

# PELAYANAN *HOME CARE* TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2

Lia Meilianingsih, Ridwan Setiawan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung, Jurusan Keperawatan Bandung

E-mail: Latifa\_dinarku55@yahoo.co.id iwan\_najwa@yahoo.co.id

## ABSTRAK

**Tujuan penelitian:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelayanan *home care* terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes melitus (DM) tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki, Bandung. **Metode:** Desain penelitian menggunakan *quasi experiment* dengan pendekatan *pre- post-test control group design*. Sampel berjumlah 27 orang untuk kelompok perlakuan dan 27 orang untuk kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling*. Intervensi pelayanan *home care* dilakukan enam kali kunjungan. Kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan DM tipe 2 sebelum dan sesudah diberikan pelayanan *home care* dilakukan dengan uji statistik *T test independent* dan *dependent*. Instrumen untuk menilai kemandirian keluarga dengan kuesioner tentang kemandirian keluarga dari Kementerian Kesehatan. **Hasil:** Terdapat perbedaan yang bermakna pada tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan DM tipe 2 sebelum dan setelah dilakukan pelayanan *home care* pada kelompok perlakuan ( $p=0,00$ ), selanjutnya terdapat perbedaan yang bermakna juga antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan ( $p=0,00$ ). **Diskusi:** Untuk mencapai hasil yang maksimal perlu peningkatan pelayanan keperawatan keluarga dalam bentuk *Home Care* secara berkesinambungan sehingga kemandirian keluarga dalam mengenal dan mengatasi masalah kesehatan di keluarganya semakin meningkat. **Simpulan:** pelayanan *home care* dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan DM tipe 2.

**Kata Kunci:** diabetes melitus tipe 2, *home care*, kemandirian keluarga

## ABSTRACT

**Objectives:** This study aimed to identify the effect of home care services on the levels of independence of family in taking care of family members with type 2 diabetes mellitus (DM) at Pasirkaliki Public Health Centre, Bandung. **Method:** This study was quasi-experimental with pre-post-test approach control group design. Samples were divided into treatment group and control group, each of which consisted of 27 people. They were taken using purposive sampling. Home care services intervention involved six visits. The independence of the family in taking care of family members with type 2 DM before and after home care services was analyzed using independent and dependent t test. **Result:** There were significant differences in the levels of independence of the family in taking care of family members with type 2 DM before and after the home care services in the treatment group ( $p=0.00$ ). There were also significant differences between the control group and the treatment group ( $p 0.00$ ). **Discussion:** In order to achieve maximum results, it was necessary to improve family nursing services in the form of Home Care on an ongoing basis so that the independence of the family in identifying and addressing family health issues would increase. **Conclusion:** Home care services could improve the independence of the family in taking care of family members with type 2 DM.

**Keywords:** type 2 diabetes mellitus, home care, independence of family.

## LATAR BELAKANG

Diabetes Melitus (DM) tipe 2 merupakan tipe DM yang paling banyak terjadi di masyarakat, yaitu lebih dari 90 persen dari kejadian DM secara keseluruhan (Soegondo, 2009). DM tipe 2 sebelumnya disebut juga dengan *non-insulin dependent diabetes melitus* (NIDDM) atau diabetes melitus tidak tergantung insulin (DMTTI), ditandai dengan resistensi insulin, gangguan sekresi insulin, dan produksi glukosa meningkat. Jumlah penderita DM tipe 2 cenderung meningkat di berbagai penjuru dunia. Peningkatan ini terkait dengan pembangunan ekonomi, penuaan populasi, perubahan pola makan, aktivitas berkurang, dan perubahan gaya hidup (Franz, 2008).

