

## Applying Of Five Family Duties at Patient Family Diabetes Millitus In Pliken Kembaran II Banyumas

### Penerapan Lima Tugas Keluarga Pada Keluarga Penderita Diabetes Millitus (DM) Di Desa Pliken Kembaran II Kabupaten Banyumas

Ani Kuswati  
Wahyudi  
Ratifah

Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang  
Jl. Adipati Mercy Purwokerto  
E-mail: anikuswati80@yahoo.co.id

#### Abstract

This study aimed to analyze application of five family duties in health area in taking care of member of family suffering Diabetus Mellitus. This was a qualitative research with fenomenologis approach, with data collecting method indepth interview. Participant of this study were selected to have certain criterion that is one of member family is suffering Diabetes mellitus. Result of this research indicated that family to recognize Diabetes mellitus after contact with health facility. Decision taken by family is strive health or brings to health service, the treatment is give nutrition and takes medicine regularly. Workdload of family and knowledge in accomplishment of economic requirement influences psychological of patient especially and arrangement of area which kondusif.

**Key Word:** Five Family Duties, Diabetes Mellitus.

#### Pendahuluan

Diabetes Mellitus (DM) adalah suatu penyakit kronis yang progresif yang mengenai 6% populasi dewasa di Amerika Serikat dan merupakan suatu penyebab sakitan dan kematian yang signifikan dan mengenai 200 juta orang di seluruh dunia (Whittemore, 2000). Di Indonesia, dilaporkan oleh Tjokroprawiro (2000) pada tahun 1994 jumlah penderita DM minimal 2.5 juta, tahun 2000 menjadi 4 juta dan tahun 2010 minimal 5 juta.

Pemahaman masyarakat mengenai penyakit DM yang hanya disebabkan oleh turunan kurang tepat, karena masih ada berbagai factor yang menyebabkan penyakit tersebut diteliti ditekan angka kejadiannya. Untuk

itu peneliti ingin mengetahui penerapan lima tugas keluarga dengan keluarga penderita DM.

Di bidang kesehatan keluarga mempunyai tugas yang meliputi mengenal masalah kesehatan, mengambil tindakan/keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang sehat dan memanfaatkan fasilitas kesehatan (Nasrul, 1987). Oleh karena itu keterlibatan keluarga sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan pengobatan dan kesuksesan pengelolaan diabetes mellitus.

Partisipasi dari penderita, keluarga serta petugas kesehatan sangat berperan dalam pengobatan maupun perawatan pada penyakit DM. Partisipasi harus senantiasa ditumbuhkan dan dilakukan oleh kader

kesehatannya. Partisipasi merupakan suatu bentuk keterlibatan individu dalam suatu kegiatan tertentu dan diyakini dapat meningkatkan pengetahuannya (Ramirez, 2005).

## 2. Metode

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita DM di wilayah kerja Puskesmas Kembaran II Desa Pliken Kabupaten Banyumas. Teknik sampling menggunakan *Non Probability Sampling* yaitu *Purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan tujuan penelitian sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003). Jumlah sample sebanyak 3 responden. Penelitian ini dilakukan dalam waktu 3 bulan yaitu September - Nopember 2010. Metode yang dilakukan dalam pengumpulan data adalah wawancara yang mendalam (*indepth interview*).

## 3. Hasil Dan Pembahasan

Responden yang menjadi subyek dalam penelitian ini berjumlah 3 keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita penyakit Diabetes Mellitus. Dari hasil wawancara mengenai pengetahuan keluarga tentang pengertian penyakit DM, 3 partisipan (100 %) mengungkapkan mengerti tentang penyakit gula atau manis.

### *Mengenal masalah DM*

Pada dasarnya menurut pengetahuan responden tentang DM hampir sama. Mereka dapat mengungkapkan baik pengertian, tanda dan gejala serta cara penularan berdasarkan pengalaman mereka. Berdasarkan hasil wawancara tentang tanda dan gejala DM, 2 partisipan (66,6%) mengungkapkan sering kencing, sering minum, rasanya haus, 1 partisipan (33,3%)

mengatakan penglihatannya kabur, kalau ada luka lama sembuhnya.

Secara sederhana menurut pengetahuan para responden hal itu memang benar. Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap obyek tertentu. (Notoatmojo, 2003). Hal ini sesuai dengan apa yang ada dalam teori menurut Engram, 1998 yang menyebutkan bahwa Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolik kronis yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol yang dikarakterisasikan dengan hiperglikemia karena definisi insulin atau ketidakadekuatan penggunaan insulin.

Sedangkan cara penularan penyakit gula, 2 partisipan (66,6%) mengatakan tidak menular tetapi dapat diturunkan, 1 partisipan (33,3%) mengatakan penyakit gula diturunkan. Penyakit DM tidak menular namun dapat menurun. Pernyataan ini didasarkan pada pengalaman mereka bahwa penyakit DM dapat diturunkan. Hal ini sesuai dengan teori yang ada bahwa pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain (Notoadmojo, 2003). Herediter yaitu faktor keturunan mungkin lebih berperan penting pada penderita di bawah umur 40 tahun, baik bagi penderita muda maupun tua.

