

TESIS

PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENGGUNAKAN INTERVENSI
PEMBERDAYAAN KELUARGA (*FAMILY EMPOWERMENT*) PADA
KELUARGA DENGAN DIABETES MILITUS TIPE-2 DI KELURAHAN
MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG



Oleh :

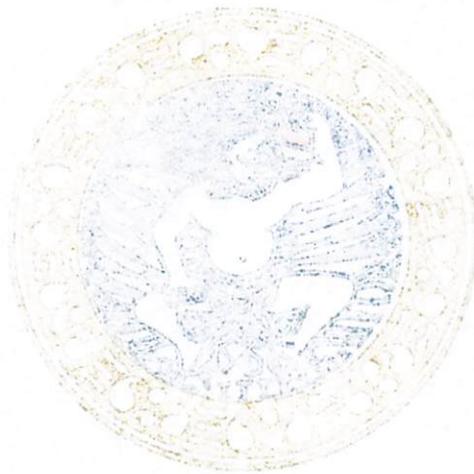
IWAN ARDIAN
NIM. 131141056

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2013

TESIS

PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENGGUNAKAN INTERVENSI
PEMBERDAYAAN KELUARGA (FAMILY EMPOWERMENT) PADA
KELUARGA DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI KELURAHAN
MUKTIHARJO KUDUS SEMARANG



Gleb

IWAN ARDIAN
NIM. 13121003

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2013

TESIS

**PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENGGUNAKAN INTERVENSI
PEMBERDAYAAN KELUARGA (*FAMILY EMPOWERMENT*) PADA
KELUARGA DENGAN DIABETES MILITUS TIPE-2 DI KELURAHAN
MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

**IWAN ARDIAN
NIM. 131141056**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

1987

PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENDUKUNG KEMERDEKAAN
KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY MANAGEMENT) PADA
KEMERDEKAAN DIRI (SELF-HELP) PADA KEMERDEKAAN
KEMERDEKAAN DIRI (SELF-HELP) PADA KEMERDEKAAN
KEMERDEKAAN DIRI (SELF-HELP) PADA KEMERDEKAAN

Disusun oleh:
Iwan Ardian
Jurusan Psikologi
Fakultas Psikologi
Universitas Airlangga

: ii

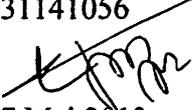
Surabaya, 1987
Sudjana, 1987

KATA PENGANTAR
MELAKUKAKAN BAKTI SOSIAL MENDUKUNG KEMERDEKAAN
KEMERDEKAAN DIRI (SELF-HELP) PADA KEMERDEKAAN
KEMERDEKAAN DIRI (SELF-HELP) PADA KEMERDEKAAN

iii

PERNYATAAN ORISIONALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Nama : Iwan Ardian
NIM : 131141056
Tanda Tangan : 
Tanggal : 27 Mei 2013

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENGGUNAKAN INTERVENSI
PEMBERDAYAAN KELUARGA (*FAMILY EMPOWERMENT*) PADA
KELUARGA DENGAN DIABETES MILITUS TIPE-2 DI KELURAHAN
MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG**

**Iwan Ardian
NIM : 131141056**

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 27 Mei 2013**

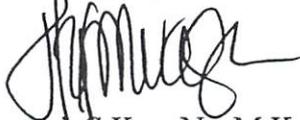
Oleh :

Pembimbing I



Dr.Ah. Yusuf, S.Kp.,M.Kes
NIP. 196701012000031002

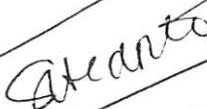
Pembimbing II



Rizki Fitryasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198002222006042001



Mengetahui,
Ketua Program Studi



Prof.Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP. 194708121974121001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : IWAN ARDIAN
NIM : 131141056
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Peningkatan Koping Keluarga Menggunakan Intervensi Pemberdayaan
Keluarga (*Family Empowerment*) Pada Keluarga dengan Diabetes
Militus Tipe-2

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 18 Juni 2013

Panitia penguji,

- | | | |
|----------------|--------------------------------------|---------|
| 1. Ketua | : Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes | (.....) |
| 2. Penguji I | : Dr.Ah. Yusuf, S.Kp.,M.Kes | (.....) |
| 3. Penguji II | : Rizki Fitriyasari,S.Kep.,Ns.,M.Kep | (.....) |
| 4. Penguji III | : Sriyono, S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB | (.....) |
| 5. Penguji IV | : Atika, S.Si.,M.Kes | (.....) |



Mengetahui,
Ketua Program Studi

Prof.Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP. 194708121974121001

KATA PENGANTAR

Segala puji kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya kepada kami sehingga dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Peningkatan coping keluarga menggunakan intervensi pemberdayaan keluarga (family empowerment) pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Penyusunan laporan tesis ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan merupakan rangkaian dalam pelaksanaan kegiatan pembelajaran secara keseluruhan. Pada kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt selaku Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Magister Keperawatan.
2. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan arahan, kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
3. Prof.,Dr.,Suharto.,dr.,MSc., MpdK.,DTM&H., Sp.PD.,K-PTI.,FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.

4. Dr.Ah Yusuf, S.Kp. M.Kes, selaku Pembimbing I penyusunan laporan tesis yang telah memberikan bimbingan, arahan sehingga laporan tesis ini dapat kami selesaikan.
5. Ibu Rizki Fitryasari P.K. S.Kep.Ns.,M.Kep, selaku Pembimbing II penyusunan laporan tesis yang telah memberikan bimbingan, arahan sehingga laporan tesis ini dapat kami selesaikan.
6. Lurah Muktiharjo Kidul, yang telah memberikan ijin penelitian ini dan kepada seluruh responden yang telah bersedia mengikuti penelitian ini sehingga dapat berjalan dengan lancar
7. Seluruh Pengajar Program Studi Magister Keperawatan, yang telah memberikan, mengajarkan ilmu pengetahuan dan nilai-nilai hidup melalui kegiatan perkuliahan dan praktika di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini dan semoga penelitian ini berguna bagi semua pihak, terutama bagi penderita diabetes militus tipe-2 dan keluarga sehingga penderita dapat hidup lebih sehat dan keluarga dapat lebih berdaya dan mandiri dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes militus tipe-2.

Surabaya, Juni 2013

Iwan Ardian

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Iwan Ardian
NIM : 131141056
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : “ Peningkatan coping keluarga menggunakan intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2 di Kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang.” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Surabaya
Pada tanggal 27 Mei 2013
Yang menyatakan


Iwan Ardian

RINGKASAN

**PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENGGUNAKAN INTERVENSI
PEMBERDAYAAN KELUARGA (*FAMILY EMPOWERMENT*) PADA
KELUARGA DENGAN DIABETES MILITUS TIPE-2 DI KELURAHAN
MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG**

Prevalensi dan angka insidens diabetes militus tipe-2 di dunia menunjukkan kecenderungan terjadi peningkatan, baik yang terjadi di dunia maju maupun negara-negara yang sedang berkembang. Di Indonesia terdapat 12,5 juta penduduk mengalami diabetes militus dan diperkirakan angkanya meningkat menjadi 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Diabetes Militus merupakan penyebab kematian keenam setelah stroke, TBC, hipertensi dan perinatal, dengan proporsi sekitar 5,7%. Jawa Tengah tahun 2011 penyakit Diabetes Millitus masuk dalam golongan penyakit tidak menular yang mengalami peningkatan kasus, dari total 1.409.857 kasus penyakit tidak menular sebesar 239.676 kasus (17%) adalah kasus diabetes militus. Di Puskesmas Tlogosari Kulon dari sepuluh besar penyakit yang ada pada tahun 2011 penyakit diabetes militus menduduki urutan keempat setelah penyakit ISPA, Faringitis dan Hipertensi sebesar 2760 pasien (10,23 %) dari total pasien yang berobat. Pasien yang berasal dari Kelurahan Muktiharjo Kidul berdasarkan laporan dari Puskesmas Pembantu di Kelurahan Muktiharjo Kidul pada tahun 2011 terdapat 123 pasien yang berobat dengan mengalami diabetes militus. Keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis diabetes militus tipe-2 akan merasakan masalah yang berlangsung terus menerus, dikarenakan penyakit ini diderita oleh anggota keluarga sepanjang tahun, memaksa keluarga beradaptasi dalam upaya untuk tetap bertahan, berlanjut dan berkembang. Diperlukan proses dan strategi koping yang tepat untuk memastikan fungsi keluarga tetap berjalan. Persepsi dan penanganan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit dapat dibantu melalui pemanfaatan berbagai sumber dan strategi koping yang kompeten dengan memberikan intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*).

Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh penggunaan intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) terhadap peningkatan koping keluarga dengan diabetes militus tipe-2 di kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang dengan cara : (1) Mengidentifikasi karakteristik keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes militus tipe-2 (2) Mengidentifikasi koping keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes millitus tipe-2 pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) (3) Mengidentifikasi koping keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes militus tipe-2 pada kelompok kontrol sebelum dan setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) (4) Menganalisis pengaruh peningkatan koping keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes militus tipe-2 setelah diberikan intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*).

Intervensi Keperawatan keluarga pemberdayaan keluarga (*Family Empowerment*) adalah kegiatan yang bertujuan meningkatkan kemampuan keluarga

untuk menilai, mempengaruhi, dan mengelola situasi dengan menggunakan sumber daya keluarga untuk mencapai hasil yang diinginkan yaitu peningkatan coping keluarga yang kompeten. Intervensi *Family Empowerment* terdiri dari 4 sesi yaitu (1) Sesi Pertama : membina hubungan saling percaya (2) Sesi Kedua: menyediakan Informasi yang akurat (3) Sesi Ketiga : membangun dan memperkuat kemampuan keluarga (4) Sesi Keempat : melakukan evaluasi pemberdayaan intervensi ini dilakukan selama dua minggu dengan pembagian dua kali dalam 1 minggu.

Rancangan penelitian ini adalah rancangan eksperimen semu (*quasi experiment*) yang tujuan untuk menyelidiki kemungkinan saling hubungan sebab akibat dengan cara mengadakan intervensi atau perlakuan kepada satu atau lebih kelompok eksperimen, kemudian hasil (akibat) dari intervensi tersebut dibanding dengan kelompok yang tidak dikenakan perlakuan (kelompok kontrol). Adapun design penelitian eksperimen yang digunakan adalah *Non Equivalent Control Group*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan nilai rata-rata coping keluarga pada kelompok perlakuan sebesar 10,60 yaitu rata-rata sebelum intervensi 20,80 menjadi 31,40 setelah dilakukan intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol yaitu 0,40. Uji *paired t test* pada kelompok perlakuan dengan nilai t hitung -9,089 dan nilai $p = 0,000$ lebih kecil dari nilai $\alpha (0,05)$, artinya terdapat perbedaan tingkat coping keluarga sebelum dengan setelah diberikan intervensi keperawatan keluarga : *Family empowerment*. Nilai negatif pada nilai t menunjukkan bahwa nilai indek coping keluarga sebelum intervensi lebih rendah dari nilai indek coping keluarga setelah intervensi. Pada kelompok kontrol didapatkan nilai t hitung -1,871 dan nilai $p = 0,082$ lebih tinggi dari nilai $\alpha (0,05)$, artinya tidak terdapat perbedaan tingkat coping keluarga pada saat *pre test* dan *post test*. hasil uji t independent *Test* terhadap variabel coping keluarga antara kelompok perlakuan dan kontrol, dengan nilai $p = 0,000$ lebih kecil dari nilai $\alpha (0,05)$ artinya terdapat perbedaan peningkatan coping keluarga yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Kesimpulan penelitian ini adalah (1) Terdapat perbedaan yang signifikan terhadap peningkatan coping keluarga pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2 sebelum dan setelah pemberian intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) pada kelompok perlakuan (2) Tidak Terdapat perbedaan yang signifikan terhadap peningkatan coping keluarga pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2 dalam *pre-test* dan *post-test* tanpa pemberian intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) pada kelompok kontrol (3) Pemberian intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan coping keluarga (*family coping*) pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2.

Saran dari hasil penelitian ini adalah Intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) telah diidentifikasi dalam literatur keperawatan keluarga sebagai intervensi yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah psikologis keluarga sehingga dapat dikembangkan dan digunakan oleh perawat keluarga. Intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) masih terbatas digunakan dalam tatanan keperawatan sebagai klien yaitu di tatanan keluarga di masyarakat dan sangat efektif meningkatkan coping keluarga. Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan untuk menganalisa pengaruh coping keluarga pada tatanan keluarga sebagai konteks di Rumah Sakit.

SUMMARY

IMPROVED FAMILY COPING USING FAMILY EMPOWERMENT IN THE FAMILY WITH TYPE-2 DIABETES MILLITUS IN MukTIHARJO KIDUL SEMARANG

Prevalence and incidence rates of type 2 diabetes mellitus in the world shows a tendency of increase, both in the developed world as well as countries that are developing. In Indonesia there are 12.5 million people with diabetes mellitus and the figure is expected to increase to 21.3 million by 2030. Diabetes mellitus is the sixth leading cause of death after stroke, tuberculosis, hypertension and perinatal, with a proportion of about 5.7%. Central Java in 2011 millitus diabetes included in the class of non-communicable diseases are increasing in the case, of a total of 1,409,857 cases of non-communicable diseases was 239 676 cases (17%) were cases of diabetes health center militus. In Tlogosari Kulon of the top ten diseases that exist in diabetes mellitus in 2011 for fourth place after a respiratory disease, pharyngitis and Hypertension of 2760 patients (10.23%) of the total patient visits. Patients from Muktiharjo Kidul Semarang based on reports from the health center in the village Muktiharjo Kidul in 2011 there were 123 patients who were treated with diabetes mellitus. Families with a family member having a chronic illness type-2 diabetes mellitus will experience ongoing problems, because the disease suffered by family members throughout the year, forcing the family to adapt in order to survive, continue and grow. Necessary processes and appropriate coping strategies to ensure family function is still running. Perception and handling of family against family members who are ill can be helped through the use of various sources and coping strategies are competent to provide nursing interventions the family: empowering the family.

The purpose of this study is to explain the effect of the use of family nursing interventions: Empowering Families to increase family coping with type 2 diabetes mellitus in Muktiharjo Kidul Semarang, ways: (1) Identify the characteristics of families with a family member suffering from type-2 diabetes mellitus (2) Identify family coping with a family member suffering from type-2 diabetes mellitus the treatment group before and after the intervention of family nursing: Empowering Families (3) Identify a family coping with a family member suffering from diabetes mellitus type 2 in the control group before and after nursing interventions: Empowering Families (4) Analyze the effects of an increase in family coping with a family member suffering from type-2 diabetes mellitus after a given family nursing intervention: Empowering Families.

Family Nursing Interventions family empowerment is an activity aimed at improving the family's ability to assess, influence, and manage the situation by using a family of resources to achieve the desired result, namely an increase in family coping competent. Family Empowerment Intervention consisted of four sessions: (1) First session: establish a trusting relationship (2) Second Session: providing accurate information (3) Third Session: build and strengthen the capacity of families (4) Session Four: evaluating the empowerment intervention carried out for two weeks with the division twice in one week.

This study design is quasi-experimental design which aim to investigate the possibility of a causal relationship to each other by way of making the intervention or treatment to one or more of the experimental group, then the result (effect) of the intervention group compared with no treatment imposed (group control). The experimental research design used is Non Equivalent Control Group.

These results indicate that an increase in the average value of family coping in the treatment group was 10.60 with an average of 20.80 to 31.40 before the intervention after intervention was higher than the control group is 0.40. Paired t test on the test group treated with p value = 0.000 meaning that there are differences in the level of family coping after a given intervention before the family nursing: Family empowerment. In the control group obtained p -value = 0.082 meaning that there is no difference in the level of family coping in pre test and post test. T independent Test results for families coping variables between treatment and control groups, with p -value = 0.000 means that there are differences in family coping significant improvement between the treatment and control groups.

The conclusion of this study is (1) There is a significant difference to improving family coping in families with type 2 diabetes millitus before and after administration of family nursing interventions in the treatment group (2) There are significant differences in the increase family coping in families with type 2 diabetes millitus in pre-test and post-test without the provision of family nursing intervention in the control group (3) The provision of family nursing intervention gives effect significantly to the increase in family coping in families with type 2 diabetes millitus.

Advice from the results of this study are a family empowerment intervention has been identified in the literature as a family nursing interventions that can be used to resolve the psychological problems that families can be developed and used by family caregivers. Family empowerment intervention is still limited use in nursing as a client order that is in the order of the family in society and very effective in improving coping keluarga. Penelitian more can be done to analyze the influence of family coping in the context of the family structure in the Hospital.

ABSTRAK

PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENGGUNAKAN INTERVENSI PEMBERDAYAAN KELUARGA (*FAMILY EMPOWERMENT*) PADA KELUARGA DENGAN DIABETES MILITUS TIPE-2 DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG

Diabetes Militus merupakan penyakit kronis yang akan diderita oleh pasien terus menerus. Kondisi ini menjadikan keluarga tertekan dan stress ini menunjukkan banyak keluarga tidak memiliki kemampuan atau tidak kompeten dalam menggunakan strategi koping dalam menghadapi masalah dengan anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe-2. Intervensi keperawatan diperlukan untuk meningkatkan kompetensi keluarga dalam menghadapi masalah. Intervensi yang dapat dilakukan adalah Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*). Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh penggunaan intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) terhadap peningkatan koping keluarga dengan Diabetes Militus tipe-2 di kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang

Penelitian ini merupakan eksperimen semu (quasi eksperimen) dengan design penelitian adalah *Non Equivalent Control Group*. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita penyakit Diabetes Militus Tipe-2. Besar sampel yang digunakan adalah 15 sampel kelompok perlakuan dan 15 sampel kelompok kontrol. yang diambil dengan teknik *consecutives sampling* dengan kriteria inklusi. Pengukuran koping keluarga menggunakan *Family Coping Index (FCI) City Nursing Service and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* data dianalisa uji Paired t Test dan uji t independent Test.

Hasil penelitian pada kelompok perlakuan menunjukkan terdapat perbedaan tingkat koping keluarga sebelum dengan setelah diberikan intervensi keperawatan keluarga : *Family empowerment* ($p = 0,000$) . Pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan tingkat koping keluarga pada saat *pre test* dan *post test* ($p = 0.082$). Terdapat perbedaan peningkatan koping keluarga yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p = 0,000$)

Kesimpulan penelitian ini adalah Pemberian intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan koping keluarga (*family coping*) pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2. Intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah psikologis keluarga sehingga dapat dikembangkan dan digunakan oleh perawat keluarga.

Kata Kunci : Pemberdayaan Keluarga, Koping Keluarga, Diabetes Millitus Tipe-2

ABSTRACT**IMPROVED FAMILY COPING USING FAMILY EMPOWERMENT IN THE FAMILY WITH TYPE-2 DIABETES MILLITUS IN MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG****By : Iwan Ardian**

Diabetes mellitus is a chronic disease that will be suffered by the patient continuously. This condition makes families depressed and showed a lot of stress these families do not have the ability or not competent in the use of coping strategies in the face of a family member experiencing a problem with type-2 diabetes mellitus. Nursing interventions required to improve the competence of the family in dealing with the problem. Interventions that can be done is Empowering Families. The purpose of this study is to explain the effect of the use of family nursing interventions: Empowering Families to increase family coping with type 2 diabetes mellitus in Muktiharjo Kidul Semarang.

This is a quasi-experimental study research design is non-Equivalent Control Group. The population in this study is a family who has a family member suffering from Type-2 diabetes mellitus. The sample size used was 15 samples of the treatment group and 15 control group samples. Taken with consecutives sampling techniques with the inclusion criteria. Measurements using a family coping Family Coping Index (FCI) City Nursing Service and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Analyzed with Paired t test and t independent test.

The results showed the treatment group there are different levels of family coping after a given intervention before the family nursing: Family empowerment ($p = 0.000$). In the control group there was no difference in the level of family coping at pre-test and post-test ($p = 0.082$). There are differences in family coping significant improvement between the treatment group and the control group ($p = 0.000$)

The conclusion of this study is the provision of family nursing intervention: Empowering Families have a significant influence on improved family coping in families with type 2 diabetes millitus. Family empowerment intervention is still limited use in nursing as a client order that is in the order of the family in society and very effective in improving family coping.

Keywords: Family Empowerment, Family Coping, Type 2 Diabetes Millitus

2.3.4. Prinsip Pemberdayaan Keluarga	31
2.3.5. Ruang Lingkup Pemberdayaan Keluarga	33
2.3.6. Model Pemberdayaan Keluarga	35
2.3.7. Proses Pemberdayaan Keluarga	37
2.4 Model Keperawatan : Model Adaptasi Roy	40
2.4.1. Definisi	40
2.4.2. Model Konseptual	40
2.4.3. Fokus/Penegasan Teori Model Adaptasi	44
2.5 Konsep Diabetes Millitus.....	49
2.5.1. Definisi	49
2.5.2. Klasifikasi	49
2.5.3. Patofisiologi	51
2.5.4. Tanda dan Gejala	53
2.5.5. Diagnostik	54
2.5.6. Komplikasi	57
2.5.7. Penatalaksanaan	60
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN....	66
3.1 Kerangka Konsep.....	66
3.2 Hipotesis Penelitian.....	68
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	69
4.1 Rancangan Penelitian.....	69
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Sampling.....	70
4.3 Variabel Penelitian.....	72
4.4 Responden dan Bahan Penelitian	73
4.5 Instrumen Penelitian	74
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	75
4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	75
4.8 Cara Pengolahan dan Analisa Data.....	76
4.9 Kerangka Operasional	78
4.10. Masalah Etik Penelitian	79
BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN	80
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	80
5.2 Karakteristik Responden	81
5.3 Hasil Penelitian Tingkat Koping Keluarga	84
5.4 Hasil Uji Statistik Statistik	86
BAB 6 PEMBAHASAN	88
6.1 Pengaruh Family Empowerment terhadap Koping	88
6.2 Temuan Penelitian	97
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	99
7.1 Kesimpulan	99
7.2 Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	101

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Intervensi Pemberdayaan Keluarga.....	30
Tabel 2.2 Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa	56
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian	69
Tabel 4.2 Definisi Operasional V ariabel Penelitian	72
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Lama Sakit Pada kelompok Perlakuan dan Kontrol	81
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Jenis Pekerjaan Keluarga	82
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tempat Pelayanan, Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemeriksaan Gula Darah	83
Tabel 5.4 Tingkat Koping Keluarga Kelompok Perlakuan dan Kontrol ..	84
Tabel 5.5 Perbedaan Koping Keluarga Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol	85
Tabel 5.6 Hasil Uji <i>Paired t Test</i>	86
Tabel 5.7 Hasil Uji <i>t Independent Test</i>	87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Koping Keluarga Dengan Masalah Penyakit	24
Gambar 2.2 Model Pemberdayaan Pengasuhan	36
Gambar 2.3 Model Proses Pemberdayaan Keluarga	38
Gambar 2.4 Individu Sebagai Sistem Adaptasi	47
Gambar 2.5 Langkah-langkah Diagnostik Diabetes Militus.....	57
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	66
Gambar 4.1 Tahap Proses Operasional Penelitian	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden	104
Lampiran 2 Penjelasan Penelitian	105
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	107
Lampiran 4 Format Pengumpulan Data	108
Lampiran 5 Indeks Koping Keluarga	111
Lampiran 6 Intervensi Keperawatan Keluarga	115
Lampiran 7 SAP Pemberdayaan Keluarga	116
Lampiran 8 Booklet Diabetes Millitus	124
Lampiran 9 Panduan Pengkajian	140
	105

DAFTAR SINGKATAN

ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
CEM	: <i>Caregiver Empowerment Model</i>
DM	: Diabetes Millitus
DMTI	: Diabetes Millitus Tergantung Insulin
DMTTI	: Diabetes Millitus Tidak Tergantung Insulin
Dinkes	: Dinas Kesehatan
Depkes	: Departemen Kesehatan
FCI	: <i>Family Coping Index</i>
FILE	: <i>Family Inventory of Live Event and Change</i>
GDPT	: Gula Darah Puasa Terganggu
GDM	: Gravidarum Diabetes Millitus
IDF	: Internasional Diabetes Federation
ICN	: <i>International Council of Nursing</i>
MRDM	: Malnutrition Diabetes Millitus
Nanda	: <i>North American Nursing Diagnosis Assosiation</i>
OHO	: Obat Hipoglikemik Oral
Perkeni	: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
Riskesmas	: Riset Kesehatan Dasar
TTGO	: Test Toleransi Glukosa Oral
TGT	: Toleransi Glukosa Terganggu
TGM	: Terapi Gizi Medis
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut American Diabetes Association (ADA) tahun 2010, Diabetes Militus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Perkeni, 2011). WHO pada tahun 1985 telah membagi penyakit diabetes militus ke dalam lima golongan klinis, yaitu DM tergantung Insulin (DMTI), DM tidak tergantung insulin (DMTTI), DM berkaitan dengan malnutrisi (MRDM), DM karena toleransi Glukosa Terganggu (TGT), dan DM karena kehamilan (GDM) (Dinkes Propinsi Jateng, 2011).