Prevalensi DM di dunia meningkat selama dua dekade terakhir ini. Tahun 1985 ada sekitar 30 juta kasus kemudian meningkat menjadi 177 juta kasus pada tahun 2000, dan diperkirakan lebih dari 366 juta kasus pada tahun 2030 (Holt, 2010). *World Health Organization* (WHO) memprediksi terjadinya kenaikan jumlah pasien DM di Indonesia, yaitu dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi 21,3 juta pada tahun 2030 (Perkeni, 2011). Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 menunjukkan prevalensi penyakit DM di Provinsi Jawa Barat sebesar 1,3 persen. Data dari Dinas Kesehatan Kota Bandung, DM masuk dalam sepuluh besar penyakit penyebab kematian dan berada dalam urutan kelima terbesar (Profil Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2009). Penderita DM Tipe 2 yang berobat jalan ke Puskesmas Pasirkaliki dari bulan Januari sampai dengan Desember 2010 yaitu sebanyak 568 orang.

DM yang tidak terkontrol kadar gulanya akan menyebabkan berbagai komplikasi pada organ tubuh, sehingga dapat menyebabkan retinopati, infark miokardium, hipertensi, stroke, neuropati yang dapat menurunkan kualitas hidup bahkan mengancam jiwa penderitanya. Penyakit

DM merupakan penyakit kronis dan penyakit seumur hidup sehingga perlu pengelolaan yang baik dan benar dalam pengendalian kadar gula darah secara terus menerus. DM tipe 2 bisa dikendalikan melalui lima pilar utama pengelolaan DM, yang meliputi pendidikan kesehatan, perencanaan makan, latihan fisik yang teratur, pengobatan dan pemantauan, serta pencegahan komplikasi (Sutedjo, 2010).

Penyandang DM mempunyai resiko lima kali lebih mudah menderita ulkus/gangren dari pada pasien non-DM (Waspadji, 2009). Studi epidemiologi melaporkan lebih dari satu juta amputasi dilakukan pada penyandang DM setiap tahunnya. Ini berarti setiap 30 detik ada kasus amputasi kaki karena DM di seluruh dunia. Para ahli diabetes memperkirakan setengah sampai seperempat kejadian amputasi dapat dihindari dengan perawatan kaki yang baik (Apriani, dkk, 2009).

Penyakit yang sifatnya kronis seperti diabetes memerlukan kepatuhan dalam pengobatan dan membutuhkan perawatan mandiri serta *self monitoring* (HRSA, 2006). Hasil penelitian Norris, dkk. pada tahun 2001 menunjukkan bahwa 50 persen hingga 80 persen penderita diabetes memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang kurang dalam mengelola penyakitnya. Penelitian yang dilakukan oleh Kustiyah, dkk. (2010) juga menunjukkan bahwa penderita DM tipe 2 yang memiliki *self care* rendah, kadar glukosa darahnya tidak terkontrol dengan baik. Hasil *systematic review* yang dilakukan oleh Jack (2003) menjelaskan bahwa *Diabetes Self Management Education* efektif dilakukan di klinik untuk mencapai tujuan jangka pendek. Namun, cara mengatasi DM tipe 2 pada pasien yang tinggal di keluarga yang lebih mengutamakan kemampuan pasien secara individu dalam penatalaksanaannya tidak dapat berhasil secara optimal.

Keberhasilan pengelolaan DM tidak akan tercapai tanpa adanya keterlibatan pasien dan keluarga dalam menjalankan program penatalaksanaannya. Pada umumnya penderita diabetes di Indonesia tinggal bersama keluarganya. Keluarga adalah pelaku rawat (*care giver*) yang tepat. Keluarga memiliki peran besar dalam memberikan arahan hidup sehat bagi anggota keluarganya (Soegondo, 2009). Peran keluarga dapat dilakukan melalui pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga. Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah cara-cara tertentu yang dimiliki keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga dengan menjalankan tugas kesehatan keluarga yaitu: keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga, mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan, memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan situasi rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan (Friedman, 2002).

Melalui pelayanan keperawatan di rumah (*home care*) perawat dapat meningkatkan kemampuan keluarga untuk menjalankan tugas kesehatan keluarga sehingga pada akhirnya keluarga dapat mandiri dalam merawat anggota keluarganya yang sakit. Hasil penelitian Susilaningih (2008) menunjukkan pelaksanaan *home care program* dapat menghemat biaya karena menurunnya penggunaan sumber daya rumah sakit.