### *Keputusan yang diambil setelah anggota keluarga menderita menderita DM*

Mengenai Keputusan yang diambil setelah anggota keluarga menderita DM, 3 partisipan (100%) mengatakan berobat ke layanan kesehatan, seperti Puskesmas, Dokter Praktik, bidan ataupun mantri. Dari hasil penelitian diketahui bahwa keputusan yang diambil pada hakekatnya sama yaitu mengupayakan pengobatan. Penderita yang dijadikan sampel penelitian ini dua diantaranya adalah kepala keluarga yang bertanggungjawab mencari nafkah dalam keluarga. Sedangkan yang satu adalah sebagai ibu rumah tangga namun ikut bertanggung jawab memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga. Dengan adanya sakit

maka kehidupan keluarga terganggu sehingga keluarga berupaya untuk mencari pengobatan agar penderita dapat segera sehat kembali dan dapat melaksanakan fungsinya.

Masalah kesehatan anggota keluarga saling berkaitan apabila ada anggota keluarga yang sakit akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Dalam perawatan anggotanya yang sakit keluarga tetap merupakan pengambil keputusan dalam perawatan anggota keluarganya yang sakit (Effendy, 1987). Tahap pengambilan keputusan pada keluarga tidak beda jauh dengan apa yang telah diungkapkan Suchman tentang tahap-tahap pengambilan keputusan tersebut. Pertama, keluarga mengenal gejala penyakit yaitu sering kencing, banyak makan dan minum serta bila ada luka sembuhnya lama. Kedua, keluarga menerima peran sakit yaitu sering lemas, kesemutan pada area kaki. Ketiga setelah menerima peran sakit, maka keluarga kontak dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pengobatan. Keempat, keluarga mulai tergantung dengan fasilitas kesehatan setelah mengetahui bahwa anggota keluarga menderita DM dan memerlukan pengobatan rutin. Tahap kelima keluarga mencoba menanamkan pola diet yang seimbang, serta olah raga yang teratur.

#### *Merawat anggota keluarga yang menderita DM*

Asuhan keperawatan pada pasien yang menderita DM hendaknya dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan. Dari hasil wawancara tentang perawatan DM maka dikategorikan tentang : Makanan yang diberikan kepada penderita DM, 3 partisipan (100 %) mengungkapkan setiap hari menyediakan nasi, sayur, tahu/tempe, porsi seperti biasa tidak dikurangi porsinya. Dan upaya pencegahan terjadinya komplikasi, 1 partisipan (33,3 %) melakukan kontrol bila badan rasanya nggrees atau tidak nyaman, 2 partisipan (66,6%) kontrol rutin ke tenaga kesehatan, Sedangkan peran serta keluarga

dalam pengobatan 3 partisipan (100%) mengungkapkan membantu menyiapkan obat, makanan yang sesuai dengan petunjuk dokter. Pada hakekatnya merawat merupakan perilaku keluarga. Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita DM dipengaruhi oleh pengetahuan mereka tentang DM serta kemampuan sosial ekonomi mereka. Dengan adanya salah satu anggota keluarga yang sakit dan dirawat di rumah sakit akan muncul bermacam - macam reaksi psikologis dari keluarga, karena masalah kesehatan yang dialami oleh seorang anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga. Waktu perawatan yang lama dan biaya yang banyak akan mempengaruhi keadaan ekonomi keluarga dan perubahan peran pada keluarga karena salah satu anggota keluarga tidak dapat menjalankan perannya. Green (1980) mengungkapkan pengetahuan merupakan faktor mempermudah terjadinya perilaku, sedangkan sumberdaya merupakan salah satu faktor pendukung terjadinya perilaku.

Berdasarkan pengetahuan keluarga supaya cepat sembuh dari sakit memerlukan diet yang baik, sehingga keluarga menyajikan makanan sesuai dengan diet untuk penderita DM. Namun ada juga keluarga yang kurang memperhatikan masalah nutrisi anggota keluarganya yang menderita DM. Hal ini dikarenakan ekonomi dan kesibukan keluarga yang kurang mendukung sehingga cenderung menyajikan makanan kepada anggota keluarga sesuai dengan keadaan keuangan/ atau apa adanya.

Di samping itu ada juga anggapan keluarga bahwa pengobatan, olah raga rutin dan diet yang teratur dapat menurunkan risiko dari penyakit kencing manis. Hal ini sesuai dengan teori menurut Soegondono (2004), bahwa faktor risiko utama yang

mempengaruhi terjadinya DM adalah akibat pola makan yang tidak sehat, dimana mereka cenderung secara terus menerus mengonsumsi karbohidrat dan makanan sumber glukosa secara berlebihan, ditambah lagi akibat kurang aktivitas fisik. Oleh karena itu keluarga yang mempunyai anggota keluarga penderita DM berusaha untuk menjalankan pola hidup sehat sesuai dengan pengetahuan yang mereka dapatkan baik dari media cetak, televisi ataupun tenaga kesehatan.