Prevalensi dan angka insidens diabetes militus tipe-2 di dunia menunjukkan kecenderungan terjadi peningkatan, baik yang terjadi di dunia maju maupun negara yang sedang berkembang hal ini terjadi sebagai dampak pertumbuhan ekonomi yang semakin baik khususnya konsumsi makanan. Internasional Diabetes Federation (IDF) menyatakan bahwa pada tahun 2005 di dunia terdapat 200 juta (5,1%) orang dengan diabetes dan diduga 20 tahun kemudian yaitu tahun 2025 akan meningkat menjadi 333 juta (6,3%) orang. Negara seperti Indonesia, India, China dan Amerika merupakan 10 besar negara dengan jumlah penduduk diabetes terbanyak (Depkes RI, 2008).

Tahun 2003, Internasional Diabetes Federation (IDF) melalui Diabetes Atlas edisi kedua menyebutkan bahwa prevalensi diabetes di Indonesia pada tahun 2000 adalah 1,9 % (2,5 Juta orang) dan TGT (toleransi glukosa terganggu) 9,7 % (12,9

juta orang) dengan prediksi bahwa tahun 2025 berturut-turut akan menjadi 2,8% (5,2 juta orang) dan 11,2 % (20,9 juta orang) dengan TGT. Dalam Diabetes Care, yang melakukan analisa data WHO dan memprediksikan Indonesia tahun 2000 dikatakan sebagai nomor 4 terbanyak orang yang menderita diabetes millitus yaitu sekitar 8,4 juta orang, pada tahun 2030 akan tetap nomor 4 di dunia tetapi dengan terjadi peningkatan jumlah penderita menjadi 21,3 juta penderita (Depkes RI, 2008).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007), menyebutkan bahwa terdapat 12,5 juta penduduk Indonesia mengalami diabetes militus dan diperkirakan angkanya meningkat menjadi 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Diabetes Militus merupakan penyebab kematian keenam setelah stroke, TBC, hipertensi dan perinatal, dengan proporsi sekitar 5,7%. Diabetes militus juga merupakan penyebab kematian pada umur 15-44 tahun dengan prosentase laki-laki 2,6%, wanita 4,2%, pada umur 45-54 tahun merupakan penyebab kematian urutan pertama dengan prosentase 6,0% pada laki-laki dan 16,3% pada wanita dan menjadi penyebab kematian pada umur 55-64 tahun dengan prosentase 10,5% laki-laki, 12% pada wanita.

Prevalensi diabetes millitus di kalangan penduduk usia 25-64 tahun sebesar 7,5 % di Jawa dan Bali. Semua angka kejadian diabetes millitus 90% adalah diabetes millitus tipe-2, dimana diabetes militus tipe ini timbul setelah dekade empat, ini berarti pada tahun 2020 akan terjadi peningkatan jumlah penderita yang cukup besar, sekitar 86-138 % yang disebabkan karena beberapa faktor. Faktor pertama adalah Demografi, dimana terjadi jumlah penduduk yang meningkat, jumlah penduduk berusia 40 tahun meningkat dan adanya urbanisasi. Faktor Kedua, Gaya hidup, ditunjang penghasilan perkapita yang meningkat, makan siap saji, kurang olah raga. Faktor Ketiga, adalah berkurangnya penyakit infeksi dan kurang gizi (Suyono, 2002).

Jawa Tengah tahun 2011 penyakit diabetes militus masuk dalam golongan penyakit tidak menular yang mengalami peningkatan kasus, dari total 1.409.857 kasus penyakit tidak menular sebesar 239.676 kasus (17%) adalah kasus diabetes militus. Dilihat dari prevalensi penyakit diabetes militus tipe-1 di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2011 sebesar 0,09% mengalami peningkatan bila dibanding prevalensi tahun 2010 sebesar 0,08 %. Prevalensi tertinggi adalah di kota Semarang. Sedangkan prevalensi kasus diabetes militus tipe-2 angka prevalensi sebesar 0,63 %, prevalensi tertinggi adalah Kota Magelang dan Kota Semarang. (Dinkes Prop.Jateng, 2011). Data yang dikumpulkan dari Puskesmas Tlogosari Kulon dari sepuluh besar penyakit yang ada pada tahun 2011 penyakit diabetes militus menduduki urutan keempat setelah penyakit ISPA, Faringitis dan Hipertensi sebesar 2760 pasien (10,23 %) dari total pasien yang berobat di Puskesmas Tlogosari Kulon. Sedangkan jumlah pasien yang berasal dari Kelurahan Muktiharjo Kidul berdasarkan laporan dari Puskesmas Pembantu di Kelurahan Muktiharjo Kidul pada tahun 2011 terdapat 123 pasien yang berobat dengan mengalami diabetes militus.

Tingginya angka kejadian diabetes militus di Kelurahan Muktiharjo Kidul dan di dukung dengan hasil pengkajian pada studi pendahuluan, terhadap 10 keluarga yang menderita diabetes militus tipe-2 menunjukkan 70% keluarga hanya memenuhi sebagian kebutuhan penderita diabetes militus, 80 % keluarga tidak mampu melaksanakan tindakan terapi yang tepat bagi penderita diabetes militus, 60 % keluarga tidak mengetahui prinsip penyebab atau mendapat informasi yang salah tentang diabetes militus, 60 % keluarga mengetahui sumber dikomunitas namun tidak menggunakan semuanya untuk menolong penderita diabetes militus. Data lain yang ditemukan adalah umur penderita paling banyak pada usia 50-59 tahun

sebanyak 40%, jenis kelamin sama banyak antara laki-laki dan wanita, lama menderita penyakit paling banyak antara 1-5 tahun sebanyak 60%, frekuensi periksa paling banyak adalah tidak periksa secara teratur sebesar 50%. Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes millitus tidak memiliki koping yang kompeten.

Diabetes Militus adalah penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup oleh penderita dan keluarga. Tidak jarang kondisi ini menjadikan penderita dan keluarga jatuh pada kondisi stress. Keluarga berusaha mengatasi dan beradaptasi terhadap situasi tersebut, sakit pada anggota keluarga merupakan stress situasional yang tidak diharapkan oleh keluarga yang dapat menyebabkan masalah kesehatan pada keluarga sering disebut sebagai “ penyakit keluarga” (Foreman 2001, dalam Freidman, 2010).

Sebuah penelitian yang pernah dilakukan oleh Peterson (1983) dengan menggunakan *Family Inventory of Live Event and Change* (FILE) yang bertujuan mengetahui peristiwa apa saja yang dapat mengakibatkan stress pada keluarga, menyebutkan bahwa salah satu penyebab stress pada keluarga adalah adanya anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis disamping kejadian yang lain seperti; kematian anak, kematian salah satu orang tua, berpisah dengan pasangan hidup, penganiayaan fisik maupun sexual. Penyakit diabetes militus adalah penyakit kronis yang dialami oleh anggota keluarga yang dapat menimbulkan stress keluarga. Sebuah studi oleh Reiss (1986), melakukan penelitian untuk membuktikan perbedaan keluarga dengan penyakit kronis yang ketat terhadap program pengobatan dibanding keluarga yang melaksanakan fungsi afektifnya, mendapatkan hasil bahwa anggota keluarga yang mengalami penyakit kronik yang tinggal bersama keluarga yang sangat ketat dan patuh terhadap program pengobatan lebih cepat meninggal

dibanding anggota keluarga yang mengalami penyakit kronik yang mengambil istirahat sehari dari program pengobatan yang ketat untuk menghabiskan waktu bersama dengan keluarga, makan bersama dan bersosialisasi. Sehingga, kepatuhan dan pengendalian dapat membantu dalam mengendalikan stress, tetapi jika dilakukan dengan cara yang sangat ketat, tampak menimbulkan gangguan baik fungsi individu maupun keluarga (Friedman, 2010).

Hasil penelitian lain dilakukan oleh Edvin Bru (2011), mencoba meneliti hubungan antara stress pada penderita dewasa diabetes militus tipe-2 dengan gaya coping, perasaan akan dukungan, dan indikator klinis, menunjukkan bahwa faktor yang terbesar mempengaruhi kondisi emosional dan stress penderita diabetes millitus tipe-2 adalah gaya coping yang digunakan (21,3%), perasaan akan dukungan (19,7%) dibanding dengan indikator klinis hanya (5,8%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penatalaksanaan yang diberikan terhadap penderita diabetes oleh penyedia pelayanan kesehatan harus memperhatikan faktor-faktor non-klinis seperti gaya coping baik individu maupun keluarga dan dukungan keluarga. Penanganan penderita diabetes tidak hanya dilakukan semata-mata menekankan pada kontrol yang ketat terhadap proses metabolik tubuh, namun lebih kepada pendekatan psikososial yang dapat mempengaruhi perasaan tertekan pada penderita diabetes, hal ini dapat dilakukan dengan memperkuat dukungan keluarga (Karlsen & Bru, 2012).

Keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis diabetes militus tipe-2 akan merasakan masalah yang berlangsung terus menerus, dikarenakan penyakit ini diderita oleh anggota keluarga sepanjang tahun, memaksa keluarga beradaptasi dalam upaya untuk tetap bertahan, berlanjut dan berkembang. Diperlukan proses dan strategi coping yang tepat untuk memastikan fungsi keluarga tetap

berjalan. Persepsi dan penanganan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit dapat dibantu melalui pemanfaatan berbagai sumber dan strategi koping. Tanpa koping keluarga yang efektif maka fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan tidak dapat dicapai secara baik. Keluarga dapat menggunakan strategi koping internal maupun eksternal dalam menghadapi masalah anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis. Strategi koping internal yang biasa digunakan keluarga adalah strategi hubungan, kognitif dan strategi komunikasi. Strategi koping eksternal yang biasa dipakai keluarga adalah menjalin hubungan dengan jaringan dukungan sosial formal, strategi komunitas, dukungan sosial dan strategi spiritual (Burr, 1994 ; Mc Cubbin, Olson, & Larsen, 1991; Walsh, 1998 dalam Friedman, 2010).

Koping keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain, faktor jenis kelamin, sosial dan penyakit. Penelitian yang dilakukan oleh Burr (1994) menyebutkan laki-laki dan wanita berbeda secara signifikan dalam menggunakan strategi koping. Wanita menggunakan koping dengan berkumpul dan berbagi dengan orang lain, sedangkan laki-laki lebih menarik diri, menyimpan perasaan dan berusaha tidak diketahui orang lain. Variasi kelas sosial juga berpengaruh dalam koping keluarga. Keluarga dengan kelas sosial tinggi dan status pendidikan tinggi merasakan memiliki kebutuhan yang lebih besar untuk mengatur dan mengendalikan perawatan kesehatan mereka sehingga menggunakan lebih banyak strategi koping keluarga dalam mendapatkan informasi dan pengetahuan. Keluarga miskin dan tingkat pendidikan rendah merasakan kurang percaya diri dengan kemampuan mereka sehingga menggunakan sifat pengendalian dengan penilaian pasif. Berat ringannya penyakit menentukan tuntutan keluarga terhadap fungsi keluarga melakukan asuhan

pada anggota keluarga yang sakit, terdapat perbedaan koping yang digunakan oleh keluarga dalam menghadapi masalah anggota keluarga yang sakit (friedman, 2010).

Sebuah penelitian yang dilakukan Chesla (2010) menilai bagaimana faktor keluarga dan manajemen penanganan penyakit diabetes terhadap penderita diabetes tipe-2 yang tepat. Faktor keluarga yang di nilai dalam penelitian ini adalah tiga domain kehidupan keluarga yaitu struktur dan organisasi keluarga, persepsi keluarga dan manajemen emosi/koping keluarga serta kemampuan keluarga dalam melakukan asuhan/manajemen penyakit. Hasil dari penelitian menggunakan test multivarians didapatkan terdapat pengaruh yang signifikan variabel keluarga terhadap manajemen penyakit diabetes pada anggota keluarganya. Semua variabel yang terdapat pada faktor keluarga berpengaruh signifikan terhadap management penyakit diabetes. Hal ini menunjukkan mekanisme koping keluarga sangat penting terhadap manajemen penyakit diabetis melitus tipe-2 (Chesla & Fisher, 2010).

Tidak semua keluarga memiliki koping yang efektif atau kompeten dalam menghadapi masalah anggota keluarga dengan penyakit kronis. Nanda (2012), menjelaskan masalah penurunan koping keluarga sebagai ketidakadekuatan dan ketidakefektifan keluarga membantu klien untuk mengelola dan menguasai tugas-tugas adaptif terkait masalah kesehatan . Hal ini disebabkan karena beberapa faktor yang berhubungan antara lain; sakit yang berlangsung lama dan menghabiskan kemampuan suportif dari keluarga, kurangnya informasi pada keluarga, tidakadekuatnya pemahaman keluarga dan informasi yang tidak benar kepada keluarga tentang masalah kesehatan yang dihadapi keluarga (NANDA, 2012).

Beberapa intervensi yang dapat diberikan antara lain memberikan dukungan emosional, peningkatan keterlibatan keluarga, peningkatan normalisasi keluarga dan

pemberdayaan keluarga (*family empowerment*). Figley (1995) menjelaskan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga menekankan pada sikap filosofis terhadap konsep bekerja dengan keluarga. Keluarga dengan masalah anggota keluarga mengalami penyakit kronis merupakan pengalaman traumatis bagi keluarga, maka pendekatan yang dilakukan adalah memperhalus intervensi keperawatan dengan memberikan penghormatan tulus terhadap kemampuan keluarga, baik kognitif, afektif maupun bertindak secara alami dan kekuatan keluarga yang dimiliki. Robinson (1996) menjelaskan bahwa intervensi pemberdayaan yang dilakukan pada keluarga dengan penyakit kronis adalah dengan menjadi pendengar yang baik, penuh kasih sayang, tidak menghakimi, kolaborator, memotivasi munculnya kekuatan keluarga, partisipasi keluarga dan keterlibatan dalam proses perubahan dan penyembuhan penyakit. Breitmayer, Gallo dan Zoeller (1992) menggunakan penelitian kualitatif untuk menganalisis 51 keluarga dengan penyakit kronis, didapatkan hasil bahwa pemberdayaan pada keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis diberikan dengan memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang kondisi penyakit dan manajemen, mengedepankan empati dan menunjukkan perhatian yang tulus, mengakui dan meningkatkan kompetensi keluarga dalam merawat anggota keluarga serta membangun hubungan langsung dengan anggota keluarga yang sakit (Hulme 1999).

Penerapan intervensi keperawatan Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) untuk meningkatkan coping keluarga dengan diabetes militus tipe-2 masih sangat jarang dilakukan oleh perawat dan masih sedikit penelitian yang dilakukan, hal ini terjadi karena banyak peneliti lebih melihat aspek pemberdayaan keluarga pada sisi peningkatan pengetahuan dan sikap saja, tidak sampai pada

kemampuan koping keluarga. Keluarga dengan diabetes militus tidak hanya sisi pengetahuan dan sikap saja yang menjadi tujuan intervensi namun, sampai pada tingkat kemampuan untuk hidup secara sehat dan produktif dengan anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe-2, inilah yang menarik perhatian peneliti untuk mengadakan penelitian tentang intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) untuk meningkatkan Koping Keluarga dengan masalah penyakit kronis : diabetes militus tipe-2 pada anggota keluarga.

1.2 Identifikasi Masalah

Tingginya angka kejadian diabetes militus tipe-2 yang terjadi di Indonesia dan diperkirakan akan terus bertambah berdampak pada semakin banyaknya keluarga-keluarga yang memiliki anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe-2. Diabetes Militus merupakan penyakit kronis yang akan diderita oleh pasien terus menerus. Diabetes tidak dapat disembuhkan, namun hanya dapat dikontrol dan dikendalikan pada kondisi yang tidak membahayakan bagi fungsi metabolisme tubuh yang normal. Kondisi ini menjadikan keluarga tertekan dan stress, keluarga yang lebih berbasis kognitif berespon terhadap stress dengan mencari pengetahuan dan informasi berkaitan dengan stressor, sementara bagi keluarga yang lain tidak berdaya dan cenderung berespon pasif. Hal ini menunjukkan banyak keluarga tidak memiliki kemampuan atau tidak kompeten dalam menggunakan strategi koping dalam menghadapi masalah keluarga dengan anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe-2.

Intervensi keperawatan diperlukan untuk meningkatkan kompetensi keluarga dalam menghadapi stressor atau masalah keluarga dengan anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe-2. Intervensi keperawatan keluarga merupakan

kerangka terorganisir dalam hubungan antara perawat dan keluarga yang membantu terjadinya perubahan dan dimulainya penyembuhan. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*). Ketidakberdayaan keluarga menghadapi stressor atau masalah kesehatan pada anggota keluarga mengakibatkan stress pada keluarga sehingga keluarga memerlukan bantuan untuk memberdayakan keluarga menghadapi masalah, pada fase ini diharapkan coping keluarga menjadi kompeten dan keluarga mampu melakukan fungsi merawat anggota keluarga yang sakit dengan baik. Intervensi Pemberdayaan Keluarga dapat meningkatkan coping keluarga dalam menghadapi masalah keluarga dengan diabetes militus tipe-2.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pengaruh intervensi keperawatan keluarga :Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) terhadap peningkatan coping keluarga dengan diabetes militus tipe-2 ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh penggunaan intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) terhadap peningkatan coping keluarga dengan diabetes militus tipe-2 di kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang.

1.4.2 Tujuan khusus

- 1) Mengidentifikasi karakteristik keluarga dengan anggota keluarga menderit diabetes militus tipe-2 di kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang

- 2) Mengidentifikasi coping keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes millitus tipe-2 pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*).
- 3) Mengidentifikasi coping keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes militus tipe-2 pada kelompok kontrol sebelum dan setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*).
- 4) Menganalisis pengaruh intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) terhadap peningkatan coping keluarga dengan anggota keluarga menderita Diabetes Millitus Tipe-2

1.5 Manfaat

1.5.1 Teoritis

Intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) masih jarang digunakan oleh perawat keluarga dan masih sedikit penelitian yang dilakukan, sehingga hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai khasanah dan penguat penelitian intervensi keperawatan keluarga yang sebelumnya.

1.5.2 Praktis

Intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) dapat diterapkan disemua tatanan keperawatan keluarga baik, ditataran keluarga sebagai konteks yang banyak diterapkan di rumah sakit atau di klinik. Dapat juga diterapkan ditataran keperawatan keluarga sebagai klien yang banyak dilakukan di rumah.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat juga merupakan unit pelayanan kesehatan yang terdepan, beberapa ahli dan institusi mencoba mendefinisikan keluarga dalam berbagai dimensi dan sudut pandangnya. Berikut ini adalah beberapa definisi tentang keluarga :

Bailon dan Maglaya (1978) mendefinisikan Keluarga sebagai dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan perkawinan, darah atau adopsi dan hidup dalam satu rumah yang saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Ayu, 2010).

Menurut Departemen Kesehatan (1998), Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal dalam keadaan saling tergantung (Sudiharto, 2005).

Whall dalam analisis konsepnya mengenai keluarga sebagai unit asuhan dalam keperawatan, mendefinisikan keluarga sebagai sebuah kelompok yang mengidentifikasi diri dan terdiri dari dua individu atau lebih yang memiliki hubungan khusus, yang dapat berkaitan dengan hubungan darah atau hukum atau dapat juga tidak, namun berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap dirinya sebagai keluarga (Whall, 1986 dalam Friedman, 2003).

Berdasarkan beberapa definisi di atas, Stuart (ICN, 2001), menekankan lima hal penting yang terdapat dalam definisi keluarga, sebagai berikut :

- 1) Keluarga adalah suatu sistem atau unit
 - 2) Adanya komitmen dan keterikatan antar anggota keluarga yang meliputi kewajiban di masa yang akan datang, meliputi perlindungan, pemberian nutrisi, dan sosialisasi untuk seluruh anggota keluarga.
 - 3) Fungsi keluarga dalam pemberian perawatan meliputi perlindungan, pemberian nutrisi, dan sosialisasi untuk seluruh anggota keluarga.
 - 4) Anggota keluarga mungkin memiliki hubungan dan tinggal bersama atau mungkin juga tidak ada hubungan dan tinggal terpisah.
 - 5) Keluarga mungkin memiliki anak atau mungkin juga tidak.
- (Setiawati & Citra, 2005).

2.1.2 Tipe Keluarga

Keluarga terbentuk dan berkembang secara alamiah menuju kematangan keluarga melalui tugas perkembangan dan fungsinya. Dalam melaksanakan fungsi dan tugas perkembangannya keluarga bekerja dengan tipe yang berbeda-beda. Allender dan Spradly (2001), membagi tipe keluarga berdasarkan

- 1) Keluarga tradisional
 - (1) Keluarga Inti (*nuclear family*), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
 - (2) Keluarga Besar (*extended family*), yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misal kakek, nenek, paman dan bibi.
 - (3) Keluarga Tanpa Anak (*Dyad Family*), Keluarga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

- (4) Keluarga Orang Tua Tunggal (*Single Parent Family*), Keluarga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
 - (5) Keluarga Satu Orang Dewasa (*Single Adult*), Keluarga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
 - (6) Keluarga Usia lanjut, yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- 2) Keluarga non tradisioanl
- (1) *Commune Family*, yaitu keluarga yang terdiri dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
 - (2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
 - (3) Homoseksual yaitu individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga (Ayu, 2010).

2.1.3 Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga didefinisikan sebagai hasil akhir atau konsekuensi dari struktur keluarga atau dengan istilah lain hasil atau konsekuensi dari apa yang dikerjakan keluarga. Terdapat lima fungsi keluarga yang saling berhubungan erat pada saat dilakukan pengkajain dan intervensi keperawatan dengan keluarga (Friedman, 1992). Lima fungsi keluarga tersebut adalah sebagai berikut :

1) Fungsi Afektif

Fungsi Afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan dan keberlanjutan unit keluarga. Fungsi afektif bertujuan mempertahankan kepribadian,

memfasilitasi stabilitas kepribadian anggota keluarga dan memenuhi kebutuhan psikologis keluarga. Fungsi ini berkaitan erat dengan persepsi dan kepedulian keluarga terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarga yang ditandai adanya rasa saling mencintai dan kasih sayang dalam keluarga.

