untuk menentukan patuh atau tidaknya dalam menjalani pengobatan, karena dalam menjalankan kepatuhan, dokter dan pasien harus sejalan.

Tugas yang ketiga adalah memberikan perawatan kesehatan. Pengambilan keputusan sudah dilakukan dengan baik, maka keluarga akan dengan mudah memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Rahayu & Utami (2018) mengatakan bahwa *care givers* mempunyai cara yang berbeda-beda dalam melakukan perawatan. Pendapat dari peneliti tersebut perawatan yang diberikan untuk mencapai dan mempertahankan kesehatan keluarga. Pendapat peneliti perawatan pada DM Tipe II dapat dilakukan dengan melaksanakan manajemen terapi DM Tipe II. Manajemen Terapi DM ada empat pilar, meliputi pengobatan, edukasi, diet, dan olahraga. Penelitian yang dilakukan oleh Utomo (2011) mengatakan bahwa pengobatan pada penderita DM Tipe II sangat penting, dan berhubungan dengan ketaatan/ kepatuhan. Mentaati anjuran pengobatan dari dokter sangat penting untuk dilakukan. Peneliti

berpendapat pengobatan untuk penderita DM Tipe II membutuhkan kepatuhan yang baik supaya manajemen terapi DM Tipe II juga berjalan dengan baik. Selain pengobatan, adanya edukasi juga sangat dibutuhkan. Edukasi yang dibutuhkan bagi Diabetes Melitus Tipe II biasanya meliputi penyebab, gejala klinis, cara mencegah dan mengatasi. Pendapat tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Utomo (2018) bahwa edukasi mempunyai hubungan yang signifikan dengan keberhasilan perawatan DM Tipe II, edukasi yang baik setidaknya meliputi etiologi, patofisiologi, gejala klinik, makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan DM Tipe II, tanda-tanda komplikasi, program pengobatan, *self-management*, dan perubahan gaya hidup. Pernyataan lain yaitu oleh penelitian yang dilakukan Rahayu, Kamaluddin, & Sumarwai (2014) mengatakan bahwa edukasi atau pendidikan merupakan salah satu pilar penting dalam pengelolaan Diabetes Melitus.

Peneliti berpendapat apabila edukasi sudah diterima, maka untuk melengkapi pelaksanaan manajemen terapi perlu adanya diet. Diet dapat berarti mengubah pola makan dari yang kurang sehat menjadi yang lebih baik. Pendapat tersebut sejalan dengan penelitian Utomo (2011) menyatakan bahwa pasien DM Tipe II melakukan perencanaan diet DM dengan komposisi seimbang (karbohidrat = 55-60%, protein 15-20%, dan lemak 20-30%) menunjukkan adanya perbaikan yang signifikan terhadap kadar glukosa darah. Menurut Perkeni (2015) diet yang dilakukan pada penderita Diabetes Melitus adalah diet 3J, yaitu (Jumlah, Jenis, Jadwal). Teori tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan Arifin & Damayanti (2015) mengatakan bahwa keluarga sebagian besar mendukung dalam

menjalankan diet, kepatuhan diet terhadap jenis makanan, jadwal makan dan jumlah makanan.

Pilar terakhir untuk melengkapi pelaksanaan manajemen terapi DM Tipe II adalah olahraga. Peneliti berpendapat dengan olahraga maka akan membuat semakin lebih sehat, dengan olahraga secara teratur maka memperbaiki sirkulasi darah dan tonus otot. Olahraga juga tidak harus olahraga yang berat, rutin melakukan jalan kaki setiap pagi juga dinamakan olahraga. Menurut Damayanti (2015) manfaat olahraga atau latihan fisik adalah menurunkan kadar gula oleh otot dan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin, mengubah kadar lemak darah. Jenis latihan fisik yaitu, jalan cepat, sepeda santai, berenang, dan *jogging*. Teori tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan Utomo (2018) menyatakan bahwa olahraga teratur dapat mengatur adanya kontraksi otot yang memiliki sifat seperti insulin. Olahraga pada DM Tipe II dapat mengurangi kelebihan dan memperbaiki profil lipid, sehingga berkembangnya komplikasi vaskuler dapat dihambat. Pendapat peneliti keluarga dapat mengajak lansia untuk melakukan latihan fisik, selain mengajak keluarga juga dapat mengingatkan untuk berolahraga. Keluarga juga dapat memberitahukan kepada lansia bahwa pentingnya olahraga. Penelitian yang dilakukan oleh Firdausi, Sriyono, Asmoro (2015) mengatakan bahwa semakin baik dan kuat keluarga memberikan motivasi maka semakin patuh dalam melakukan latihan fisik.

Tugas pada keluarga yang terakhir adalah memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan (Friedman, Bowder, Elaine, 2010).

Kemampuan keluarga dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan meliputi, keluarga mengetahui adanya fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh, percaya terhadap petugas kesehatan atau lembaga kesehatan, memiliki pengalaman baik atau buruk tentang fasilitas kesehatan dan petugas kesehatan, mampu menjangkau fasilitas kesehatan (Suprajitno, 2004). Pendapat peneliti pemanfaatan pelayanan kesehatan ini bergantung pada sikap keluarga. Apabila keluarga sering membawa lansia ke pelayanan kesehatan maka lansia akan terkontrol. Penelitian yang dilakukan oleh Singal, Kandou, & Rumayar (2018) mengatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan pemanfaatan puskesmas, sikap positif yang ditunjukkan karena mereka terbiasa untuk memeriksakan kesehatan ke puskesmas sehingga kesehatan mereka terpantau oleh petugas kesehatan.

Penelitian ini tidak lepas dari beberapa keterbatasan yang dimiliki. Keterbatasan yang dialami oleh peneliti yaitu data alamat yang diterima dari kader susah untuk dicari. Selain itu, ketika peneliti berkunjung ke satu alamat, tidak jarang responden tidak ada dirumah, maka peneliti harus mengulang berkunjung kembali kerumah responden tersebut, hal itu membuat waktu menjadi tidak efektif. Tenaga juga menjadi salah satu faktor keterbatasan dalam penelitian ini karena harus *door to door* ke semua responden.