#### *Upaya meningkatkan lingkungan yang sehat*

Kesehatan lingkungan pada hakekatnya adalah suatu kondisi lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal pula. Wawancara terhadap upaya meningkatkan lingkungan yang sehat, diperoleh data 2 partisipan (66,6%) mengemukakan bila pagi jalan-jalan, harus menjaga kebersihan dan apabila terkena luka cepat-cepat diobati. 1 partisipan (33,3%) mengatakan sibuk, sehingga masih susah menerapkan lingkungan yang sehat. Beberapa upaya yang dilakukan keluarga dalam meningkatkan lingkungan sehat yaitu dengan meminimalkan lantai supaya tidak licin, kebersihan lingkungan tetap terjaga, personal hygiene dari penderita DM serta menghindarkan klien dari benda - benda yang dapat menimbulkan luka. Pengondisian tersebut diharapkan dapat meminimalisir terjadinya kecelakaan kecil yang dapat menimbulkan luka pada penderita DM yang berakibat terjadinya infeksi.

Secara psikologis keluarga meningkatkan lingkungan yang sehat dengan menjaga hubungan baik dengan penderita serta memberikan dukungan moral kepada penderita. Keintiman merupakan hal penting dalam hubungan manusia, karena keintiman dapat memenuhi kebutuhan psikologis terhadap keakraban emosional dengan orang lain dan memungkinkan individu dalam hubungan tersebut untuk mengetahui seluruh

keunikan satu sama lain (Friedman, 1998). Biasanya penderita DM karena lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain - lain, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif / adaptif.

#### *Pemanfaatan fasilitas kesehatan*

Menurut Notoatmojo (2003), persepsi keluarga terhadap sehat sakit erat hubungannya dengan perilaku mencari pengobatan. Data hasil wawancara terhadap pemanfaatan fasilitas kesehatan, 3 partisipan (100 %) menggunakan Dokter, Bidan, Puskesmas dan Mantri.

Sejak awal keluarga sudah mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan dari tenaga kesehatan yang ada di desa, bidan, puskesmas, dokter praktik maupun rumah sakit. Ketika ada anggota keluarga yang sakit biasanya mereka langsung membawa ke dokter praktik ataupun tenaga kesehatan terdekat. Namun karena pengobatan penyakit DM memerlukan waktu yang lama dan kedisiplinan serta biaya yang tidak sedikit maka keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan seperti Puskesmas ataupun rumah sakit dengan menggunakan kartu ASKIN.

Penyakit DM cenderung terjadi hiperglikemi dan dapat menimbulkan beberapa komplikasi beberapa organ seperti ginjal, mata, pembuluh darah, saraf serta gangren (Karyadi, 2002). Oleh karena itu keluarga melakukan kontrol kesehatan terhadap anggota keluarga yang menderita DM ke fasilitas kesehatan terdekat dan terjangkau dengan alasan waktu lebih efisien serta sesuai dengan keadaan ekonomi keluarga. Di samping itu keluarga juga beralasan agar penyakit yang diderita keluarganya tidak sampai mengalami komplikasi.

#### 4. Simpulan dan Saran

##### Simpulan

Lingkungan yang kondusif sangat diperlukan oleh pasien DM, termasuk dukungan psikologis dari semua komponen keluarga. Namun disini ada keluarga yang tidak begitu memperhatikan psikologis dari penderita DM. Hal ini dikarenakan kesibukan dan pengetahuan yang dimiliki dari keluarga.

##### Saran

Keluarga perlu diberikan informasi yang lengkap mengenai DM, terutama untuk diet serta kedisiplinan dalam pengobatan. Lebih ditingkatkan lagi keterlibatan keluarga dalam proses perawatan DM. Perlu peningkatan pengetahuan dari pihak keluarga tentang perawatan DM agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut.

#### 5. Ucapan Terimakasih

Ucapan banyak terimakasih disampaikan atas kesempatan yang diberikan untuk mendapatkan Dana Risbinakes DIPA Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang, sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.

#### 6. Daftar Pustaka

- Tjokroprawiro, A. 2000. *Hidup sehat dan bahagia bersama diabetes* (cetakan ketiga). Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Whittemore, R. 2000. *Strategies to facilitate lifestyle change associated with diabetes mellitus*. Journal of Nursing Scholarship, 32(3), 225-232.
- Ramirez, R. 2005. *Participatory Learning and Communication Approaches for Managing Prularism*. London : Earthscan.
- Dorothy. 1999. *Dasar - Dasar Riset Keperawatan*. Alih bahasa Yasmin Asih. Jakarta : EGC.

- Effendy, N. 1987. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Notoatmojo, S. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Green, L.W. and Kreuter, M.W. 2000. *Health Promotion Planning : An Educational and Enviromental Approach. Second Edition*. London : Mayfield Publishing Company.
- Waspadji, Suyono, Soegondo, S. 2004. *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Friedman, M.M. 1998. *Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktek*. Edisi II. Alih bahasa Ina Debora & Yaakim Asy. Jakarta : EGC.
- Notoatmojo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Karyadi, Elvina. 2002. *Kiat Mengatasi Penyakit*. Jakarta : PT Intisari Mediatama.