2) Fungsi Sosialisasi dan Status Sosial

Fungsi sosialisasi diberikan keluarga dalam bentuk pengalaman belajar yang diberikan oleh keluarga yang bertujuan untuk mendidik anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul oleh kedua orang tuannya.

Status sosial atau pemberian status adalah bagian dari fungsi sosialisasi, dimana keluarga mewarisi tradisi, nilai-nilai dan hak keluarga. Keluarga mensosialisasikan kepada anggota keluarga ke dalam kelas sosialnya, dengan memberikan aspirasi yang relevan.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga menekankan pada fungsi pemenuhan kebutuhan fisik keluarga, seperti menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya. Fungsi paling relevan terhadap fungsi ini adalah memberikan pelayanan dan praktek kesehatan keluarga pada anggota keluarganya.

4) Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi dasar keluarga untuk menjamin keberlanjutan antar-generasi keluarga dan masyarakat, dengan melahirkan dan menyediakan generasi baru untuk masyarakat (Leslie & Korman, 1989).

5) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah kemampuan keluarga dalam menyediakan sumber daya seperti keuangan, ruang, dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

2.1.4 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Keluarga memiliki tugas yang harus dilaksanakan dan berkaitan dengan fungsi perawatan kesehatan anggota keluarga tugas keluarga ini menjadi indikator terhadap intervensi keperawatan yang dilakukan. Ada lima tugas keluarga dalam kaitan dengan kesehatan, yaitu ; Kemampuan keluarga untuk mengenal beberapa masalah yang berkaitan dengan sehat, sakit dan penyakit. Kemampuan keluarga mengambil keputusan terhadap beberapa masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga dan anggota keluarga. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit atau membutuhkan perawatan. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat bagi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga atau lingkungan yang menunjang proses penyembuhan sakit. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk membantu anggota keluarganya mendapatkan pengobatan, perawatan dan pelayanan kesehatan.

2.1.5 Keluarga Sebagai Klien

Konsep Keluarga sebagai klien adalah memandang keluarga sebagai fokus utama pengkajian dan intervensi keperawatan. Konsep ini menjadikan keluarga sebagai bagian terdepan, sedangkan individu anggota keluarga berada pada latarbelakang atau dalam konteks. Keluarga adalah merupakan sebuah sistem yang

saling mempengaruhi. Keluarga sebagai klien berfokus pada hubungan dan dinamika internal keluarga, fungsi dan struktur keluarga, dan hubungan subsistem keluarga dengan keseluruhan, serta hubungan keluarga dengan lingkungan.

Konsep ini sejalan dengan konsep keperawatan sistem keluarga yang dapat digunakan untuk pengkajian dengan menggunakan perspektif interaksi untuk menjelaskan hubungan antara penyakit, anggota keluarga dan keluarga sehingga juga dapat digunakan sebagai dasara pemberian intervensi atau terapi. Keperawatan sisitem keluarga menggunakan pengkajian klinis lanjut dan keterampilan intervensi yang berdasarkan pada perpaduan keperawatan, terapi dan teori sisitem keluarga (Wright & Leahey, 1994).

2.1.6 Tingkat Kemandirian Keluarga

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada keluarga dirancang agar keluarga tidak hanya dibantu menyelesaikan masalah kesehatannya saja, namun juga mampu menolong dirinya sendiri, berdaya dan mandiri dalam menghadapi masalah kesehatan anggota keluarganya. Tingkat kemandirian keluarga dapat dinilai dengan memperhatikan kriteria tingkat kemandirian seperti yang di tetapkan oleh Departemen Kesehatan (2006), sebagai berikut :

1) Keluarga Mandiri Tingkat Satu

Keluarga hanya menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

2) Keluarga Mandiri Tingkat Dua

Keluarga menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, keluarga mengetahui dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

3) Keluarga Mandiri Tingkat Tiga

Keluarga menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, keluarga mengetahui dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan serta melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.

4) Keluarga Mandiri Tingkat Empat

Keluarga menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, keluarga mengetahui dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan serta melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran dan melakukan tindakan promotif secara aktif.

2.2 Konsep Stress, Koping dan Adaptasi Keluarga

2.2.1 Definisi Stress, Koping dan Adaptasi Keluarga

Keluarga mengatasi dan beradaptasi terhadap situasi yang berat penuh dengan stress secara teratur. Berikut ini akan dijelaskan konsep stress, koping dan adaptasi keluarga terhadap masalah yang dihadapi.

Definisi Stress adalah respon atau ketegangan yang disebabkan oleh stressor atau oleh tuntutan aktual/yang dirasakan yang tetap tidak teratasi (Antonovsky, 1977 dalam Friedman, 2010). Definisi lain dikemukakan oleh Burgess, 1978 yang menjelaskan stress adalah ketegangan dalam seseorang atau sistem sosial (misal : keluarga) dan merupakan reaksi terhadap situasi yang menimbulkan tekanan. Karena stress atau ketegangan dalam sebuah keluarga sulit untuk diukur, para ahli lebih menyamakan dengan stressor.

Adapun definisi stressor adalah agen pemrakarsa atau presipitasi yang mengaktifkan proses stress (Burr, 1993). Lebih lanjut para ahli lebih mendalami pengertian agen presipitasi yang menimbulkan stress khususnya dalam konsep keluarga. Agen presipitasi yang mengaktifkan stress dalam keluarga adalah peristiwa hidup atau kejadian yang cukup kuat untuk menyebabkan perubahan dalam sistem keluarga (Hill, 1949, dalam Friedman, 2010). Stressor keluarga dapat berupa peristiwa atau pengalaman interpersonal, lingkungan, ekonomi, atau sosial dan budaya.

Definisi Koping adalah upaya pemecahan masalah yang dihadapi oleh individu dengan tuntutan yang sangat relevan dengan kesejahteraannya, tetapi membebani sumber seseorang (Lazarus, 1974). Sedangkan definisi Koping keluarga adalah upaya yang menunjukkan tingkat analisis kelompok keluarga (atau sebuah

tingkat analisi interaksional). Koping keluarga didefinisikan sebagai proses aktif saat keluarga memanfaatkan sumber keluarga yang ada dan mengembangkan perilaku serta sumber baru yang akan memperkuat unit keluarga dan mengurangi dampak peristiwa hidup penuh stress (Mc Cubbin, 1979).

Adaptasi Keluarga adalah suatu proses saat keluarga terlibat dalam respon langsung terhadap tuntutan stressor yang ekstensif, dan menyadari bahwa perubahan sistemik dibutuhkan dalam unit keluarga, untuk memperbaiki stabilitas fungsional dan memperbaiki kepuasan dan kesejahteraan keluarga (Mc Cubbin, 1993, dalam Friedman 2010). Dalam konsep proses adaptasi keluarga terhadap masalah penyakit kronis yang didapi oleh keluarga, Clawson (1996) mendefinisikan adaptasi keluarga sebagai proses sistem keluarga yang berkelanjutan yang digunakan untuk mencapai tugas-tugas adaptif dalam situasi penyakit kronik.

2.2.2 Penyebab Stres Keluarga

Beberapa kejadian hidup yang dapat menjadikan keluarga mengalami stres adalah sebagai berikut :

1) Faktor Kehilangan

Yang termasuk dalam faktor ini adalah : kematian seorang anak, kematian orang tua atau pasangan hidup, perceraian anak.

2) Faktor Penyakit dan Ketegangan Perawatan Keluarga

Yang termasuk dalam faktor ini adalah : Adanya anggota keluarga mengalami cacat fisik atau penyakit kronik, peningkatan kesulitan dalam mengelola anggota keluarga yang sakit kronik atau cacat, peningkatan kebutuhan finansial dan

tanggungjawab dalam memberikan bantuan asuhan/managemen terhadap anggota keluarga yang sakit kronik atau cacat.

3) **Faktor Ketegangan dalam Pernikahan, Kehamilan dan Kelahiran Anak**

Yang termasuk dalam faktor ini adalah : Pasangan/orang tua berpisah, selingkuh atau bercerai, peningkatan kesulitan dengan hubungan seksual antara suami dan istri. Adanya kehamilan anggota keluarga yang belum menikah, anggota keluarga melahirkan atau mengadopsi anak, keguguran.

4) **Faktor Sosial Ekonomi Keluarga**

Yang termasuk dalam faktor ini adalah : penganiayaan anggota keluarga, anggota keluarga masuk penjara, masalah kenakalan anak remaja, kehilangan pekerjaan anggota keluarga, pensiun.

2.2.3 Fase Stres Keluarga

Stres dalam keluarga terjadi mengikuti beberapa fase yang terjadi secara berurutan dan memungkinkan mempengaruhi Strategi Koping yang digunakan keluarga. Adapun Fase stres tersebut adalah sebagai berikut :

1) **Fase Antestres**

Adalah fase dimana stresor belum benar-benar dilawan atau diatasi oleh keluarga, fase dimana kesadaran keluarga harus ditingkatkan terhadap bahaya yang mengancam. Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi sumber stressor, mencari strategi koping pencegahan dan bimbingan antisipasi dapat diberikan untuk meningkatkan kesiapan keluarga menghadapi stres.

2) Fase Stres Aktual

Fase dimana keluarga secara aktual berhadapan dengan stressor, seperti menghadapi masalah dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis. Dalam keadaan ini keluarga dapat sangat disfungsional sepanjang waktu ketika kebutuhan anggota keluarga yang sehat tidak terpenuhi dan perjalanan kehidupan keluarga dapat terganggu. Mungkin terdapat strategi defensif dan bertahan yang sangat dasar yang digunakan selama periode ini jika stres dalam keluarga sangat berat.

3) Fase Pascastres

Fase setelah periode stres akut dilewati oleh keluarga, biasa disebut fase pasca trauma, fase dimana keluarga berusaha untuk kembali dalam keadaan homeostatis yang seimbang. Untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga pada fase ini, keluarga perlu saling kerja sama, saling mengungkapkan perasaan, dan memecahkan masalah (Burgerss, 1978 dalam Friedman, 2010).

2.2.4 Teori Stres Keluarga

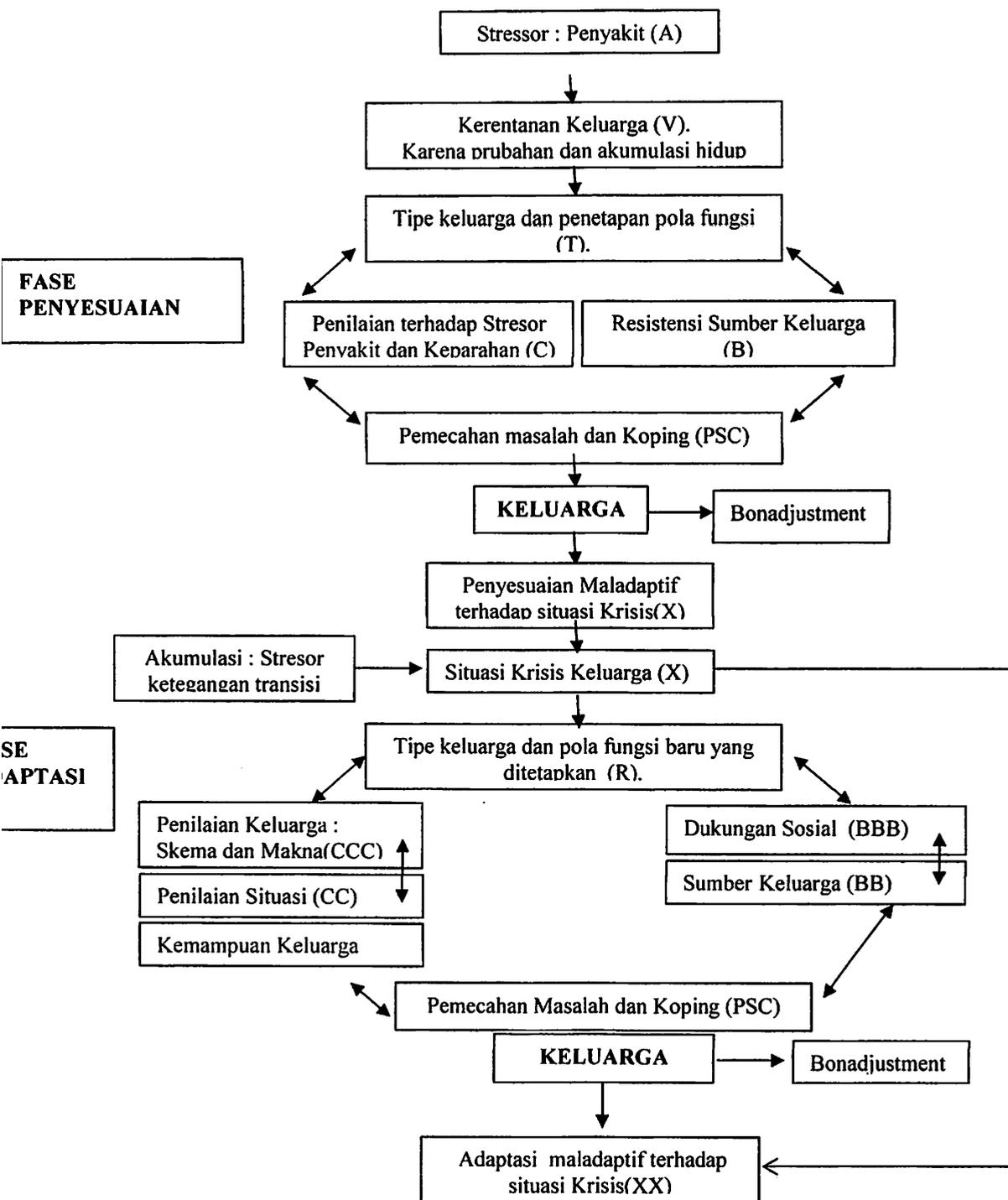
Stres pada keluarga dapat dijelaskan dengan menggunakan teori stres yang dikemukakan oleh Mc Cubbin (1993, 1996), yaitu Model *Resiliensy* Stres, Penyesuaian, dan Adaptasi Keluarga. Model ini menekankan pada kemampuan keluarga melakukan penyesuaian dan adaptasi saat keluarga mengalami situasi hidup penuh stress. Penekanan utamanya adalah pada *resiliency* keluarga atau kemampuan keluarga untuk pulih dari peristiwa yang membuat stres. Kemampuan pulih (resiliency) keluarga mempengaruhi perkembangan dan kesehatan keluarga dalam menghadapi masalah-masalah keluarga, seperti penyakit kronis yang dialami anggota

keluarga. Model *Resiliency* didasarkan pada empat asumsi yang mendasari kehidupan keluarga :

- 1) Keluarga menghadapi kesulitan dan perubahan
- 2) Keluarga mengembangkan kekuatan dan kemampuan yang dirancang untuk meningkatkan tumbuh kembang anggota keluarga.
- 3) Keluarga mengembangkan kekuatan dan kemampuan dasar yang dirancang untuk melindungi anggota keluarga dari stressor.
- 4) Keluarga mendapatkan manfaat dan berperan pada jaringan hubungan dan sumber dalam komunitas, terutama selama periode stres dan krisis keluarga.

Dalam model *Resiliency*, respon keluarga terhadap peristiwa hidup dan transisi penuh stres dibagi dalam dua fase : Fase Penyesuaian dan Fase Adaptasi. Fase Penyesuaian menjelaskan respon keluarga terhadap peristiwa yang tidak menunjukkan kesulitan besar dan hanya membutuhkan perubahan kecil. Kondisi seperti sakit akut pada anggota keluarga yang dapat sembuh total, maka keluarga hanya membuat perubahan kecil. Namun apabila perubahan kecil dan fungsi keluarga tidak adekuat untuk menangani masalah itu, keluarga akan bergerak ke dalam situasi krisis dan masuk ke fase adaptasi.

Fase Adaptasi, respon keluarga terhadap situasi krisis ditentukan oleh akumulasi kebutuhan, stresor, transisi, dan ketegangan, serta kekuatan dan kemampuan keluarga. Hal ini mencakup pola fungsi, penilaian keluarga tentang pemenuhan kebutuhan dan pandangan yang luas terhadap sumber-sumber yang ada dalam keluarga dan masyarakat. Model *Resiliency* menggunakan mekanisme koping dalam menghadapi dapat dilihat pada gambar dibawah ini,



Gambar 2.1 Koping Keluarga dengan masalah penyakit pada anggota keluarga : *The Resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation* (McCubbin, 1993).

2.2.5 Strategi Koping Keluarga

Strategi Koping Keluarga terdapat dua jenis, yaitu strategi koping internal dan strategi koping eksternal. Yang termasuk dalam strategi koping internal adalah strategi hubungan, strategi kognitif dan strategi komunikasi. Strategi Hubungan antara lain : mengandalkan kelompok keluarga, membentuk kebersamaan yang lebih besar dan adanya fleksibilitas peran. Strategi Kognitif terdiri dari : normalisasi keluarga, pengendalian terhadap makna masalah dengan pembingkai ulang dan penilaian pasif, pemecahan masalah bersama, serta berusaha mendapatkan informasi dan pengetahuan. Strategi Komunikasi terdiri dari : adanya keterbukaan dalam komunikasi keluarga, menggunakan strategi humor dan tawa.

Strategi Koping Eksternal, antara lain : Strategi Komunitas dengan cara memelihara jaringan aktif dengan komunitas. Strategi Dukungan Sosial dengan cara membangun dukungan dari keluarga, teman, tetangga dan dukungan sosial formal. Strategi Spiritual dengan cara mencari bantuan rohaniawan, lebih banyak terlibat dalam kegiatan keagamaan, berdo'a, mencari pembaharuan dan keterkaitan dalam hubungan erat dengan alam.

Strategi Koping keluarga yang disfungsional antara lain : penyangkalan masalah keluarga seperti penyangkalan terhadap eksploitasi emosi keluarga, penyangkalan terhadap keyakinan keluarga, penyangkalan terhadap komunikasi dan dominasi. Strategi Koping disfungsional yang lainnya adalah adanya kehilangan atau pengabaian anggota keluarga, ketergantungan dengan obat-obat terlarang, adanya kekerasan dalam rumah tangga baik terhadap pasangan, anak, saudara kandung, orang tua dan lansia.

2.2.6 Indek Koping Keluarga

Indek Koping Keluarga adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur kemampuan keluarga menggunakan sumber daya dalam mengatasi stres yang dihadapinya. Indek Koping Keluarga adalah pernyataan deskriptif dan petunjuk atau panduan untuk membantu menilai koping keluarga. Petunjuk ini terbatas pada tiga poin : 1, tidak kompeten; 3, kompeten sedang; dan 5 kompetensi utuh. Setiap poin mendeskripsikan tingkat kompetensi yang dimiliki oleh keluarga tersebut. Deskripsi tersebut tidak kompllit tetap mengarah atau terdapat kecenderungan. Adapun komponen yang dinilai dalam indek koping keluarga terdiri dari sembilan komponen sebagai berikut (Parker, 2010) :

1) Kemandirian Fisik

Kategori ini berhubungan dengan kemampuan bergerak pada pasien diabetes, misal berjalan naik turun tangga, melakukan perawatan diri mandi, berpakaian, berdandan dan lainnya. Yang diukur kompetensi keluarga, walaupun pasien diabetes mengalami ketergantungan, tetapi keluarganya mampu mengatasi masalah tersebut maka keluarga dianggap mandiri. Namun apabila sebenarnya pasien dapat melakukan aktivitas perawatan dirinya, namun dilakukan oleh keluarga, dan tindakan perawatan yang seharusnya dilakukan bersama anggota keluarga yang lain, maka kemampuan kelurga dianggap tidak utuh.

2) Kompetensi Terapeutik

Kategori ini meliputi semua prosedur atau terapi yang diprogramkan untuk perawatan pasien diabetes seperti, obat-obatan, mendapatkan diet khusus, latihan (olah raga) dan relaksasi.

3) Pengetahuan Tentang Kondisi Kesehatan

Kategori ini berkenaan dengan kondisi pasien diabetes di keluarga yang perlu mendapatkan perawatan, misal tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab penyakit diabetes.

4) Aplikasi Prinsip Higiene Personal dan Umum

Kategori ini berkaitan dengan tindakan keluarga dalam upaya untuk mempertahankan kebutuhan dasar keluarga seperti nutrisi, istirahat dan relaksasi semua anggota keluarga termasuk pasien Diabetes di keluarga, melakukan tindakan pencegahan kekambuhan, kebiasaan mengatur rumah yang mendukung bagi pasien.

5) Sikap Terhadap Perawatan Kesehatan

Kategori ini berkenaan dengan cara keluarga berfikir tentang perawatan kesehatan secara umum, termasuk pencegahan, perawatan pasien Diabetes dan upaya pemeliharaan kesehatan.

6) Kompetensi Emosi

Kategori ini berkenaan dengan maturasi dan integritas anggota keluarga yang mereka gunakan untuk mengatasi masalah stress akibat anggota keluarga menderita penyakit Diabetes.

7) Pola Kehidupan Keluarga

Kategori ini secara luas berkenaan dengan aspek kelompok atau aspek interpersonal kehidupan keluarga, seberapa jauh anggota keluarga saling peduli satu dengan yang lainnya.

8) Lingkungan Fisik

Kategori ini berkaitan dengan rumah dan komunitas atau lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga dan pasien dengan diabetes.

9) Penggunaan Fasilitas Komunitas

Kategori ini berkaitan dengan sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber yang tersedia dan memanfaatkan sumber tersebut untuk rehabilitasi pasien dengan diabetes.

2.3 Konsep Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*)

2.3.1 Definisi

Beberapa pengertian yang menerangkan tentang Pemberdayaan Keluarga, antara lain sebagai berikut ;

Gibson mendefinisikan Pemberdayaan sebagai proses sosial, mengenali, mempromosikan dan meningkatkan kemampuan orang untuk menemukan kebutuhan mereka sendiri, memecahkan masalah mereka sendiri dan memobilisasi sumber daya yang diperlukan untuk mengendalikan hidup mereka (Graves, 2007).

Pemberdayaan Keluarga adalah intervensi keperawatan yang dirancang dengan tujuan untuk mengoptimalkan kemampuan keluarga, sehingga anggota keluarga memiliki kemampuan secara efektif merawat anggota keluarga dan mempertahankan kehidupan mereka (Hulme P. A., 1999).

Pemberdayaan Keluarga adalah mekanisme yang memungkinkan terjadinya perubahan kemampuan keluarga sebagai dampak positif dari intervensi keperawatan yang berpusat pada keluarga dan tindakan promosi kesehatan serta kesesuaian budaya yang mempengaruhi tindakan pengobatan dan perkembangan keluarga (Graves, 2007).

Konsep Pemberdayaan Keluarga memiliki tiga komponen utama. Pertama, bahwa semua keluarga telah memiliki kekuatan dan mampu membangun kekuatan itu. Kedua, kesulitan keluarga dalam memenuhi kebutuhan mereka bukan karena

ketidakmampuan untuk melakukannya, melainkan sistem pendukung sosial keluarga tidak memberikan peluang keluarga untuk mencapainya. Ketiga, dalam upaya pemberdayaan keluarga, anggota keluarga berupaya menerapkan keterampilan dan kompetensi dalam rangka terjadinya perubahan dalam keluarga (Dunst et al., 1994 dalam Graves, 2007).