*Home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu, keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan, atau memaksimalkan kemandirian, dan meminimalkan kecacatan akibat penyakit (Depkes RI, 2002). Hasil penelitian Parellangi

(2012) menunjukkan bahwa pelayanan *home care* dapat meningkatkan kemandirian pada keluarga dalam merawat pasien pasca-stroke. Dalam penerapan proses keperawatan di rumah terjadi proses alih peran dari perawat kepada keluarga secara bertahap dan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian keluarga.

Berdasarkan fenomena atau kondisi tersebut peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pelayanan *Home care* Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Diabetes Melitus Tipe 2” di Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki, Bandung.

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Quasy Experimental, pretest-post-test control group design*. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Pasirkaliki, Kota Bandung dari bulan Mei sampai dengan Oktober 2014. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga dengan anggota keluarga penderita DM tipe 2 yang berkunjung dan tercatat dalam Laporan LB1 UPT Puskesmas Pasir Kaliki, Bandung pada bulan April 2014 berjumlah 73 orang. Besar sampel 27 orang. Jumlah kelompok kontrol atau pembanding menggunakan perbandingan 1 : 1 dengan kelompok perlakuan, sehingga minimal sampel yang diperlukan adalah sebesar 54 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi lebih dari jumlah minimal yang dibutuhkan, maka dilakukan pengacakan dengan memakai teknik *simple random sampling* (pengundian) dalam menentukan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Adapun langkah-langkah dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut. Pada kelompok perlakuan diberikan pelayanan *home care* menggunakan pendekatan proses keperawatan selama

enam kali pertemuan (dalam satu minggu dilakukan satu kali pertemuan).

Data penelitian dianalisis melewati tahap univariat dan bivariat. Analisis univariat untuk mengetahui gambaran karakteristik responden, kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan DM tipe 2 sebelum dan sesudah tindakan baik pada kelompok perlakuan, atau pada kelompok kontrol. Analisis bivariat diawali dengan melakukan tes normalitas dengan menggunakan Shapiro-Wilk karena jumlah responden pada masing-masing kelompok kurang dari 50 responden dan hasil uji tersebut menunjukkan data berdistribusi normal dengan masing-masing nilai koefisien tingkat kemandirian sebelum maupun sesudah perlakuan  $>\alpha$  (0,05). Berkaitan dengan jenis data yang berbentuk numerik dengan skala rasio, maka untuk melihat perbedaan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan DM tipe 2 sebelum dan sesudah intervensi dilakukan uji bivariat dengan uji statistik *t test dependent*, kemudian untuk mengidentifikasi perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi dilakukan *uji t test independent*.

## HASIL

Berdasarkan Tabel 1 didapatkan gambaran jenis kelamin responden pada kelompok perlakuan setengahnya (55,60 persen) adalah perempuan, pendidikan responden hampir setengahnya berpendidikan SMP, status pernikahan mayoritas sudah menikah. Hubungan

keluarga yang menjadi responden sebagian besar adalah sebagai suami atau istri. Berdasarkan Tabel 2 dapat terlihat gambaran klien pada kedua kelompok sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Pendidikan klien sebagian besar adalah SD. Status pernikahan mayoritas klien sudah menikah. Tabel 3 menggambarkan tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan DM tipe 2. Pada kelompok perlakuan sebelum diberikan pelayanan *home care* sebagian besar (77,80 persen) pada tingkat kemandirian I.

Berdasarkan Tabel 4 tergambar bahwa tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan DM tipe 2 pada kelompok kontrol pada pengukuran awal dan pengukuran akhir sebagian besar tetap pada tingkat kemandirian I. Berdasarkan Tabel 5, terdapat perbedaan bermakna skor kemandirian keluarga sebelum dan setelah diberikan pelayanan *home care* pada kelompok perlakuan sedangkan berdasarkan Tabel 6, tidak terdapat perbedaan bermakna skor rata-rata kemandirian keluarga pada awal pengukuran dan akhir pengukuran pada kelompok kontrol. Tabel 7 menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna skor rata-rata kemandirian keluarga pada awal pengukuran dan akhir pengukuran pada kelompok kontrol. Berdasarkan Tabel 8, terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah intervensi berupa pelayanan *home care*.