2.3.2 Tujuan Pemberdayaan Keluarga

Tujuan Pemberdayaan Keluarga dijelaskan berdasarkan pengertian pemberdayaan keluarga, memiliki dimensi yang luas. (Sunarti, 2008) menjelaskan tentang tujuan pemberdayaan keluarga sebagai berikut :

- 1) Membantu keluarga untuk menerima, melewati dan mempermudah proses perubahan yang akan ditemui dan dijalani oleh keluarga.
- 2) Membangun daya tahan daya adaptasi yang tinggi terhadap perubahan agar mampu menjalani hidup dengan sukses tanpa kesulitan dan hambatan yang berarti.
- 3) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup seluruh anggota keluarga sepanjang tahap perkembangan keluarga dan siklus hidupnya.
- 4) Menggali kapasitas atau potensi tersembunyi anggota keluarga yang berupa kepribadian, keterampilan manajerial dan keterampilan kepemimpinan.
- 5) Membina dan mendampingi proses perubahan sampai pada tahap kemandirian dan tahapan tujuan yang dapat diterima.

2.3.3 Pemberdayaan Sebagai Intervensi Keperawatan

Dunst, Trivette (1988), mengusulkan pemberdayaan keluarga sebagai intervensi keperawatan dengan menyajikan model intervensi berdasarkan tiga komponen utama pemberdayaan yang berasal dari pengamatan ilmiah dan sintesa literatur. Komponen pertama adalah ideologi pemberdayaan, yang menjelaskan bahwa semua individu dan keluarga menyakini memiliki kekuatan dan kemampuan serta kapasitas untuk menjadi kompeten. Komponen kedua, partisipasi pengalaman, merupakan proses membangun kekuatan dari kelemahan yang ada secara benar, komponen ini merupakan bagian dari model intervensi keluarga. Komponen ketiga, hasil pemberdayaan, komponen ini terdiri dari perilaku yang diperkuat atau dipelajari, penilaian terhadap peningkatan pengawasan misal ; konsep diri dan motivasi intrinsik.

Tabel 2.1 Tabel Intervensi Pemberdayaan Keluarga menurut Dunst et al's.(1988) yang diadaptasi oleh Nissim dan Sten (1991)

Intervensi Pemberdayaan Keluarga
1. Membangun Kepercayaan dengan membentuk hubungan dengan keluarga, membangun komunikasi empatik dan mendengarkan serta menerima seluruh anggota keluarga.
2. Membangun hubungan langsung dengan anggota keluarga yang menderita sakit (Penderita/klien)
3. Prioritaskan kebutuhan keluarga yang dirasakan oleh keluarga untuk segera ditangani terlebih dahulu
4. Membantu keluarga menentukan praktek perawatan keluarga dengan memperhatikan praktek perawatan yang telah dilakukan keluarga dan kebutuhan akan pendidikan kesehatan.
5. Menyediakan informasi yang akurat dan lengkap mengenai kondisi klien atau penderita menyangkut gejala, kontrol, dan masa depan implikasi kondisi kronis.

6. Membantu keluarga dalam menetapkan tujuan yang realistik
7. Membimbing Keluarga dalam menilai dukungan internal keluarga dan sumber daya dalam memobilisasi untuk memenuhi kebutuhan pertolongan yang dirasakan keluarga.
8. Membimbing keluarga dalam menilai kekuatan keluarga dan memobilisasinya untuk memecahkan masalah
9. Memperkuat kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi beberapa alternatif pilihan keperawatan.
10. Mendiskusikan dengan keluarga mendapatkan pelayanan dan perawatan dari fasilitas-fasilitas kesehatan yang tersedia
11. Berikan penilaian yang tepat (*reinforcemet* positif) terhadap kemampuan dan keterampilan merawat anggota keluarga yang sakit.
12. Perawat dapat melakukan promosi perawatan diri pada keluarga melalui pendidikan, negosiasi dan melakukan evaluasi pemberdayaan keluarga.

2.3.4 Prinsip Pemberdayaan Keluarga

Pelaksanaan intervensi keparawatan pemberdayaan keluarga diawal paradigma ini dikenalkan, memandang keluarga untuk dapat berperilaku dan mampu merawat anggota keluarga yang sakit di dikte atau diarahkan sepenuhnya oleh tenaga kesehatan. Dalam paradigma baru intervensi keperawatan pemberdayaan keluarga berpusat pada perawatan dan interaksi kolaboratif antara keluarga dengan tenaga kesehatan. Dalam sebuah review intervensi keperawatan yang berhubungan dengan keluarga dan penyakit kronis, Robinson (1994), menggambarkan sebuah kontinum dari sebuah pendekatan yang dikategorikan sebagai pendekatan tradisional, transisi, dan non-tradisional. Dalam pendekatan tradisional, dasar keyakinan yang digunakan adalah bahwa penyakit yang diderita anggota keluarga hanya dapat diatasi oleh perawat saja. Sedangkan pendekatan non-tradisional, berkeyakinan bahwa penyakit

yang diderita anggota keluarga dipengaruhi oleh banyak faktor dan dapat diselesaikan tidak hanya oleh intervensi keperawatan. Robinson (1994), menggambarkan pendekatan non-tradisional sebagai kemampuan keluarga sebagai arsitek perubahan. Keluarga memiliki kemampuan mengkombinasikan intervensi keperawatan dengan permintaan keluarga dalam sebuah pilihan intervensi yang mempengaruhi kondisi anggota keluarga yang sakit, pengalaman-pengalaman terhadap tindakan dan dampak terhadap sistem keluarga (Hulme P. A., 1999).

Pemberdayaan keluarga harus dilaksanakan dengan mempertimbangkan hasil positif yang hendak dicapai oleh keluarga, sehingga perlu memperhatikan prinsip-prinsip pemberdayaan keluarga sebagai berikut :

- 1) Pemberdayaan keluarga hendaknya tidak memberikan bantuan atau pendampingan yang bersifat *Charity* yang akan menjadikan ketergantungan dan melemahkan, melainkan bantuan, pendampingan, dan atau pelatihan yang mempromosikan *Self reliance* dan meningkatkan kapasitas keluarga.
- 2) Menggunakan metode pemberdayaan yang menjadikan keluarga menjadi lebih kuat (koping yang tepat), melalui pelatihan terhadap daya tahan dan adaya juang menghadapi masalah (stressor).
- 3) Meningkatkan partisipasi yang menjadikan keluargameningkat kapasitasnya dan mampu mengambil kontrol penuh, pengambilan keputusan penuh, dan tanggungjawab penuh untuk melakukan kegiatan.

2.3.5 Ruang Lingkup Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan Keluarga mencakup dimensi yang luas dari kebutuhan keluarga yang bersifat biopsikososiokultural dan spiritual. Menurut Sunarti (2008) menjelaskan bahwa ruang lingkup pemberdayaan keluarga meliputi aspek-aspek :

1) Ketahanan Keluarga

Peningkatan ketahanan keluarga meliputi ketahanan fisik, sosial, dan ketahanan psikologis keluarga. Ketahanan keluarga merupakan konsep luas kehidupan keluarga yang meliputi konsep berfungsinya keluarga, pengelolaan stress keluarga, kelentingan keluarga dan tahap perkembangan keluarga.

2) Fungsi, Peran dan Tugas Keluarga

Peningkatan kapasitas dan potensi keluarga dalam memenuhi fungsi kesehatan dan perawatan kesehatan keluarga, melaksanakan peran keluarga baik peran formal maupun informal, serta mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga sesuai tahap perkembangan keluarga.

3) Sumber Daya Keluarga

Rice dan Tucker 1987 dalam Sunarti 2007, mengelompokan sumber daya keluarga dalam tiga kelompok yaitu : sumber daya manusia, meliputi aspek kognitif, afektif dan psikomotor, serta sumber daya waktu. Sumber daya ekonomi seperti pendapatan, kesehatan, keuntungan pekerjaan dan kredit. Sumber daya lingkungan meliputi lingkungan sosial, serta lembaga politik.

4) Pengelolaan Masalah dan Stress Keluarga

Kemampuan keluarga dalam menghadapi stressor (penyebab stress) yang berpotensi menyebabkan stress dan krisis, termasuk dalam hal ini adalah kemampuan keluarga menggunakan mekanisme koping. Pemberdayaan keluarga diarahkan

meningkatkan tipologi efektif, meningkatkan kemampuan memperbanyak alternatif pilihan strategi dan mekanisme koping dalam keluarga dalam menghadapi krisis keluarga.

5) Interaksi dan Komunikasi Keluarga

Beberapa pendekatan dapat digunakan untuk menjelaskan interaksi dan komunikasi keluarga, seperti pendekatan sistem yang meliputi interaksi antara suami dan istri, interaksi antara orang tua dan anak, interaksi antara saudara kandung. Interaksi keluarga juga dapat dipandang sebagai sebuah proses yang dapat mempengaruhi kualitas hidup keluarga. Proses keluarga memerlukan komunikasi yang fungsional dalam keluarga, beberapa pola komunikasi yang tidak fungsional dalam keluarga dapat terjadi karena : adanya pesan yang tidak jelas atau pesan ganda, *stereotype*, yaitu pemberian nilai pada anggota keluarga yang lain untuk menghindari konflik.

6) Tipologi Keluarga

Mc Cubbin dan Thompson (1987), mengidentifikasi keluarga kedalam empat dimensi, yaitu ; *Family Regenerative* (kemampuan keluarga tumbuh kembang), *Family Resilient* (Kelentingan keluarga), *Rhythmic Family* (Kebersamaan keluarga), dan *Tradisionalistic Family*(tradisi keluarga).

7) Kelentingan Keluarga (*Family resilience*)

Kelentingan Keluarga didefinisikan sebagai kemampuan keluarga untuk merespon secara positif terhadap situasi yang menyengsarakan atau merusak kehidupan keluarga, sehingga memunculkan perasaan kuat, tahan dan lebih berdaya, lebih percaya diri dibanding situasi sebelumnya. Pada kondisi dimana keluarga mengalami krisis dan keluarga mencoba untuk mengatasinya, maka saat anggota

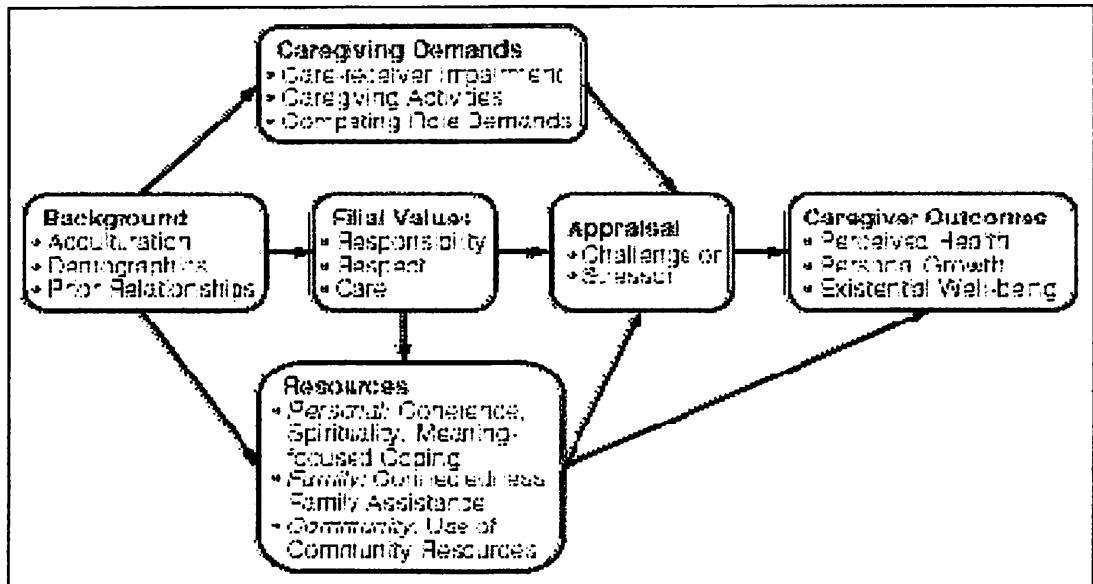
keluarga merasa percaya diri, kerja keras, kerja sama maka keluarga sebenarnya telah menunjukkan kelentingan keluarga yang baik, yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor sepanjang kehidupan keluarga (Simon, Murphy, Smith; 2005 dalam Sunarti,2007).

8) Tahap Perkembangan Keluarga

Dalam siklus kehidupan keluarga terdapat tahap-tahap yang dapat diprediksi. Formulasi tahap-tahap perkembangan keluarga yang paling banyak digunakan untuk keluarga inti dengan dua orang tua adalah delapan tahap siklus kehidupan keluarga dari Duvall (1977) yaitu ; Keluarga pemula, keluarga sedang mengasuh anak, keluarga dengan anak prasekolah, keluarga dengan anak sekolah, keluarga dengan anak remaja, keluarga dengan melepas anak dewasa muda, keluarga dengan orang tua pertengahan dan keluarga dalam masa pensiun atau lansia.

2.3.6 Model Pemberdayaan Keluarga

Model Konseptual dan empiris yang dapat digunakan untuk menjelaskan intervensi pemberdayaan keluarga adalah dengan menggunakan Model Pemberdayaan Pengasuhan (*Caregiver Empowerment Model/CEM*). CEM dapat lihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.2 Model Pemberdayaan Pengasuhan (Caregiver Empowerment Model)

Model ini mendefinisikan pemberdayaan keluarga sebagai peningkatan kemampuan keluarga untuk menilai, mempengaruhi, dan mengelola situasi dengan menggunakan sumber daya keluarga untuk mencapai hasil yang diinginkan. Model CEM (*Caregiver Empowerment Model*) ini dapat digunakan untuk meningkatkan dan mempromosikan hasil yang lebih baik dalam pengasuhan keluarga. Model Pemberdayaan Pengasuhan memperhitungkan variabel latarbelakang yang mempengaruhi situasi pemberian perawatan oleh keluarga seperti ; budaya, keyakinan tentang tanggung jawab pengasuhan keluarga, tuntutan pengasuhan, penilaian pengasuhan terhadap tuntutan yang mereka hadapi, serta spesifikasi sumber daya yang dimiliki keluarga.

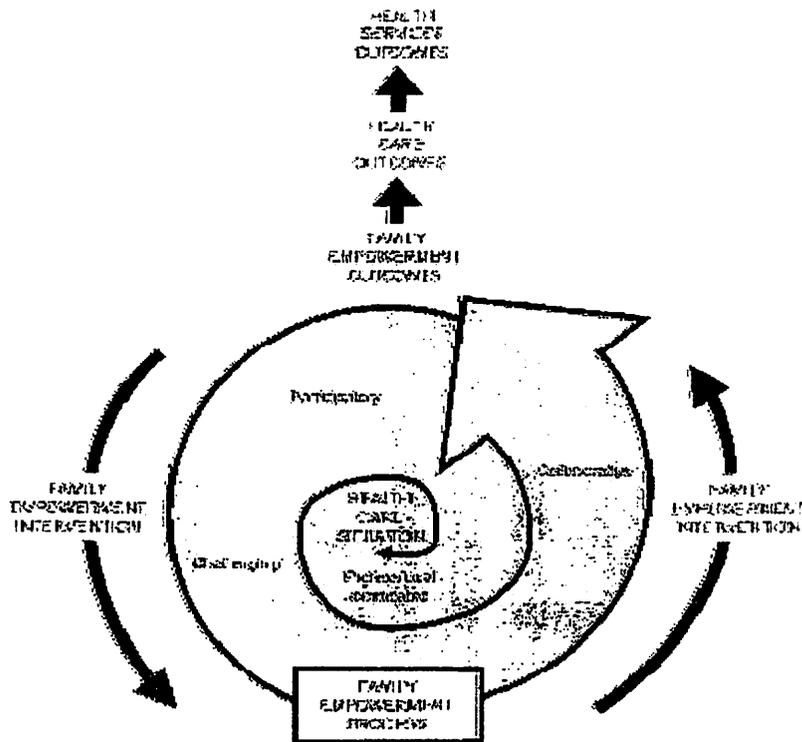
Beberapa Variabel yang terdapat pada model pemberdayaan pengasuhan terdiri dari ;

- 1) *Cargiving Demant* (Tuntutan Pengasuhan) terdiri dari : Penurunan penerimaan perawatan, kegiatan pengasuhan dan tuntutan peran bersaing.

- 2) *Resurces* (Sumber Daya) terdiri dari , Faktor Pribadi Anggota keluarga seperti, koheren, spiritualitas dan koping yang digunakan. Faktor Keluarga seperti, keterkaitan dan bantuan keluarga. Faktor Komunitas, seperti, penggunaan sumber daya komunitas.
- 3) *Filial Value* (Nilai Dasar), yang terdiri dari sikap tanggungjawab, rasa menghormati dan kemampuan merawat.
- 4) *Backgraund* (Latarbelakang Keluarga),terdiri dari akulturasi budaya, faktor demografi dan hubungan sebelumnya.
- 5) *Appraisal* (Penilaian), proses menilai yang terdiri dari dua komponen hasil penilaian, sebagai tantangan atau sebagai stressor/penyebab stres.
- 6) *Cargiver Outcame* (Hasil Pengasuhan), Hasil pengasuhan terhadap keluarga adalah Persepsi tentang sehat, pertumbuhan pribadi dan keluarga, eksistensi kondisi sejahtera.

2.3.7 Proses Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga dilaksanakan dengan melalui empat tahapan proses pemberdayaan keluarga (*family empowerment proses*) yang berjalan saling berurutan bertujuan untuk mengenalkan, mempromosikan, dan meningkatkan kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan untuk mempertahankan kehidupan keluarga berdasarkan ideologi pemberdayaan yang menjadikan semua anggota keluarga memiliki kemampuan dan kekuatan dan kapasitas untuk tumbuh dan menjadi lebih kompeten (Dunt & Trivette, 1996). Adapun untuk menjelaskan tahapan pemberdayaan keluarga dapat dijelaskan dengan menggunakan model pemberdayaan keluarga (*Family Empowerment Model*) yang di kenalkan oleh Polly A. Hulme (1999), seperti yang ada pada gambar 2.3.



Gambar 2.3 Gambar Model Proses Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment Process Model)

Adapun tahapan proses pemberdayaan keluarga dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Tahap Dominasi Profesional (*Professional dominated phase*)

Tahap ini ditandai dengan keluarga sangat percaya dan sangat tergantung pada tenaga kesehatan yang akan memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami sakit. Keluarga untuk sementara menyesuaikan dengan situasi perawatan yang dilakukan. Pada tahap ini perawat sangat penting melakukan kontrak awal dan membina hubungan saling percaya pada keluarga serta menjelaskan tentang masalah yang sedang dihadapi oleh keluarga. Biasanya fase ini berjalan selama keluarga mendapatkan diagnosis awal dari kondisi kesehatan kronis atau selama dalam

keadaan yang dianggap keluarga mengancam jiwa atau menyebabkan kekambuhan sakitnya.

2) Tahap Partisipasi Keluarga (*Participatory phase*)

Tahap ini terjadi sebagai akibat kondisi keluarga yang merasakan berat dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis dan muncul kesadaran kritis dan keinginan melakukan tindakan menjadi semakin meningkat. Keluarga mulai melihat diri mereka sebagai peserta penting dalam pengambilan keputusan terhadap anggota keluarga yang sakit kronis. Keluarga mulai belajar banyak tentang perawatan, aturan-aturan dari sistem perawatan kesehatan. Selain itu keluarga mulai mencari dukungan dan mencoba mengubah peran dan tanggung jawab untuk meningkatkan kemampuan keluarga untuk hidup sehat.

3) Tahap Menantang (*Challenging phase*)

Pada tahap ini, keseimbangan pengetahuan dan keterampilan mulai bergerak dari tenaga kesehatan kepada pengetahuan dan keterampilan keluarga. Pada tahapan ini keluarga dapat mengalami kehilangan kepercayaan atau kurang percaya diri, frustrasi, tidak pasti karena keluarga harus memulai melakukan perawatan pada anggota keluarga sendiri. Pada tahapan ini sangat penting memberikan pujian terhadap kemampuan keluarga. Koping keluarga berada pada fase ini, dimana kemandirian keluarga adalah merupakan salah satu indikator koping keluarga kompeten telah dilakukan oleh keluarga.

4) Tahap Kolaborasi (*Collaborative phase*)

Pada tahap ini, keluarga mulai mengasumsikan identitas baru dengan menjadi lebih percaya diri dan tegas. Keluarga sudah mulai kurang bergantung kepada tenaga kesehatan. Keluarga sudah mampu melakukan negosiasi dengan tenaga kesehatan.

Keluarga mulai menata ulang tanggungjawab untuk mempertahankan kehidupan keluarga dan berusaha meminimalkan dampak terhadap kondisi sakit kronis pada anggota keluarganya.

2.4 Model Keperawatan : Model Adaptasi dari Sister Callista Roy

2.4.1 Definisi

Model adaptasi Suster Calista Roy menjabarkan konsep individu sebagai sistem adaptif yang berinteraksi dengan stimulus melalui empat cara respon : yaitu fisiologis (*physiological function*), konsep diri (*self concept*), fungsi peran (*role function*) dan saling ketergantungan (*interdependence*). Asuhan keperawatan berfokus pada respon seseorang terhadap interaksi dengan lingkungan eksternal dan terhadap stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi adaptasi. Definisi ini menekankan bahwa dimensi keluarga di pandang sebagai ruang lingkup individu. (Friedman, 2010)

Dimensi keluarga memiliki ruang lingkup yang sama dengan proses adaptasi yang dilakukan oleh individu. Pada perkembangannya kemudian Roy dan Robert (1981) mengubah penjelasan tentang konsep keluarga bukan merupakan merupakan ruang lingkup individu, melainkan keluarga sebagai sebagai suatu sistem adaptif (seperti individu), memiliki input, kendali interna dan proses umpan balik serta output (Whall & Fawcett, 1991 dalam Friedman, 2010).

2.4.2 Model Konseptual

Asumsi utama yang mendasari Model Adaptasi dari Roy adalah landasan untuk menjelaskan gambaran spesifik dari konsep utama dari model ini. Konsep

utama dalam model adaptasi Roy adalah Orang (*person*) sebagai sistem adaptif (baik individu dan kelompok), lingkungan (*environment*), kesehatan (*health*) dan tujuan keperawatan (*goal of nursing*) (Parker & Marlaine, 2010).

1) Person Sebagai Sistem Adaptif

Menurut Roy, manusia adalah holistic dan merupakan sebuah sistem adaptif. Sebagai sistem adaptif, sistem manusia digambarkan secara keseluruhan dengan bagian-bagian yang berfungsi sebagai kesatuan untuk tujuan tertentu. Sistem manusia termasuk didalamnya adalah individu, kelompok termasuk keluarga, organisasi, komunitas, dan masyarakat secara keseluruhan. Meskipun keragaman mereka, semua person bersatu dalam nasib yang sama. Sistem manusia telah berpikir dan merasakan kapasitas, berakar pada kesadaran dan makna, dimana mereka menyesuaikan secara efektif untuk perubahan lingkungan dan, pada gilirannya, mempengaruhi lingkungan. Person memiliki pola umum dan saling keterkaitan hubungan dan makna. Roy mendefinisikan Person/orang sebagai fokus utama keperawatan, penerima asuhan keperawatan, yang hidup, dan kompleks, merupakan sebuah sistem adaptif dengan proses internal (*cognator dan regulator*) bertindak untuk mempertahankan adaptasi dalam empat mode adaptif.

Keempat cara tersebut dikelompokkan dalam efek (*effector*) dari aktivitas koping yang digunakan dan sering disebut sebagai mode Adaptif. Keempat mode, awalnya dikembangkan untuk sistem manusia sebagai individu, namun sekarang diperluas mencakup kelompok. Keempat mode tersebut adalah fisiologis-fisik (*the physiologic-physical*), Konsepdiri-identitas kelompok (*self-concept-group identity*), Fungsi peran (*role function*) dan saling ketergantungan (*interdependence*).

2) Lingkungan

Model Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi, situasi, dan pengaruh disekitarnya yang mempengaruhi pembangunan dan perilaku individu dan kelompok. Individu berada dalam lingkungan dan alam semesta yang berkembang dimaksudkan bahwa sebuah individu sebagai makhluk biofisik dalam komunitas dengan pola interaksi yang kompleks, menerima umpan balik, perubahan dan penurunan yang terjadi secara periodik dengan irama jangka panjang. Sebagai sebuah sistem adaptif Individu dan lingkungan saling berinteraksi memberikan masukan (*input*). Masukan (*input*) yang diberikan melibatkan baik faktor internal maupun faktor eksternal. Roy menggunakan karya Helson (1964) untuk mengkategorikan stimulus sebagai focal, kontekstual dan residual.

Stimulus masukan (*input*) internal yang spesifik adalah sebuah level adaptasi dimana merepresentasikan kapasitas koping individu dan kelompok. Ini mengubah level kemampuan terhadap efek internal dari perilaku adaptif. Roy mendefinisikan tiga level adaptasi : integrasi, kompensasi dan kompromi. Adaptasi Integrasi terjadi ketika struktur dan fungsi dari mode adaptif bekerja sebagai satu kesatuan yang menyeluruh untuk memenuhi kebutuhan manusia. Adaptasi Kompensasi adalah adaptasi yang terjadi ketika *cognator* dan *regulator* atau *stabilizer* dan *inovator* diaktifkan oleh tantangan. Sedangkan Adaptasi Kompromi adalah adaptasi yang terjadi ketika proses yang terjadi pada adaptasi integrasi dan adaptasi kompensasi berjalan tidak memadai, bahkan memunculkan masalah dalam adaptasi.

3) Kesehatan

Kesehatan adalah keadaan dan proses menjadi dan menjadi terintegrasi dan pribadi yang utuh. Ini adalah refleksi dari adaptasi, dimana terjadi interaksi individu dan lingkungan. Roy mengemukakan definisi ini dari pemikiran bahwa adaptasi adalah proses mempromosikan integritas fisiologis, psikologis, dan sosial dan integritas yang menyiratkan kondisi menuju kelengkapan atau kesatuan. Dalam karya-karya awalnya, Roy melihat bahwa kesehatan adalah sebuah kontinum yang mengalir dari kematian dan kesehatan yang buruk menuju pada tingkat kesehatan tinggi dan paripurna. Selama 1990-an, tulisan Roy lebih terfokus pada kesehatan sebagai proses di mana kesehatan dan penyakit dapat hidup berdampingan. Menurut Roy kesehatan bukanlah kebebasan dari keniscayaan kematian, ketidakbahagiaan, penyakit, dan stres, tetapi kemampuan untuk mengatasi masalah dengan cara yang kompeten.

Kesehatan dan penyakit adalah salah satu yang tak terelakkan, merupakan dimensi hidup dan pengalaman dari individu. Keperawatan melaksanakan tujuan profesionalnya berkaitan dengan dimensi ini. Ketika mekanisme koping tidak efektif, maka akan menghasilkan penyakit. Stus Kesehatan seseorang terjadi ketika manusia terus beradaptasi. Sebagai seseorang yang selalu beradaptasi dengan stimulus, mereka bebas untuk menanggapi stimulus lainnya.

4) Keperawatan

Roy mendefinisikan keperawatan secara luas sebagai sebuah profesi perawatan kesehatan yang berfokus pada proses kehidupan manusia dan polanya dan menekankan promosi kesehatan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Roy & Andrews, 1999). Secara spesifik, Roy mendefinisikan

keperawatan sebagai ilmu pengetahuan dan praktek yang memperluas kemampuan adaptif seseorang dan transformasi lingkungan. Dia mengidentifikasi kegiatan keperawatan sebagai penilaian perilaku dan rangsangan yang mempengaruhi adaptasi. Penilaian keperawatan didasarkan pada penilaian, dan intervensi yang direncanakan untuk mengelola rangsangan.

Roy membedakan keperawatan sebagai ilmu dari keperawatan sebagai suatu disiplin latihan. Keperawatan sebagai Ilmu adalah sistem pengembangan pengetahuan tentang orang-orang yang mengamati, mengklasifikasikan, dan menghubungkan proses positif yang terjadi pada individu yang mempengaruhi status kesehatan mereka. Keperawatan sebagai suatu disiplin praktek adalah ilmu keperawatan tentang pengetahuan digunakan untuk tujuan memberikan layanan penting kepada orang-orang, yaitu, mempromosikan kemampuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif. Keperawatan bertindak untuk meningkatkan interaksi orang dengan lingkungan untuk meningkatkan adaptasi.

2.4.3 Fokus /Penegasan Teori Model Adaptasi

Model Adaptasi Roy berfokus pada konsep adaptasi yang terjadi pada seorang individu. Konsepnya di bangun berdasarkan empat komponen yaitu : keperawatan, person, kesehatan dan lingkungan, serta semuanya yang saling terkait dalam konsep ini. Person terus mengalami rangsangan lingkungan. Pada akhirnya, respon dibuat dan adaptasi terjadi. Bentuk respon dapat berupa respon adaptif atau respon yang tidak efektif. Respon adaptif mempromosikan integritas dan membantu person untuk mencapai tujuan adaptasi, yaitu, mereka mencapai kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi, penguasaan, dan transformasi

lingkungan. Respon tidak efektif adalah gagal mencapai atau mengancam tujuan adaptasi. Keperawatan memiliki tujuan yang unik untuk membantu upaya adaptasi individu dengan mengelola lingkungan. Hasilnya adalah pencapaian tingkat optimal kesehatan oleh individu.

Sebagai sebuah sistem hidup terbuka, individu menerima masukan atau rangsangan baik dari lingkungan maupun dari dirinya sendiri. Tingkat adaptasi ditentukan oleh efek gabungan dari stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Adaptasi terjadi ketika individu merespon positif terhadap perubahan lingkungan. Respon adaptif mempromosikan integritas orang, yang mengarah pada status kesehatan. Respon yang tidak efektif terhadap rangsangan menyebabkan terganggunya integritas individu.

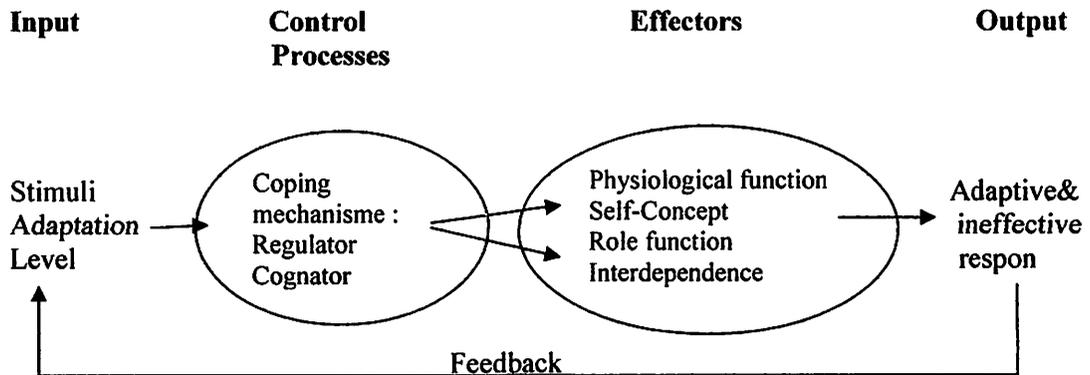
Ada dua subsistem yang saling terkait, seperti terlihat pada (Gambar 2.4). Subsistem proses utama, fungsional, atau proses control (*control processes*) terdiri dari regulator dan cognator. Subsistem, sekunder efektor terdiri dari empat mode adaptasi sebagai berikut : fisiologis-fisik (*the physiologic-physical*), Konsep diri-identitas kelompok (*self-concept-group identity*), Fungsi peran (*role function*), dan saling ketergantungan (*interdependence*). Keempat cara tersebut dikelompokkan dalam efek (*effector*) dari aktivitas koping yang digunakan dan sering disebut sebagai mode Adaptif.

Roy menggambarkan person, baik secara individu dan kelompok sebagai sistem adaptif yang holistik, lengkap yang memiliki aksi proses koping untuk mempertahankan adaptasi dan untuk meningkatkan individu dan mentransformasi lingkungan. Sebagai sebuah sistem person memiliki proses internal yang berfungsi menjaga integritas individu atau kelompok. Proses ini dikategorikan sebagai sebuah

subsistem : *regulator* dan *Cognator* untuk individu dan subsistem *Stabilizer* dan *innovator* untuk kelompok. *Regulator* merupakan proses yang melibatkan fungsi fisiologis manusia seperti kimia, neurologis, respon endokrin yang digunakan untuk mengatasi perubahan lingkungan. *Cognator* merupakan proses yang melibatkan fungsi kognisi dan emosi yang berinteraksi dengan lingkungan.

Lebih lanjut Roy juga menjelaskan proses koping untuk mengatasi masalah yang berhubungan dengan stabilitas dan perubahan yang terjadi pada tingkat kelompok adalah menggunakan subsistem *stabilizer* dan *Innovator* . Subsistem *Stabilizer* memiliki struktur, nilai-nilai dan kegiatan sehari-hari untuk mencapai tujuan utama dari kelompok. Sebagai contoh kelompok dalam pengertian sebuah keluarga dibentuk untuk mencari nafkah dan menyediakan pengasuhan, pendidikan untuk anak-anaknya. Nilai dalam keluarga mempengaruhi bagaimana para anggota keluarga berinteraksi dan menilai lingkungannya untuk memenuhi tanggung jawab mereka mempertahankan keluarga.

Kelompok dalam pengertian organisasi juga memiliki Subsistem *Inovator* yang digunakan untuk menanggapi lingkungan dengan inovasi dan perubahan. Sebagai contoh organisasi akan menggunakan strategi perencanaan untuk mencapai tujuan organisasi. Ketika *inovator* berfungsi baik, maka kelompok dapat menciptakan tujuan-tujuan baru dan pertumbuhan dalam mencapai tujuan yang lebih baik. Perawat dapat menggunakan subsistem *inovator*, untuk tujuan menciptakan perubahan organisasi dalam praktek keperawatan. Kedua proses koping yaitu *Cognator-regulator* dan *stabilizer-innovator* dimanifestasikan dalam empat cara yang secara khusus digunakan baik oleh individu maupun kelompok.



Gambar 2.4 Individu Sebagai Sistem Adaptasi Dari (*Model Adaptation Sister Callista Roy*)

Modus Fisiologi dalam model adaptasi Roy dikaitkan dengan cara individu berinteraksi secara fisik dengan lingkungan yang dimanifestasikan dari semua kegiatan tubuh secara fisiologis seperti kegiatan pada semua sel, jaringan, organ dan sistem tubuh manusia. Modus fisiologis memiliki sembilan komponen yang terdiri dari lima komponen dasar yaitu : kebutuhan oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat dan perlindungan. Empat proses kompleks yang terlibat dalam adaptasi fisiologis yaitu : indera; cairan, elektrolit dan asam-basa; fungsi neurologis dan fungsi endokrin.

Modus yang kedua adalah konsep diri (self concept) merupakan kategori perilaku yang berkaitan dengan aspek pribadi dari individu. Modus ini telah diidentifikasi sebagai keadaan psikis dan integritas spiritual yang terbentuk dari persepsi internal dan persepsi orang lain. Konsep Diri diartikan sebagai komposit keyakinan dan perasaan bahwa seseorang memegang dirinya sendiri pada waktu tertentu. Konsep diri mengarahkan perilaku seseorang. Komponen modus konsep diri adalah ; Fisik Diri (*the physical self*) terdiri dari sensai tubuh (*body sensation*) dan citra tubuh (*body image*) ; kepribadian diri (*personal self*) yang terdiri dari

konsistensi diri (*self consistency*), ideal diri (*self-ideal*) dan moral-etik dan sipirual diri (*moral-ethical-spiritual self*).

Modus yang ketiga adalah fungsi peran (*role function*) yang merupakan perilaku yang berkaitan dengan posisinya dalam masyarakat baik bagi individu maupun kelompok. Fungsi peran dalam perspektif individu berfokus pada peran individu dalam masyarakat. Peran sebagai unit yang berfungsi dalam masyarakat didefinisikan sebagai satu set harapan tentang bagaimana seseorang menduduki satu posisi berperilaku terhadap orang lain. Kebutuhan yang telah diidentifikasi dalam kaitan peran adalah adanya integritas sosial, pengembangan peran dan pengambilan peran dalam masyarakat.

Modus yang empat adalah Saling ketergantungan (*interdependence*) yaitu perilaku yang berhubungan dengan adanya saling ketergantungan pada individu dan kelompok. Dalam perspektif individu, saling ketergantungan berfokus pada interaksi yang berkaitan dengan memberikan dan menerima cinta, hormat dan nilai. Kebutuhan dasar dari modus ini adalah adanya hubungan dalam bentuk integritas relasi, rasa aman dalam memelihara hubungan. Pada perspektif kelompok, Saling ketergantungan berhubungan dengan bagaimana cara sistem adaptif manusia dalam kelompok yang dimanifestasikan dalam operasi dasar adaptasi terhadap sumber daya, yaitu : peserta (anggota kelompok/keluarga), fasilitas fisik, dan sumber daya keuangan. Kebutuhan dasar terkait dengan modus fisik untuk kelompok adalah sumber daya kecukupan, atau keutuhan yang dapat dicapai dengan beradaptasi dengan perubahan fisik sumber daya kelompok. Proses dalam mode ini termasuk pengelolaan sumber daya dan perencanaan strategis.

2.5 Konsep Diabetes Militus

2.5.1 Definisi

Menurut *American Diabetes Association* (ADA, 2005) Diabetes Militus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kegagalan pankreas mengeluarkan insulin secara memadai dan kerja insulin yang terganggu (resistensi insulin) atau kedua-duanya (Dalimartha & Adrian, 2012).

2.5.2 Klasifikasi

Berdasarkan sebab yang mendasari timbulnya, diabetes dibagi menjadi beberapa tipe. Di antara tipe-tipe diabetes yang masuk tipe diabetes utama adalah diabetes tipe-1 dan tipe-2. Terdapat juga tipe diabetes yang berkaitan dengan kehamilan sering disebut diabetes gestasional (Nurrahmani, 2011). Selain tipe diabetes tersebut terdapat tipe diabetes bentuk lain (Davey, 2005). Adapun penjelasan dari masing-masing tipe adalah sebagai berikut :

1) Diabetes Militus Tipe-1

Diabetes Militus Tipe-1 terjadi karena pankreas tidak dapat menghasilkan insulin yang disebabkan karena faktor infeksi virus atau reaksi autoimun (rusaknya kekebalan tubuh) yang merusak sel-sel penghasil insulin, yaitu sel beta pada pankreas secara menyeluruh. Kadar glukosa dalam darah penderita dikendalikan dengan pemberian insulin dari luar. Tanda dan gejala muncul mendadak. Tiba-tiba cepat merasa haus, sering kencing, badan kurus dan lemah. Apabila insulin tidak segera diberikan, penderita dapat jatuh koma ketoasidosis atau koma diabetik.

2) Diabetes Militus Tipe-2

Diabetes Militus Tipe-2 ditandai dengan insulin masih diproduksi oleh pankreas namun, jumlahnya tidak mencukupi serta adanya kerja insulin tidak efektif karena adanya hambatan pada kerja insulin (resistensi insulin). Resistensi insulin disebabkan karena kegemukan, kurang bergerak dan terlalu banyak makan dengan gizi yang tidak seimbang. Penderita biasanya mendapatkan obat untuk memperbaiki resistensi insulin dan juga memperbaiki pankreas untuk meningkatkan fungsi produksi insulin.

3) Diabetes Gestasional

Diabetes Militus yang terjadi pada ibu hamil, biasanya muncul pada minggu ke-24 (bulan keenam). Diabetes Gestasional biasanya menghilang sesudah melahirkan. Namun, pada hampir setengah angka kejadiannya, diabetes kemudian akan muncul kembali.

4) Diabetes Tipe Lain

Diabetes yang disebabkan karena faktor-faktor lain seperti : adanya kegagalan pankreas eksokrin seperti pankreatitis, pankreatektomi, kerusakan (karsinoma). Penyakit Endokrin seperti sindrom Cushing, akromegali. Diabetes karena malnutrisi, serta penyebab genetik yang menyebabkan kelainan pada kerja insulin dan gangguan pada fungsi sel beta pada pankreas, misalnya MODY (*maturity onset diabetes of young*).

2.5.3 Patofisiologi

Patofisiologi Diabetes dapat dijelaskan berdasarkan tipe diabetes. Pada diabetes tipe-1 terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel

beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia-puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia *postprandial* (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, penderita akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Penderita dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenesis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam amino serta substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini menjadi tidak terkontrol dan mengakibatkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlah berlebihan. Ketoasidosis diabetik yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah,

hiperventilasi, nafas bau aseton dan apabila tidak ditangani akan perubahan kesadaran, koma bahkan menimbulkan kematian.

Pada Diabetes tipe-2 terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa dalam sel. Resistensi insulin pada penderita diabetes tipe-2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan, dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe-2.

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah terjadinya pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe ini. Penanganan primer diabetes tipe-2 adalah dengan menurunkan berat badan, karena resistensi insulin berkaitan dengan obesitas. Latihan merupakan unsur penting untuk meningkatkan efektifitas insulin (Brunner & Suddarth, 1997).

2.5.4 Tanda dan Gejala

2.5.4.1 Tanda dan Gejala Klasik

1) Sering buang air kecil dengan volume banyak (Poliuria)

Hal ini terjadi karena kadar gula dalam darah melebihi nilai ambang ginjal (> 180 mg/dl), gula akan keluar bersama dengan urin. Untuk menjaga agar urin tidak terlalu pekat (mengandung glukosa), tubuh akan menarik air sebanyak mungkin ke dalam urine sehingga volume urine yang keluar menjadi banyak dan penderita akan mengeluh banyak kencing. Dalam keadaan normal, urine akan keluar sekitar 1,5 liter perhari, tetapi pada penderita diabetes yang tidak terkontrol dapat memproduksi urin lima kali jumlah tersebut. Biasanya penderita lebih sering buang air kecil di malam hari.

2) Sering merasa haus dan ingin minum (Polidipsi)

Dehidrasi atau kekurangan air akan dirasakan oleh penderita diabetes dikarenakan banyak buang air kecil, hal ini menjadikan tubuh menjadi kekurangan air dan menimbulkan haus sehingga penderita selalu menginginkan minum banyak.

3) Nafsu makan meningkat (Polifagi) dan merasa kurang tenaga

Sebagai akibat resistensi insulin menjadikan glukosa tidak dapat masuk kedalam sel yang berakibat glukosa tidak dapat digunakan oleh jaringan sebagai sumber kalori, hal ini menjadikan jaringan menjadi kekurangan kalori atau kelaparan di tingkat jaringan yang menjadikan rasa lapar terus menerus walaupun sudah beberapa kali mengkonsumsi makanan. Demikian pula tubuh merasakan lemas dan kurang tenaga.

4) Berat badan turun dan menjadi kurus

Kekurangan insulin dan resistensi insulin juga berakibat pada kekurangan kalori pada tubuh yang menjadikan tubuh berusaha mengubah lemak dan protein menjadi energi. Bila ini berlangsung lama, penderita kan menjadi kurus dan berat badannya turun.

2.5.4.2 Tanda dan Gejala Lain

Disamping gejala-gejala klasik, terdapat gejala lain diabetes. Gejala tersebut biasanya disebabkan oleh komplikasi yang sudah terjadi, seperti kesemutan dikaki, gatal-gatal, atau luka yang tidak sembuh-sembuh. Paling merisaukan adalah gatal-gatal di daerah selangkangan (*pruritus vulva*). Keluhan yang sama dapat terjadi pada pria ketika ujung penis menjadi terasa sakit (*balanitis*). Kulit luar kemaluan dapat menebal (*phimosis*) sehingga mencegah kulit tersebut tertarik kembali seperti semula dan sulit untuk menjaga kebersihan penis (Nurrahmani, 2011).

2.5.5 Diagnostik

Perkeni (2006), dalam sebuah konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes militus tipe-2 menetapkan bahwa diagnosis diabetes melitus ditentukan berdasar pemeriksaan kadar glukosa darah, melalui pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan darah plasma vena. Penggunaan bahan darah utuh (*Whole Blood*), vena atau kapiler dapat digunakan. Adapun diagnosis diabetes dapat ditegakkan melalui tiga cara:

1) Keluhan Klasik dan Glukosa Plasma Sewaktu

Jika keluhan klasik ditemukan, maka periksa glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L), maka sudah dapat didiagnosis sebagai penderita diabetes. Glukosa Plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir.

2) Pemeriksaan Glukosa Plasma Puasa

Jika gejala klasik ditemukan, maka diperiksa kadar glukosa plasma puasa didapatkan hasil ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L), maka sudah dapat didiagnosis penderita diabetes. Glukosa plasma puasa diartikan sebagai kadar glukosa plasma penderita yang tidak mendapatkan kalori tambahan sedikitnya selama 8 jam. Bila hasil pemeriksaan antara 100 – 125 mg/dL (5.6-6.9 mmol/L) maka penderita didiagnosis sebagai GDPT (Gula Darah Puasa Terganggu). GDPT menandakan adanya defisiensi insulin basal yang menyebabkan hiperglikemia pada keadaan puasa. Penyuntikan insulin basal bermanfaat untuk memperbaiki kadar glukosa darah puasa.

3) Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

Jika kadar glukosa plasma 2 jam pada TTGO ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L). TTGO dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 g glukosa anhidrus yang dilarutkan ke dalam air. TTGO sulit dilakukan secara berulang sehingga jarang dilakukan. Bila hasil pemeriksaan kadar glukosa plasma 2 jam setelah minum larutan glukosa 75 g hasilnya antara 140-199mg/dL (7.8-11.0 mmmol/L) maka penderita mengalami TGT (Toleransi Glukosa Terganggu). Keadaan ini menandakan adanya resistensi insulin dan memerlukan pengobatan dini karena sudah termasuk pradiabetes.

Disamping pemeriksaan diabetes juga terdapat pemeriksaan yang lain yaitu Pemeriksaan penyaring ditujukan pada individu yang memiliki resiko diabetes namun tidak menunjukkan adanya gejala diabetes. Pemeriksaan penyaring bertujuan untuk menemukan penderita dengan diabetes, TGT maupun GDPT, sehingga dapat ditangani lebih dini secara tepat. TGT dan GDPT disebut sebagai intoleransi glukosa, merupakan tahap sementara menuju diabetes. Kedua keadaan tersebut merupakan faktor resiko untuk terjadinya diabetes dan penyakit kardiovaskuler. Pemeriksaan penyaringan dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu atau kadar darah puasa. Kadar glukosa darah sewaktu dan glukosa darah puasa sebagai patokan penyaringan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel.2.1 Kadar glukosa darah sewaktu dan glukosa darah puasa sebagai patokan penyaringan dan diagnosis DM (mg/dL)

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena	<100	100 - 199	≥200
	Darah kapiler	< 90	90-199	≥200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	Plasma vena	<100	100-125	≥126
	Darah kapiler	< 90	90-99	≥100

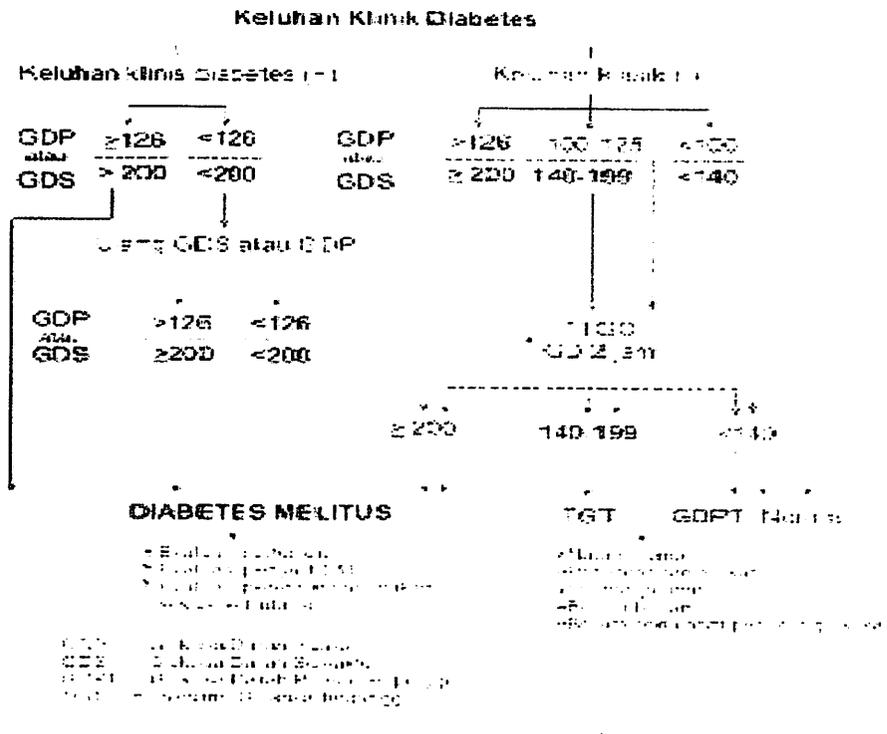
Apabila pada pemeriksaan penyaringan ditemukan hasil positif, maka dilakukan konfirmasi dengan pemeriksaan glukosa plasma puasa dengan test toleransi glukosa oral (TTGO) standar. Untuk skema langkah-langkah diagnostik diabetes dapat dilihat pada gambar berikut ini :

Disamping pemeriksaan diabetes juga terdapat pemeriksaan yang lain yaitu Pemeriksaan penyaring ditujukan pada individu yang memiliki resiko diabetes namun tidak menunjukkan adanya gejala diabetes. Pemeriksaan penyaring bertujuan untuk menemukan penderita dengan diabetes, TGT maupun GDPT, sehingga dapat ditangani lebih dini secara tepat. TGT dan GDPT disebut sebagai intoleransi glukosa, merupakan tahap sementara menuju diabetes. Kedua keadaan tersebut merupakan faktor resiko untuk terjadinya diabetes dan penyakit kardiovaskuler. Pemeriksaan penyaringan dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu atau kadar darah puasa. Kadar glukosa darah sewaktu dan glukosa darah puasa sebagai patokan penyaringan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel.2.1 Kadar glukosa darah sewaktu dan glukosa darah puasa sebagai patokan penyaringan dan diagnosis DM (mg/dL)

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena	<100	100-199	≥200
	Darah kapiler	< 90	90-199	≥200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	Plasma vena	<100	100-125	≥126
	Darah kapiler	< 90	90-99	≥100

Apabila pada pemeriksaan penyaringan ditemukan hasil positif, maka dilakukan konfirmasi dengan pemeriksaan glukosa plasma puasa dengan test toleransi glukosa oral (TTGO) standar. Untuk skema langkah-langkah diagnostik diabetes dapat dilihat pada gambar berikut ini :



Gambar 2.5 Langkah-langkah diagnostik diabetes militus (PERKENI,2006)

2.5.6 Komplikasi

2.5.6.1 Komplikasi Akut

Terdapat tiga komplikasi akut pada diabetes yang utama dan berhubungan dengan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek. Ketiga komplikasi tersebut adalah ; Hipoglikemia, ketoasidosis diabeti dan sindrom NHNK.

1) Hipoglikemia (Reaksi Insulin)

Hipoglikemia (kadar glukosa darah yang abnormal rendah) terjadi kalau kadar glukosa darah turun di bawah 50 – 60 mg/dL (2.7 – 3.3 mmol/L). Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat. Hipoglikemia dapat terjadi dengan tingkatan ringan, sedang sampai dengan berat.

Hipoglikemia ringan, ketika kadar glukosa darah turun merangsang sistem saraf simpatik dengan terjadinya pelimpahan adrenalin ke dalam darah menyebabkan gejala seperti tremor, takikardi, palpitasi, kegelisahan dan rasa lapar. Pada hipoglikemia sedang, penurunan kadar glukosa darah menyebabkan sel-sel otak tidak memperoleh cukup bahan bakar untuk bekerja dengan baik. Tanda-tanda gangguan fungsi saraf pusat mencakup ketidakmampuan berkonsentrasi, sakit kepala, vertigo, kuno-fusi, penurunan daya ingat, gerakan tidak terorganisasi, perubahan emosional, perasaan ingin pingsan. Pada Hipoglikemia Berat, fungsi saraf pusat mengalami gangguan yang sangat berat sehingga penderita memerlukan pertolongan. Gejala dapat mencakup perilaku yang mengalami disorientasi, serangan kejang, kehilangan kesadaran.

2) Ketoasidosis Diabetik

Ketoasidosis diabetik disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Keadaan ini mengakibatkan gangguan pada metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Terdapat tiga gambaran klinis yang penting pada diabetes ketoasidosis yaitu ; dehidrasi, kehilangan elektrolit dan asidosis. Ketoasidosis diabetik ditandai dengan adanya hiperglikemia yang menimbulkan poliuria dan polidipsi. Disamping itu penderita juga mengalami penglihatan kabur, kelemahan dan sakit kepala. Penderita dengan penurunan volume intravaskuler yang nyata mungkin akan menderita hipotensi ortostatik, denyut nadi yang lemah dan cepat. Gejala gastrointestinal yang dapat terjadi antara lain anoreksia, mual, muntah dan nyeri abdomen, nafas penderita berbau aseton, pernafasan kussmaul dan hiperventilasi. Dapat terjadi pula perubahan status mental seperti mengantuk sampai koma.

3) Sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik

Sindrom ini merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai perubahan tingkat kesadaran. Pada saat yang sama tidak ada atau terjadi ketosis ringan. Perbedaan sindrom ini dengan diabetes ketoasidosis adalah tidak terdapatnya ketosis dan asidosis. Gejala yang dapat terlihat adalah hipotensi, dehidrasi berat, takikardi, tanda-tanda neurologis yang bervariasi.

2.5.6.2 Komplikasi Kronis

Komplikasi jangka panjang diabetes dapat menyerang semua organ dalam tubuh. Yang termasuk dalam komplikasi kronis yang lazim adalah : Penyakit makrovaskuler, penyakit mikrovaskuler dan penyakit neuropati.

1) Penyakit Makrovaskuler

Berbagai tipe penyakit makrovaskuler yang dapat terjadi sebagai akibat diabetes militus tergantung pada lokasi lesi aterosklerotik. Penyakit Arteri Koroner, terjadi perubahan aterosklerotik dalam pembuluh arteri koroner menyebabkan insidens infark miokard. Penyakit Serobrovaskuler, terjadi perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah serebral atau pembentukan embolus di tempat lain dalam sistem pembuluh darah yang kemudian terbawa aliran darah sehingga terjepit dalam pembuluh darah serebral dapat menimbulkan serangan iskemia dan stroke. Penyakit Vaskuler Perifer, terjadi perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstremitas bawah merupakan penyebab meningkatnya insidens penyakit oklusif arteri perifer. Tanda-tandanya berkurangnya denyut nadi perifer dan klaudikasio intermitten. Pada kondisi yang parah penyakit oklusif arteri ekstremitas bawah merupakan penyebab utama meningkatnya ganggren dan amputasi.

2) Penyakit Mikrovaskuler

Penyakit Mikrovaskuler merupakan penyakit yang unik pada penderita diabetes militus. Penyakit ini ditandai dengan penebalan membran basalis pembuluh kapiler. Membran basalis mengelilingi sel-sel endotel kapiler. Ada dua tempat dimana gangguan fungsi kapiler dapat berakibat serius yaitu : mikrosirkulasi pada retina mata dan ginjal. Retinopati Diabetik disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh darah kecil pada retina mata. Ada tiga stadium utama retinopati yaitu : retinopati nonproliferasi, retinopati praproliferasi dan retinopati proliferasi. Penyakit lain yang dapat disebabkan oleh mikrovaskuler adalah Nefropati, hal ini terjadi karena hiperglikemia, maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stress dan kebocoran protein darah ke dalam urin. Sebagai akibatnya, tekanan dalam pembuluh darah ginjal meningkat yang menjadikan nefropati.

3) Penyakit Neuropati

Neuropati dalam diabetes mengacu pada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer (sensorimotor), otonom dan spinal. Kelainan tersebut tampak beragam secara klinis dan bergantung pada lokasi saraf yang terkena.

2.5.7 Penatalaksanaan

Perkeni (2006) menetapkan empat pilar penatalaksanaan diabetes militus yang terdiri dari : Edukasi, terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologis. Adapun masing-masing pilar penatalaksanaan diabetes millitus dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Edukasi

Pemberian edukasi diarahkan pada penderita diabetes tipe-2 dan keluarga yang memiliki resiko atau sudah terdiagnosis diabetes, biasanya berasal dari keluarga dengan pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk mapan. Pemberdayaan penderita dan keluarga (*Family Empowerment*), memerlukan partisipasi aktif penderita, keluarga dan masyarakat. Pemberian edukasi yang ditekankan pada tujuan promosi hidup sehat pada penderita diabetes perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan diabetes secara holistik. Materi edukasi terdiri dari materi tingkat awal atau dasar dan materi tingkat lanjut. Materi tingkat dasar seperti : pengetahuan tentang perjalanan penyakit, makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan diabetes, penyulit dan resikonya serta intervensi farmakologis, diet, latihan jasmani, pentingnya perawatan kaki dan lainnya. Materi tingkat lanjut seperti : pengetahuan tentang penyulit menahun, penatalaksanaan diabetes selama menderita penyakit lain, makan di luar rumah dan lainnya.

2) Terapi Gizi Medis

Terapi Gizi Medis (TGM) merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes secara menyeluruh, penderita diabetes mendapatkan TGM sesuai dengan kebutuhannya sebagai kebutuhan dalam rangka mencapai sasaran terapi. Prinsip pengaturan makanan adalah makanan seimbang sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat-zat gizi lainnya. Yang paling utama adalah adanya keteraturan dalam jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama yang menggunakan insulin. Adapun terapi gizi medis dapat dijelaskan sebagai berikut :

(1) Komposisi Makanan yang dianjurkan

Komposisi makanan yang dianjurkan harus mengandung karbohidrat, lemak, protein, natrium dan serat. Kebutuhan karbohidrat yang dianjurkan adalah 45-65% dari seluruh asupan energi. Makanan harus mengandung karbohidrat terutama yang berserat tinggi. Makan tiga kali sehari untuk mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari, berikan makanan selingan buah atau makanan lain. Asupan lemak yang dianjurkan sekitar 20-25% kebutuhan kalori. Tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi. Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans antara lain : daging berlemak dan susu penuh (*whole milk*), anjuran konsumsi kolesterol < 300 mg/hari. Asupan Protein yang dianjurkan sebesar 10-20% total asupan energi. Sumber protein yang baik adalah seafood (ikan, udang, cumi, dan lainnya), daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe. Pada penderita dengan nefropati perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg BB perhari atau 10 % dari kebutuhan energi dan 65% hendaknya yang tinggi nilai biologiknya. Setiap 1 g protein yang dikonsumsi akan menghasilkan 4 kalori. Diet protein yang tinggi (lebih dari 20% total kalori) tidak dianjurkan karena membahayakan fungsi ginjal yang justru beresiko terkena nefropati diabetik.

Salah satu jenis karbohidrat yang tidak dapat dicerna oleh sistem pencernaan manusia adalah serat. Serat dianjurkan dikonsumsi penderita diabetes dengan jumlah yang cukup. Adapun jenis makanan yang mengandung serat antara lain kacang-kacangan, buah dan sayur, ini sangat baik karena juga mengandung vitamin dan mineral. Anjuran konsumsi serat adalah ± 25 g/1000 kkal/hari. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan penderita diabetes sama seperti orang sehat lainnya, yaitu

tidak lebih dari 3000 mg atau sama dengan 6-7 g (1 sendok teh)garam dapur. Bagi penderita diabetes yang mengalami hipertensi, pembatasan natrium sampai 2400 mg garam dapur. Adapun sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin, soda dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit.

(2) Kebutuhan Kalori

Kebutuhan kalori bagi penderita diabetes militus ditentukan dengan menghitung kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kalori/Kg BB ideal, ditambah atau dikurangi bergantung pada beberapa faktor seperti : umur, jenis kelamin,aktivitas dan berat badan. Berdasarkan umur, penderita yang berusia di atas 40 tahun, kebutuhan kalori dikurangi 5% untuk dekade antara 40 dan 59 tahun, dikurangi 10% untuk usia 60-69 tahun dan dikurangi 20%, untuk usia di atas 70 tahun. Berdasarkan jenis kelamin, kebutuhan kalori pada wanita lebih kecil daripada pria. Kebutuhan kalori wanita sebesar 25 kal/kg BB dan pria sebesar 30 kal/kgBB. Berdasarkan aktivitas fisik, kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktivitas fisik. Penambahan dapat diberikan sejumlah 10% dari kebutuhan basal pada keadaan istirahat, 20% aktivitas ringan, 30% aktivitas sedang, dan 50% pada aktivitas sangat berat. Berdasarkan berat badan, bila gemuk dikurangi 20-30%, bila kurus ditambah 20-30%. Untuk tujuan penurunan berat badan jumlah kalori yang diberikan paling sedikit 1000-1200 kkal perhari untuk wanita dan 1200-1600 kkal perhari untuk pria. Komposisi makanan dengan jumlah kalori tersebut disajikan dalam 3 porsi besar untuk makan pagi 20%, makan siang 30% dan makan sore 25% serta 2-3 porsi berbentuk makanan ringan 10-15%.

(3) Pemilihan Makanan

Menentukan pilihan makanan pada penderita diabetes sangat penting, perlu memperhatikan jenis makanan berdasarkan manfaat dan fungsi dari zat gizi yang akan dipilih, sangat dianjurkan pemilihan makanan yang bervariasi dan mengandung zat gizi yang lengkap terdiri dari sumber karbohidrat, sumber vitamin dan mineral, sumber protein baik hewani maupun protein nabati. Adapun porsi yang direkomendasikan adalah untuk sumber karbohidrat dikonsumsi 3-7 porsi/penukar sehari (tergantung status gizi). Sumber vitamin dan mineral : sayuran diberikan 2-3 porsi/penukar, buah diberikan 2-4 porsi/penukar sehari. Sumber protein yang berupa lauk hewani diberikan 3 porsi/penukar dan lauk nabati diberikan 2-3 porsi/penukar sehari.

3) Latihan Jasmani

Latihan Jasmani bagi penderita diabetes melitus adalah merupakan salah satu pilar penting dalam penanggulangan dan pengelolaan diabetes melitus tipe-2. Latihan jasmani dapat dilakukan dengan durasi 3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai CRIFE (continuous, rhythmical, interval, progressive, endurance training), Sedapat mungkin mencapai zona sasaran 75-85% denyut nadi maksimal (FK. Universitas Indonesia, 2007). Bentuk kegiatan dari latihan jasmani yang dianjurkan adalah berupa latihan yang bersifat aerobik seperti : jalan kaki, bersepeda santai dan berenang. Latihan Jasmani bertujuan untuk menjaga penderita tetap dalam keadaan bugar, menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin sehingga akan memperbaiki pengaturan kadar glukosa dalam darah. Selama kegiatan latihan jasmani dilakukan, kegiatan sehari-hari yang lain seperti berjalan kaki ke kantor, menggunakan tangga, berkebun dan lain sebagainya tetap dilakukan.

Latihan Jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur penderita dan status kesegaran jasmani. Penderita yang cukup sehat, intensitas latihan jasmani bisa ditingkatkan, bagi yang sudah terdapat komplikasi maka dapat dikurangi.

4) Intervensi Farmakologi

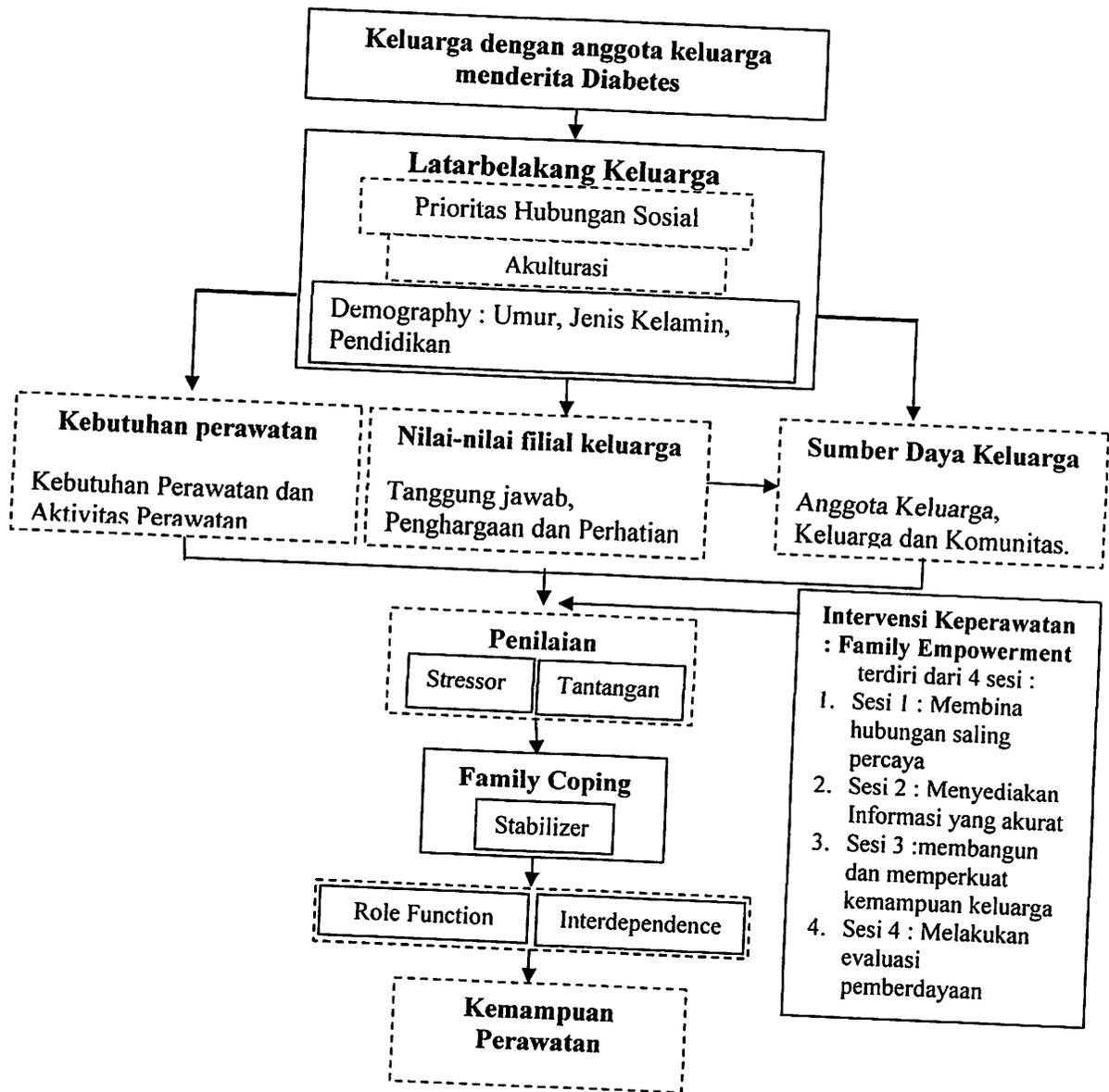
Intervensi farmakologis diberikan jika kadar glukosa darah penderita diabetes militus masih tetap tinggi atau belum sesuai dengan batas yang normal setelah dilakukan intervensi pengaturan gizi medis dan latihan jasmani. Prinsip pengelolaan intervensi farmakologi adalah dengan memberikan obat hipoglikemik oral dan pemberian insulin. Obat hipoglikemik oral (OHO) diberikan berdasarkan cara kerja obat tersebut yaitu : sebagai pemicu sekresi insulin dapat diberikan sulfonilurea dan glinid. Penambah sensitivitas terhadap insulin dapat diberikan metformin, tiazolidindion. Penghambat glukoneogenesis dapat diberikan metformin. Penghambat absorpsi glukosa dapat diberikan Acarbose (penghambat glukosidase alfa).

Secara keseluruhan sebanyak 20-25% penderita diabetes militus tipe-2 berlanjut pada kondisi memerlukan insulin untuk mengendalikan kadar glukosa darahnya. Bagi penderita yang kadar glukosa darahnya tidak dapat dikendalikan lagi dengan menggunakan kombinasi sulfonilurea dan metformin, langkah berikutnya yang mungkin diberikan adalah pemberian insulin. Pemberian Insulin juga dapat diberikan pada keadaan seperti : penurunan berat badan yang cepat, hiperglikemia berat yang disertai ketosis, gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

- : Diteliti
- : Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual (Modifikasi Caregiver Empowerment Model and Model Adaptation Sister Callista Roy)

Keluarga dengan anggota keluarga menderita penyakit kronis ; diabetes militus tipe-2 merupakan masalah bagi keluarga dapat mempengaruhi perkembangan, struktur dan fungsi keluarga. Kondisi sakit dan penyakit menuntut keluarga melakukan upaya mengatasi masalah tersebut sehingga tidak mempengaruhi fungsi keluarga secara keseluruhan. Terganggunya fungsi keluarga sebagai akibat kondisi sakit dan penyakit anggota keluarga disebabkan kurangnya akses informasi yang dibutuhkan, kurang kompetennya keluarga mengatasi masalah, strategi koping keluarga yang tidak memadai. Keluarga membutuhkan pemahaman, sikap dan keterampilan yang memadai untuk melaksanakan fungsi merawat atau mengasuh anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis. Fungsi merawat anggota keluarga harus dilakukan keluarga secara kompeten dengan meningkatkan koping keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit sangat dipengaruhi oleh latar belakang keluarga (*Backgraund*) yang terdiri dari akulturasi budaya, faktor demografi dan hubungan sebelumnya. Latarbelakang keluarga akan mempengaruhi persepsi keluarga terhadap beberapa variabel struktur dan fungsi keluarga, antara lain; kebutuhan keluarga akan perawatan/pengasuhan terhadap anggota keluarga yang sakit (*Cargiving Demant*), Nilai-nilai Dasar Keluarga (*Filial Value*) dan Sumber Daya Keluarga (*Resources*).

Kebutuhan keluarga akan perawatan/pengasuhan terhadap anggota keluarga yang sakit (*Cargiving Demant*), merupakan kebutuhan yang mengharuskan keluarga melakukan kegiatan pengasuhan bagi anggota keluarga yang sakit. *Filial Value* (Nilai Dasar) dasar keluarga yang harus dimiliki dan dimunculkan dalam aktivitas merawat anggota keluarga yang sakit, yang terdiri dari sikap tanggungjawab, rasa

menghormati dan kemampuan merawat. *Resurces* (Sumber Daya) keluarga terdiri dari , faktor pribadi anggota keluarga seperti, koheren, spiritualitas dan coping yang digunakan. Faktor Keluarga seperti, keterkaitan dan bantuan keluarga. Faktor Komunitas, seperti, penggunaan sumber daya komunitas.

Tiga komponen tersebut yaitu, Kebutuhan pengasuhan akan perawatan (*Cargiving Demant*), Nilai dasar keluarga (*Filial Valeu*) dan Sumber daya keluarga (*Resources*),selanjutnya dinilai oleh keluarga melalui proses penilaian (*Appraisal*), proses menilai yang terdiri dari dua komponen hasil penilaian, sebagai tantangan atau sebagai stressor/penyebab stres. Proses ini menjadi sangat penting karena bila keluarga dapat melakukan penilaian secara tepat dan positif maka keluarga akan dapat melakukan proses perawatan dengan kompeten. Proses penilaian(*appraisal*) membutuhkan intervensi keperawatan pemberdayaan keluarga. Intervensi diarahkan pada upaya meningkatkan kompetensi keluarga dalam meningkatkan pemberdayaan pengasuhan atau perawatan anggota keluarga yang sakit yang ditandai dengan coping keluarga yang memadai, sehingga peningkatan coping keluarga mempengaruhi *Cargiver Outcame* (Hasil Pengasuhan).

3.2 Hipotesis

1. Ada perbedaan tingkat coping keluarga sebelum dan setelah diberikan intervensi : Pemberdayaan keluarga (*family empowerment*).
2. Ada pengaruh pemberian intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) terhadap coping keluarga dengan anggota keluarga mengalami Diabetes Millitus Tipe-2

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian

Rancangan penelitian ini adalah rancangan eksperimen semu (quasi eksperimen) yang tujuan untuk menyelidiki kemungkinan saling hubungan sebab akibat dengan cara mengadakan intervensi atau perlakuan kepada satu atau lebih kelompok eksperimen, kemudian hasil (akibat) dari intervensi tersebut dibanding dengan kelompok yang tidak dikenakan perlakuan (kelompok kontrol). Adapun design penelitian eksperimen yang digunakan adalah *Non Equivalent Control Group* (Setiadi, 2007).

Dalam rancangan ini terdapat dua kelompok, kelompok pertama diberikan perlakuan dan kelompok yang lainnya tidak. Kelompok yang diberi perlakuan disebut kelompok eksperimen dan kelompok yang tidak diberi perlakuan disebut kelompok kontrol (Sugiyono, 2009).

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian *Non Equivalent Control Group design*

O1	x	O2
O3		O4

Keterangan :

- O1 : Koping keluarga kelompok perlakuan sebelum dilakukan Intervensi
- O2 : Koping keluarga kelompok perlakuan setelah dilakukan Intervensi
- O3 : Koping keluarga kelompok kontrol pada saat *pre test*
- O4 : Koping keluarga kelompok kontrol pada saat *post test*
- X : Intervensi Keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*)

4.2 Populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel (*Sampling*)

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita penyakit Diabetes Militus Tipe-2 yang tinggal di Kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang sebanyak 123 keluarga. Data jumlah penderita didapatkan dari data pasien yang berkunjung ke Puskesmas Telogosari Kulon tahun 2011/2012.

4.2.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009). Sampel pada penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita Diabetes Militus Tipe-2 dengan kriteria inklusi sebagai berikut ;

- 1) Anggota keluarga adalah anggota keluarga yang berfungsi sebagai pengambil keputusan baik suami atau istri atau anak dari penderita diabetes millitus tipe-2.
- 2) Berusia 25 – 60 tahun
- 3) Tinggal satu rumah dengan penderita.
- 4) Anggota keluarga bisa menulis dan membaca

Besar sampel yang digunakan pada penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus besar sampel yang sesuai dengan penelitian. Penelitian ini adalah termasuk penelitian analisis dengan skala pengukuran numerik berpasangan . (Dahlan, 2010).

Dengan demikian, rumus besar sampel yang digunakan adalah :

$$n1 = n2 = 2 \left(\frac{(Z \alpha + Z \beta) S}{X1 - X2} \right)^2$$

Keterangan :

n : Jumlah Sampel yang digunakan

Z_{α} : Kesalahan tipe I : ditetapkan sebesar 5%, sehingga besarnya adalah : 1,64

Z_{β} : Kesalahan tipe II : ditetapkan sebesar 10%, sehingga besarnya adalah : 1,28

S : Simpang baku (literatur) : 14, Dahlan (2010)

$X1-X2$: Selisih minimal yang dianggap bermakna :15

Sehingga dengan kita memasukkan nilai-nilai diatas pada rumus, akan diperoleh penghitungan sebagai berikut :

$$n1 = n2 = 2 \left(\frac{(1,64 + 1,28)14}{15} \right)^2$$

$$n = 14,71$$

$$= \text{dibulatkan menjadi } 15$$

Berdasarkan penghitungan tersebut, dibutuhkan jumlah sampel sebesar 15 responden akan dibagi ke dalam dua kelompok, yaitu kelompok intervensi/ perlakuan sebesar 15 responden dan kelompok kontrol sebanyak 15 responden.

4.2.3 Sampling

Teknik sampling adalah merupakan teknik pengambilan sampel. Untuk menentukan sampel yang digunakan dalam penelitian. (Sugiyono, 2009). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *Nonprobability Sampling* dengan teknik *Consecutives sampling*, yaitu menentukan sampel yang memenuhi kriteria pemilihan yang dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Klasifikasi Variabel

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah : Intervensi Keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*), dan variabel terikatnya adalah Koping keluarga.

4.3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini ditetapkan berdasarkan karakteristik yang diamati dengan menggunakan parameter –parameter yang di jadikan ukuran dalam penelitian. Adapun definisi operasional penelitian ini dijelaskan seperti pada Tabel 4.1 di bawah ini.

Tabel 4.2
Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
A. Variabel Independen : Variabel bebas yang diteliti						
1.	Intervensi : <i>Family Empowerment</i>	Kegiatan yang bertujuan meningkatkan kemampuan keluarga untuk menilai, mempengaruhi, dan mengelola situasi dengan menggunakan sumber daya keluarga untuk mencapai hasil yang diinginkan.	Intervensi Family Empowerment terdiri dari 4 sesi : 1. Sesi 1 : Membina hubungan saling percaya 2. Sesi 2 : Menyediakan Informasi yang akurat 3. Sesi 3 : membangun dan memperkuat kemampuan keluarga 4. Sesi 4 : Melakukan evaluasi pemberdayaan Dilakukan selama 2 minggu dengan pembagian 2kali dalam 1 minggu.	SAP <i>Family Empowerment Intervensi</i>	-	-

B. Variabel Dependen						
2.	Koping Keluarga	Kemampuan Keluarga menggunakan sumberdaya dalam mengatasi stress yang dihadapi keluarga	<p>Pertanyaan tentang Kemampuan keluarga dalam menggunakan potensi keluarga yang terdiri dari 9 item pertanyaan antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan keluarga dalam membantu kemandirian fisik penderita. 2. Kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan terapeutik 3. Kemampuan keluarga tentang pengetahuan kondisi kesehatan penderita. 4. Kemampuan keluarga mengaplikasikan prinsip personal hiegiene pada penderita 5. Kemampuan keluarga bersikap positif terhadap perawatan kesehatan 6. Kemampuan keluargaterhadap kompetensi emosi 7. Keluarga memiliki pola hidup 8. Kemampuan Keluargamenyiap kan lingkungan fisik 9. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas komunitas 	Instrumen Indeks Koping Keluarga	Interval	<p>Skore :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak Kompeten : 9-20 2. Kompeten sedang 21-32 3. Kompeten 33-45

4.4 Responden Dan Bahan Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah keluarga-keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami Diabetes Militus Tipe-2, sedangkan alat-alat penelitian

yang digunakan adalah berupa : Buku Pedoman Perawatan Penderita Diabetes Militus Tipe-2 sebagai bahan pembelajaran bagi keluarga, Satuan Acara Pembelajaran Pemberdayaan Keluarga yang terdiri dari empat sesi pemberdayaan keluarga yang diadopsi dari Intervensi pemberdayaan keluarga dengan penyakit kronis menurut Dunst et al's (1998) yang diadaptasi oleh Nissim dan Sten (1991).

4.5 Instrumen penelitian

4.5.1 Kuesioner

Beberapa data yang akan dikumpulkan memerlukan instrumen yang tepat dan baik. Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang terdiri dari 2 jenis :

- 1) Kuesioner tentang data demografi digunakan untuk mengetahui data-data seperti umur, jenis kelamin, jenjang pendidikan.
- 2) Kuesioner tentang data yang berhubungan dengan penyakit Diabetes, seperti lama menderita penyakit diabetes, frekuensi memeriksakan penyakitnya, jenis pelayanan yang digunakan, serta pendidikan kesehatan.

4.5.2 Check List

Koping keluarga diukur menggunakan daftar check list tentang variabel-variabel yang terdapat dalam Indek Koping Keluarga dari *Family Coping Index (FCI) City Nursing Service and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* yang berisikan kemampuan atau kompetensi keluarga dalam melakukan asuhan atau perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Adapun cara pengukurannya adalah dengan memberikan nilai 1, 3 atau 5 dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Tidak Kompeten (Nilai 9-20) : Bila keluarga tidak menunjukkan kemampuan yang baik berkaitan dengan asuhan dan perawatan kepada keluarga yang menderita Diabetes Militus Tipe-2.
- 2) Kompeten Sedang (Nilai 21-32) : Bila keluarga menunjukkan sebagian kemampuan yang baik berkaitan dengan asuhan dan perawatan kepada keluarga yang menderita Diabetes Militus Tipe-2.
- 3) Kompeten Utuh (Nilai 33-45) : Bila keluarga menunjukkan kemampuan yang baik berkaitan dengan asuhan dan perawatan kepada keluarga yang menderita Diabetes Militus Tipe-2.

4.6 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di Wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon yaitu di Kelurahan Mukti Harjo Kidul kecamatan Pedurungan Kota Semarang mulai bulan Maret sampai dengan April 2013.

4.7 Prosedur pengambilan atau pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah pada setiap keluarga yang menjadi responden dalam penelitian ini yaitu 15 responden kelompok perlakuan dan 15 responden kelompok kontrol. Adapun kegiatan yang dilakukan dalam proses pengumpulan data adalah :

1. Tanggal 2 April 2013 setelah mendapatkan surat tugas dari puskesmas peneliti memulai kunjungan pada responden memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan kepada responden. Kegiatan ini dilakukan dengan alokasi waktu satu hari 5 responden.

2. Menyiapkan lembar persetujuan (*inform consent*), yang harus ditandatangani oleh responden yang telah setuju menjadi responden dalam penelitian ini.
3. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti, dengan cara mengajukan pertanyaan sesuai kuesioner dan melakukan pengukuran koping keluarga dengan menggunakan indek koping keluarga yang telah disiapkan sebelumnya dengan alokasi waktu 40 menit untuk masing-masing responden. Kegiatan ini berlangsung sampai tanggal 07 April 2013. Hasil pengumpulan data ini adalah sebagai pre test sebelum dilakukan perlakuan pada keluarga.
4. Melakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga pada responden dimulai pada tanggal 10,13,17 dan 20 April 2013 dengan alokasi waktu satu keluarga 100 menit. Untuk kegiatan ini peneliti dibantu oleh 5 Ners yang sebelumnya telah diberikan penjelasan tentang kegiatan penelitian. Setelah pemberian intervensi berakhir dilakukan pengumpulan data kedua pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yaitu mulai tanggal 23-28 April 2013 untuk mengetahui adanya perbedaan terhadap data sebelum dan setelah diberikan intervensi keperawatan. Hasil pengukuran dicatat untuk dianalisa.

4.8 Cara Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dimulai pada tanggal 1 – 4 Mei 2013. Kegiatan ini dilakukan dengan cara mengolahan data yang telah dikumpulkan melalui tahapan sebagai berikut :

1) Editing

Editing adalah kegiatan yang dilakukan untuk memeriksa kembali kelengkapan, konsistensi, kebenaran dan kesesuaian data yang diperoleh atau dikumpulkan.

2) *Coding*

Coding adalah kegiatan untuk mengubah data yang dikumpulkan ke dalam kode tertentu untuk memudahkan dalam analisa data.

3) *Entry data*

Data *entry* adalah kegiatan memasukkan data ke dalam proses analisis melalui komputer sehingga siap untuk diproses.

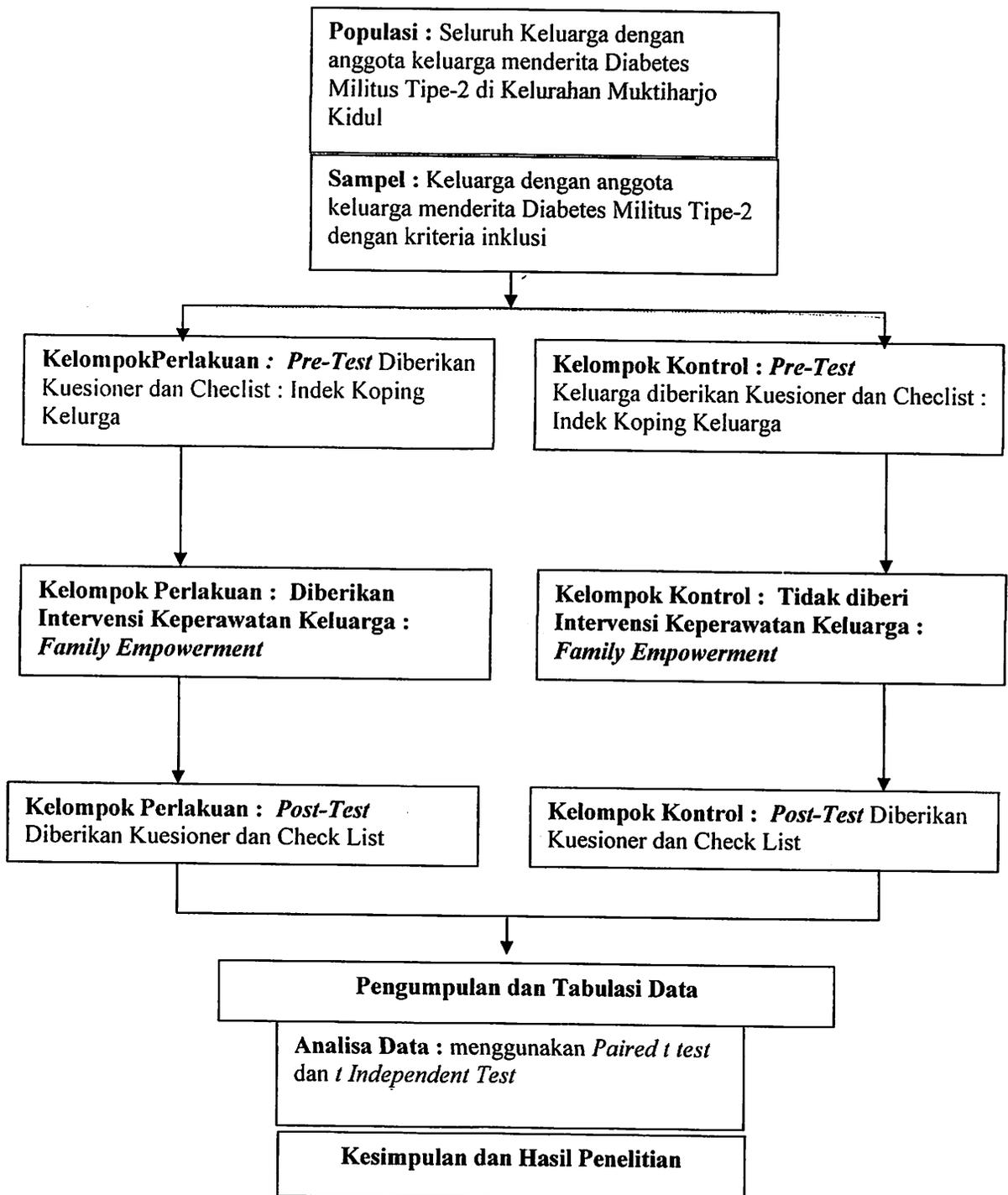
4) Melakukan teknik analisis

Hasil pengumpulan data dianalisis menggunakan statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis.

4.8.2 Analisa Data

Berdasarkan Uji normalitas dengan menggunakan uji *Shapiro-Wilk* terhadap variabel koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat diketahui bahwa nilai $p >$ dari α (0,05) dapat disimpulkan bahwa semua data berdistribusi normal, sehingga untuk menguji pengaruh pemberian implementasi keperawatan keluarga terhadap koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan mengetahui perbedaan sebelum dan setelah diberikan perlakuan dapat digunakan Uji *paired t test*. Sedangkan untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menggunakan Uji *t independent test*. Berdasarkan Uji normalitas dengan menggunakan uji *Shapiro-Wilk* terhadap variabel koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat diketahui bahwa nilai $p >$ dari α (0,05) dapat disimpulkan bahwa semua data berdistribusi normal, Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui pengaruh pemberian perlakuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menggunakan *Uji t Independent Test*.

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Tahap Proses Operasional Penelitian

4.10 Masalah Etik Penelitian

4.10.1 *Informed Consent* (lembar persetujuan)

Langkah awal penelitian dengan memperhatikan aspek etik penelitian adalah dengan memberikan lembar persetujuan penelitian. Lembar persetujuan diberikan pada penderita diabetes militus tipe-2 dan keluarga sebagai responden penelitian ini dengan cara memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan dan menjelasn segala prosedur serta tata cara penelitian ini, setelah penderita dan keluarga memberikan persetujuan dilanjutkan dengan keluarga menandatangani surat persetujuan penelitian.

4.10.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Salah satu aspek etik lain yang perlu diperhatikan adalah tidak mencantumkan nama penderita dan keluarga sebagai responden penelitian baik dalam lembar pengumpulan data maupun hasil penelitian. Nama responden hanya ditulis dengan menggunakan inisial atau kode dalam bentuk nomor pada lembar pengumpulan data. Semua ini dilakukan untuk menjaga kerahasiaan dan privasi penderita dan keluarga.

4.10.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua hasil penelitian yang berkaitan dengan responden dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

BAB 5
HASIL DAN ANALISIS

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Kelurahan Muktiharjo Kidul Kota Semarang, merupakan wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon. Batas wilayah sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Tlogosari Kulon, sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Kalicari, Sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Gemah. Luas wilayah Kelurahan Muktiharjo Kidul adalah 2.004 Km² memiliki 25 Rukun Warga (RW) dan 127 Rukun Tetangga (RT), terdapat 31.446 jiwa yang terdiri dari 15.551 laki-laki dan 15.895 perempuan dengan jumlah kepala keluarga adalah 7.326. Tingkat pendidikan masyarakat di Kelurahan Muktiharjo Kidul paling banyak adalah Tidak/belum tamat SD (26,8%) dan yang terendah adalah tamat akademik (5,33%). Adapun jumlah yang sebenarnya adalah sebagai berikut ; Tidak/belum pernah sekolah 1.704 jiwa, tidak/belum tamat Sekolah Dasar 7.536 jiwa, tamat SD 5.043, tamat SLTP 4.856, tamat SLTA 5.750, tamat akademi 1.498 dan tamat perguruan tinggi 1.708. Keadaan sosial ekonomi masyarakat kelurahan MuktiharjoKidul ditinjau dari mata pencaharian paling banyak adalah sebagai buruh industri sebanyak 6173 atau sekitar (26,4%).

Puskesmas Tlogosari Kulon terletak di bagian timur kota Semarang, termasuk dalam wilayah kecamatan pedurungan dengan batas-batas sebagai berikut; sebelah utara Kelurahan Banget Ayu, sebelah selatan Kelurahan Sendang Guwo, sebelah barat Kelurahan Gayamsari dan sebelah timur dengan Kelurahan Tlogosari Wetan. Wilayah kerja puskesmas Tlogosari Kulon meliputi Kelurahan Tlogosari Kulon, Kelurahan Muktiharjo Kidul, Kelurahan Kalicari dan Kelurahan Gemah.

Puskesmas Tlogosari Kulon melaksanakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada tahun 2011 (kunjungan pasien baru) berjumlah 11.127 atau sekitar 29,70% lebih tinggi dari target yang ditetapkan yaitu sekitar 13%. Dari jumlah tersebut penyakit yang paling sering di derita oleh pasien di Puskesmas Tlogosari kulon adalah ISPA sebanyak 8.961 (33,03%), Faringitis 4.680 (17,34%), Hipertensi 3.060 (11,34%) dan Diabetes Militus 2.760 (10,23%).

5.2 Karakteristik Responden

5.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Lamanya Sakit

Hasil penelitian pada responden yang berkaitan dengan usia dan lamanya anggota keluarga menderita sakit Diabetes Millitus Tipe-2 adalah seperti yang ada dalam tabel berikut ini ;

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Lama Sakit Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol

No	Variabel	Perlakuan		Kontrol	
		Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
1	Usia Responden				
	a. 30-40	2	13,33	3	20,00
	b. 41-50	4	26,66	3	20,00
	c. 51-60	9	60,00	9	60,00
2.	Lama Sakit				
	a. Kurang 1 tahun	2	13,33	3	20,00
	b. 1-5 tahun	13	86,66	9	60,00
	c. 6-10 tahun	-	-	3	20,00
	d. Lebih 10 tahun	-	-	-	-

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dijelaskan bahwa sebagian besar usia responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah berkisar 51-60 tahun sebanyak 60 %. Lama sakit penderita pada kelompok perlakuan dan kelompok

kontrol sebagian besar adalah 1-5 tahun sebanyak 13 responden (86,66%) pada kelompok perlakuan dan 9 responden (80%) pada kelompok kontrol.

5.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Jenis Pekerjaan

Hasil penelitian pada responden yang berkaitan dengan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan keluarga dengan anggota menderita sakit Diabetes Millitus Tipe-2 adalah seperti yang ada dalam tabel berikut ini ;

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Jenis Pekerjaan Keluarga

No	Variabel	Perlakuan		Kontrol	
		Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
1	Jenis Kelamin Responden				
	a. Laki-laki	9	60,00	8	53,33
	b. Perempuan	6	40,00	7	46,66
2	Tingkat Pendidikan				
	a. Tidak Sekolah	2	13,33	1	6,66
	b. Lulus SD	9	60,00	7	46,70
	c. SLTP	3	20,00	4	26,66
	d. SLTA	1	6,66	3	20,00
3	Jenis Pekerjaan				
	a. Tidak Bekerja	2	13,33	2	13,33
	b. Pegawai Swasta	5	33,33	4	26,66
	c. Wiraswasta	3	20,00	6	40,00
	d. Buruh	5	33,33	3	20,00

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar jenis kelamin responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol adalah laki-laki, pada kelompok perlakuan 9 responden (60%) dan kelompok kontrol 8 responden (53,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar tingkat pendidikan responden pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol adalah lulus SD, yaitu pada kelompok perlakuan 9 responden (60%) dan kelompok kontrol 7

responden (46,7%). Berdasarkan jenis pekerjaan pada kelompok perlakuan sebagian besar adalah pegawai swasta dan buruh masing-masing 5 responden (33,33%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar jenis pekerjaan adalah wiraswasta yaitu 6 responden (40%).

5.2.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tempat Pelayanan, Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemeriksaan Gula Darah

Hasil penelitian pada responden yang berkaitan dengan tempat pelayanan kesehatan yang digunakan keluarga dan kegiatan promosi kesehatan tentang penyakit Diabetes Millitus serta keteraturan pemeriksaan gula darah pada keluarga dengan anggota menderita sakit Diabetes Millitus Tipe-2 adalah seperti yang ada dalam tabel berikut ini ;

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tempat Pelayanan, Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemeriksaan Gula Darah

No	Variabel	Perlakuan		Kontrol	
		Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
1	Jenis Tempat Pelayanan				
	a. Dokter Swasta	3	20,00	4	26,70
	b. Poliklinik	2	13,30	4	26,70
	c. Puskesmas	9	60,00	6	40,00
	d. Rumah Sakit	1	6,70	1	6,70
2	Kegiatan Promosi Kesehatan				
	a. Pernah Mendapat	4	26,70	8	53,30
	b. Belum Pernah	11	73,30	7	46,70
3.	Pemeriksaan Gula Darah				
	a. Teratur	6	40	8	53,33
	b. Tidak Teratur	9	60	7	46,66

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar tempat pelayanan kesehatan yang digunakan responden untuk memeriksakan anggota keluarga penderita DiabetesMillitus tipe-2 pada kelompok perlakuan dan kelompok

kontrol adalah puskesmas, yaitu pada kelompok perlakuan 9 responden (60%) dan pada kelompok kontrol 6 responden (40%). Sedangkan berdasarkan kegiatan promosi kesehatan yang pernah di dapat oleh keluarga, pada kelompok perlakuan sebagian besar belum pernah mendapatkan promosi kesehatan tentang penyakit diabetes millitus sebanyak 11 responden (73,3%), sedangkan pada kelompok kontrol 8 responden(53,3%) pernah mendapatkan kegiatan promosi kesehatan. Sebagian besar responden kelompok perlakuan tidak teratur memeriksakan gula darahnya 9 orang (60%), 6 responden (40%) lainnya memeriksakan gula darah secara teratur. Sedangkan pada kelompok kontrol 8 responden (53,33%) memeriksakan gula darahnya secara teratur dan 7 responden (46,66%) tidak teratur.

5.3 Hasil Penelitian Tingkat Koping Keluarga

5.3.1 Tingkat Koping Keluarga Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol

Hasil penelitian pada responden yang berkaitan dengan tingkat koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan menggunakan Indek Koping Keluarga pada keluarga dengan anggota menderita sakit Diabetes Millitus Tipe-2 adalah seperti yang ada dalam tabel berikut ini ;

Tabel 5.4 Tingkat Koping Keluarga Dengan Anggota Keluarga Diabetes Millitus Tipe-2 Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol

No	Tingkat Koping Keluarga	Perlakuan				Kontrol			
		Pre-Test		Post-Test		Pre-Test		Post-Test	
		Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
1	Kompeten	-	-	7	46,70	5	33,3%	5	33,3%
2	Kompeten Sedang	7	46,70	8	53,30	6	40%	7	46,6%
3	Tidak Kompeten	8	53,30	-	-	4	26,6%	3	20%

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa tingkat coping keluarga responden pada kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi *family empowerment*, sebagian besar pada kategori tidak kompeten, yaitu 8 responden (53,3%) dan tidak terdapat keluarga yang memiliki coping kompeten. Setelah dilakukan intervensi, tingkat coping keluarga pada responden terjadi peningkatan yaitu 8 responden kompeten sedang (53,3%) dan Kompeten 7 responden (46,7%). Dari 8 responden yang memiliki coping tidak kompeten setelah intervensi meningkat 6 responden (75%) menjadi kompeten sedang 2 responden (25%) menjadi kompeten. Sedangkan pada kelompok kontrol pada saat *pre test*, sebagian besar pada kategori kompeten sedang, yaitu 6 responden (40%). Sedangkan pada saat *post test*, tingkat coping keluarga pada responden terjadi peningkatan pada kompeten sedang yaitu menjadi 7 responden (46,6%), tidak terjadi peningkatan pada tingkat coping Kompeten.

5.3.2 Perbedaan tingkat coping pada kelompok perlakuan dan kontrol

Tabel 5.5 Perbedaan Coping Keluarga pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No	Variabel	Mean		Mean Difference
		Awal	Akhir	
1	Koping Keluarga Kelompok Perlakuan	20,80	31,40	10,60
2	Koping Keluarga Kelompok Kontrol	27,13	27,53	0,40

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa peningkatan coping keluarga (*family coping*) yang terjadi pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibanding pada kelompok kontrol yaitu 10,60 pada kelompok perlakuan dan 0,40 pada kelompok kontrol.

5.4 Hasil Uji Statistik

5.4.1 Pengaruh Pemberian Intervensi Keperawatan Keluarga : *Family Empowerment* terhadap peningkatan Koping Keluarga

Sebelum menentukan uji statistik yang akan digunakan terlebih dahulu dilakukan uji normalitas menggunakan uji *Shapiro-Wilk*, didapatkan hasil bahwa koping keluarga pada kelompok perlakuan (nilai p pre test = 0,074 dan post test = 0,169) dan kelompok kontrol (nilai p pre test = 0,379 dan post test = 0,459) dapat diketahui bahwa nilai $p > \alpha$ (0,05) disimpulkan bahwa semua data berdistribusi normal, sehingga untuk menguji pengaruh pemberian implementasi keperawatan keluarga terhadap koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat digunakan Uji *paired t test*. Hasil uji statistik menggunakan uji *paired t test* untuk mengetahui pengaruh intervensi terhadap kelompok perlakuan dan kontrol dapat dilihat pada tabel di bawah ini ;

Tabel 5.6 Hasil Uji *Paired t Test* Peningkatan Koping Keluarga pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No	Kelompok	Test Koping Keluarga	Nilai t	Nilai p
1	Perlakuan	Pre Test	-9,089	0,000
		Post Test		
2	Kontrol	Pre Test	-1,871	0,082
		Post Test		

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan hasil uji *paired t test* pada kelompok perlakuan dengan nilai t hitung -9,089 dan nilai p = 0,000 lebih kecil dari nilai α (0,05), artinya terdapat perbedaan tingkat koping keluarga sebelum dengan setelah diberikan intervensi keperawatan keluarga : *Family empowerment*. Nilai negatif pada nilai t menunjukkan bahwa nilai indek koping keluarga sebelum intervensi lebih rendah dari nilai indek koping keluarga setelah intervensi. Pada kelompok kontrol

didapatkan nilai t hitung $-1,871$ dan nilai $p = 0,082$ lebih tinggi dari nilai $\alpha (0,05)$, artinya tidak terdapat perbedaan tingkat koping keluarga pada saat *pre test* dan *post test*.

5.4.2 Perbedaan Peningkatan Koping Keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

. Adapun hasil uji menggunakan Uji *t Independent Tes* dapat dilihat pada tabel di bawah ini ;

Tabel 5.7 Hasil Uji *t Independent Test* Peningkatan Koping Keluarga Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

No	Variabel	t	P
1	Koping Keluarga Kelompok Perlakuan		
2	Koping Keluarga Kelompok Kontrol	8,603	0,000

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui hasil uji t independent test terhadap variabel koping keluarga antara kelompok perlakuan dan kontrol, dengan nilai $p = 0,000$ lebih kecil dari nilai $\alpha (0,05)$ artinya terdapat pengaruh yang bermakna pemberian intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga terhadap peningkatan koping keluarga.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap peningkatan koping Keluarga diabetes millitus tipe-2

Hasil penelitian menunjukkan terjadi peningkatan koping keluarga yang dijelaskan pada tabel 5.4 perbedaan peningkatan koping keluarga yang terjadi pada keluarga dengan koping tidak kompeten 8 responden menjadi kompeten sedang berjumlah 6 responden 75% dan menjadi kompeten hanya 2 responden 25% .Pada kelompok kontrol menunjukkan terjadinya peningkatan namun tidak bermakna yaitu terjadi peningkatan pada responden dengan koping tidak kompeten menjadi kompeten sedang 1 responden. Perbedaan tingkat koping keluarga juga dapat dijelaskan berdasarkan nilai rata-rata dan perbedaan nilai rata-rata pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan peningkatan koping keluarga pada kelompok perlakuan lebih besar dibanding kelompok kontrol.

Hasil penelitian tersebut dapat dijelaskan sesuai dengan konsep Mc Cubbin dalam Friedmen (2010) bahwa Koping keluarga adalah merupakan sebuah proses aktif saat keluarga memanfaatkan sumber keluarga yang ada dan mengembangkan perilaku serta sumber baru yang akan memperkuat unit keluarga dan mengurangi dampak peristiwa hidup penuh stress yang berlangsung cukup lama, koping keluarga menjadi semakin kompleks karena bergeser dari individu menjadi keluarga. Caudle (1993) menyebutkan bahwa beberapa studi dan penelitian menyimpulkan bahwa koping keluarga merupakan kombinasi respon individu dan keluarga dan menggunakan pendekatan kognisi khusus sehingga untuk merubahnya membutuhkan intervensi keperawatan. Peningkatan koping keluarga dapat dijelaskan dengan

menggunakan indikator indek koping keluarga yang merupakan rangkuman dari strategi –strategi koping yang dimiliki oleh keluarga (Caudle, 1993).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Burr dan Bahr (1993) menyebutkan bahwa dengan menggunakan berbagai koping strategi untuk mengatasi masalah dalam keluarga adalah lebih penting dibanding menggunakan satu atau dua strategi tertentu sepanjang waktu (Burr & Bahr, 1993). Keluarga memiliki strategi koping baik internal maupun eksternal. Strategi koping internal keluarga berusaha menjalin hubungan dengan lingkungan dalam keluarga maupun lingkungan luar keluarga antara lain : mengandalkan kelompok keluarga, membentuk kebersamaan yang lebih besar dan adanya fleksibilitas peran. Strategi Koping internal lain adalah strategi kognitif dimana keluarga berusaha melakukan normalisasi keluarga, pengendalian terhadap makna masalah dengan pembingkai ulang dan penilaian pasif, pemecahan masalah bersama, serta berusaha mendapatkan informasi dan pengetahuan. Strategi internal yang lain adalah Komunikasi, dimana keluarga berusaha mengedepankan keterbukaan dalam komunikasi keluarga, menggunakan strategi humor dan tawa.

Strategi Koping Eksternal, antara lain : Strategi Komunitas dengan cara memelihara jaringan aktif dengan komunitas. Strategi Dukungan Sosial dengan cara membangun dukungan dari keluarga, teman, tetangga dan dukungan sosial formal. Strategi Spiritual dengan cara mencari bantuan rohaniawan, lebih banyak terlibat dalam kegiatan keagamaan, berdo'a, mencari pembaharuan dan keterkaitan dalam hubungan erat dengan alam. Strategi koping tersebut. Peningkatan koping keluarga juga dapat dijelaskan dengan menggunakan konsep model *Resiliency* yang menjelaskan bahwa respon keluarga terhadap peristiwa hidup dan transisi penuh stres berjalan melalui berbagai fase antara lain : Fase Penyesuaian dimana keluarga

berusaha merespon peristiwa dalam kehidupannya namun masih tidak terlalu berat sehingga hanya membutuhkan perubahan kecil. Hal ini ditunjukkan pada keluarga dengan masalah diabetes millitus yang masih akut pada anggota keluarga dapat berespon lebih baik dalam menggunakan mekanisme kopingnya penyembuhan secara lebih baik dan keluarga hanya membuat perubahan kecil dalam menyesuaikan kondisi yang dialami oleh anggota keluarga. Kondisi yang lain dapat terjadi pada keluarga dimana masalah penyakit diabetes millitus yang dialami anggota keluarga sudah kronis dengan beberapa komplikasi yang nyata dan keluarga tidak adekuat untuk menangani masalah itu, keluarga akan bergerak ke dalam situasi krisis dan masuk ke fase adaptasi.

Fase Adaptasi, respon keluarga terhadap situasi krisis ditentukan oleh akumulasi kebutuhan, stresor, transisi, dan ketegangan, serta kekuatan dan kemampuan keluarga. Hal ini mencakup pola fungsi, penilaian keluarga tentang pemenuhan kebutuhan dan pandangan yang luas terhadap sumber-sumber yang ada dalam keluarga dan masyarakat. Pada kondisi ini intervensi pemberdayaan keluarga menjadi sangat penting dan harus segera dilakukan.

Berdasarkan tabel 5.3 disebutkan bahwa keluarga lebih banyak menggunakan tempat pelayanan kesehatan Puskesmas 60% untuk memeriksakan anggota keluarganya yang menderita penyakit diabetes, namun data yang lain menunjukkan 60 % keluarga tidak melakukan pemeriksaan secara rutin. Hal ini menunjukkan sebenarnya keluarga telah menggunakan strategi koping komunitas dengan memelihara jalinan aktif dengan komunitas dan pelayanan kesehatan namun masih perlu ditingkatkan. Menurut McCubbin (1993), menyebutkan bahwa keluarga berperan terhadap dan mendapatkan manfaat dari jaringan dukungan dan pelayanan

yang ada dalam komunitas secara aktif. Rasionalisasi dari pentingnya hubungan ini sebagai upaya peningkatan coping keluarga berdasarkan pada teori sistem, yang menerangkan bahwa setiap sistem sosial harus memiliki gerakan informasi dan aktivitas melawati batasnya jika ingin melakukan fungsinya.

Peningkatan coping keluarga lebih banyak terjadi pada keluarga dengan jenis kelamin perempuan yaitu 66,66% dibanding laki-laki hanya 33,33%, hal ini menunjukkan bahwa perempuan dalam hal ini adalah istri atau ibu dari penderita memiliki coping keluarga yang lebih baik. Penelitian yang dilakukan oleh Falicov menyebutkan bahwa kepala keluarga seorang ayah (laki-laki) kurang terlibat dalam pengasuhan anggota keluarga dibanding dengan peran ibu. Dalam penelitian ini ibu digambarkan sebagai seorang wanita yang lembut, mengasuh, dan rela berkorban, serta secara tradisional berada di dalam rumah dengan rasa tanggung jawab kepada suami dan anak-anaknya (Falicov, 1998). De Dauza dan Gualda (2000) menjelaskan bahwa keluarga berperan sebagai titik tumpu acuan guna mengkaji perilaku kesehatan dan batasan dasar sehat sakit, keluarga dapat mempengaruhi persepsi individu. Biasanya seorang ibu menjadi seorang penerjemah utama dari makna suatu gejala dan sakit tertentu pada anggota keluarga dan pengambil keputusan akan tindakan apa yang perlu diambil, dan bertindak sebagai pemberi layanan kesehatan informal. Doherty dan Baird dalam Friedman (2010) menyebutkan bahwa anggota keluarga yang paling sentral adalah ibu yang dapat mempengaruhi penilaian kesehatan, sehingga sering disebut sebagai “ahli kesehatan keluarga.”

Peningkatan coping keluarga pada semua tingkat pendidikan dari kelompok perlakuan dibanding dengan kelompok kontrol. Hal ini disebabkan karena pada kelompok perlakuan mendapatkan intervensi pemberdayaan keluarga dimana

mendapatkan materi-materi yang dapat meningkatkan pemahaman, sikap dan tindakan. Pada tabel 5.3 dapat dijelaskan bahwa sebagian besar keluarga mengatakan belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang penyakit diabetes millitus sebanyak 73,3%. Friedman (2010) menyebutkan bahwa keluarga yang lebih berbasis pengetahuan dan informasi berkenaan dengan stresor atau kemungkinan stresor dapat meningkatkan perasaan memiliki pengendalian terhadap situasi dan mengurangi rasa takut keluarga terhadap sesuatu yang tidak diketahui juga membantu keluarga menilai stresor (maknanya) lebih akurat dan menentukan strategi koping yang tepat dengan mengambil tindakan yang tepat. Walsh dalam Friedman (2010) menjelaskan bahwa salah satu tipe koping fungsional yang menyebabkan resiliency keluarga adalah dengan memberikan intervensi yang berorientasi pada solusi dan pemecahan masalah. Pemberdayaan keluarga adalah intervensi yang bersifat pemberian solusi, pemecahan masalah dan pemberian informasi yang spesifik. Pemberian informasi terkait masalah yang sedang dihadapi keluarga dapat meningkatkan koping keluarga, seperti penelitian yang dilakukan oleh Barnett yang menyebutkan bahwa program yang berfokus pada pemberian informasi pada keluarga berkaitan dengan penyakit kronis dalam keluarga dapat memperlihatkan perbaikan dalam penatalaksanaan penyakit dan perawatannya (Friedman 2010).

Pada Aspek sosial ekonomi setelah dilakukan intervensi pada kelompok responden buruh mengalami peningkatan menjadi 80% koping keluarga sedang dan 20% koping keluarga kompeten, sedangkan responden pegawai swasta mengalami peningkatan menjadi 66,66% menjadi kompeten sedang dan 33,33% menjadi kompeten. Pada kelompok kontrol responden dengan jenis pekerjaan wiraswasta saat pre test sebesar 66,66% berada pada koping keluarga kompeten sedang. Pada saat

post test tidak terjadi peningkatan koping keluarga. Hal ini tidak dapat disimpulkan bahwa jenis pekerjaan keluarga mempengaruhi peningkatan koping keluarga, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui apakah ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan tingkat koping keluarga. Mc Cubbin (1993) dalam *resiliency models*, menyebutkan bahwa pekerjaan yang ketat, berhenti bekerja karena merawat anggota keluarga yang mengalami sakit kronis, pensiun adalah merupakan kategori stressor dan ketegangan yang dapat menjadikan keluarga jatuh pada kondisi ketidakberdayaan.

Penelitian yang dilakukan oleh Burr dalam Friedman (2010) menyebutkan bahwa faktor kelas sosial dapat berpengaruh dalam koping keluarga. Keluarga dengan kelas sosial tinggi dan status pendidikan tinggi merasakan memiliki kebutuhan yang lebih besar untuk mengatur dan mengendalikan perawatan kesehatan mereka sehingga menggunakan lebih banyak strategi koping keluarga dalam mendapatkan informasi dan pengetahuan. Keluarga miskin dan tingkat pendidikan rendah merasakan kurang percaya diri dengan kemampuan mereka sehingga menggunakan sifat pengendalian dengan penilaian pasif.

Pemberian implementasi keperawatan keluarga berupa pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berpengaruh terhadap peningkatan koping keluarga. Peningkatan koping keluarga menggunakan *Family Coping Index (FCD)* setelah dilakukan intervensi bergerak pada rentang yang sangat lambat, ini dapat dijelaskan seperti pada tabel 5.5 dari 8 responden tidak kompeten hanya 2 responden yang meningkat menjadi kompeten atau 25%, sedangkan 6 responden 75% meningkat menjadi kompeten sedang. Pada kelompok kontrol sebagian besar responden cenderung memiliki nilai yang tetap, hanya ada peningkatan 1 responden tidak

kompeten menjadi kompten sedang, 2 responden tidak kompeten terjadi peningkatan nilai indek coping keluarga namun tidak bergeser pada peningkatan copingnya. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian intervensi keperawatan sangat mutlak untuk diberikan pada keluarga untuk meningkatkan coping keluarga.

Andren dan Elmstahl (2007) menjelaskan bahwa meskipun keluarga mengalami masalah psikologis dalam merawat anggota keluarga yang sakit namun pemberian intervensi pemberdayaan dengan menggunakan *caregiver empowerment model* dapat memberikan manfaat terhadap kemampuan keluarga untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Penelitian yang dilakukan oleh Folkman (1996) menjelaskan bahwa terdapat pengaruh yang sangat positif pemberdayaan pada keluarga dengan masalah penyakit kronis terhadap kemampuan pemusatan makna coping keluarga. Penelitan serupa juga pernah dilakukan oleh Jones (2003) yang melaporkan bahwa pemberian intervensi pemberdayaan keluarga menggunakan *caregiver empowerment model* telah dapat mengubah keluarga dalam resiko kerentanan terhadap masalah-masalah yang dapat mengakibatkan keluarga tidak sejahtera. Patricia S (2011), merekomendasikan bahwa intervensi keperawatan pemberdayaan keluarga dengan memperhatikan *caregiver empowerment model* dapat digunakan oleh perawat dalam meningkatkan kemampuan individu dan keluarga untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dengan memperhatikan sumberdaya keluarga yang tersedia.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *paired t test* sebagaimana yang tercantum dalam tabel 5.6 menunjukkan bahwa peningkatan *family coping* pada kelompok perlakuan lebih besar dari pada peningkatan *family coping* pada kelompok kontrol. Hasil ini juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang

bermakna terhadap tingkat *family coping* sebelum dan setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) pada kelompok perlakuan. Hasil uji t *Independent Test* menunjukkan perbedaan yang bermakna terhadap peningkatan coping keluarga antara keluarga yang mendapatkan intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (perlakuan) dan kelompok kontrol.

Foreman menjelaskan bahwa keluarga menghadapi, mengatasi dan beradaptasi terhadap situasi hidup yang penuh dengan stres secara teratur selama perjalanan hidup keluarga juga perlu mengatasi stresor situasional yang tidak diharapkan seperti sakit kronis pada anggota keluarganya. Salah satu intervensi yang diberikan pada keluarga dalam menghadapi situasi stressor adalah dengan memberikan pemberdayaan keluarga (Foreman, 2001). Beberapa penelitian yang menunjang penggunaan intervensi pemberdayaan keluarga adalah penelitian yang dilakukan oleh Stern dalam Friedman (2010) menjelaskan bahwa pemberdayaan keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dengan penyedia pelayanan kesehatan dalam meningkatkan tingkat kenyamanan pada keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis. Figley menjelaskan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga menekankan pada sikap filosofis terhadap konsep bekerja dengan keluarga. Keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis merupakan pengalaman traumatis sehingga pendekatan yang dilakukan adalah memperhalus intervensi keperawatan dengan memberikan penghormatan tulus terhadap kemampuan keluarga, baik kognitif, afektif maupun bertindak secara alami dan kekuatan keluarga yang dimiliki (Figley, 1995). Robinson menjelaskan bahwa intervensi pemberdayaan yang dilakukan pada keluarga dengan

penyakit kronis adalah dengan menjadi pendengar yang baik, penuh kasih sayang, tidak menghakimi, kolaborator, memotivasi munculnya kekuatan keluarga, partisipasi keluarga dan keterlibatan dalam proses perubahan dan penyembuhan penyakit (Robinson, 1995).

Dalam penelitian ini intervensi pemberdayaan keluarga memperhatikan aspek kognitif, afektif dan psikomotor keluarga yang dikemas dalam satuan acara pembelajaran dengan menggunakan 4 sesi pertemuan. Hasil penelitian seperti yang tertera dalam tabel 5.6 dan tabel 5.7 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat koping keluarga yang bermakna pada keluarga yang mendapatkan intervensi pemberdayaan keluarga dengan kelompok kontrol, hal ini menunjukkan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan keluarga untuk meningkatkan koping keluarga, seperti yang dikemukakan oleh Hulme PA (1999) bahwa pemberdayaan pada keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis diberikan dengan memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang kondisi penyakit dan manajemen, mengedepankan empati dan menunjukkan perhatian yang tulus, mengakuinya dapat meningkatkan kompetensi keluarga dalam merawat anggota keluarga serta membangun hubungan langsung dengan anggota keluarga yang sakit.

Johnson juga menjelaskan bagaimana memberdayakan (*empowerment*) keluarga dengan mengatakan bahwa intervensi yang bertujuan membantu keluarga yang beresiko mengalami masalah dapat dilakukan dengan memberikan dorongan atau mobilisasi keluarga dengan membantu keluarga mengenali, mengidentifikasi, dan memanfaatkan kekuatan dan sumber keluarga guna secara positif mempengaruhi kesehatan anggota keluarga yang sakit (Johnson, 2001).

Hasil penelitian ini menguatkan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga memperhatikan karakteristik responden seperti yang tertera dalam tabel 5.1 dan tabel 5.2 sebagai satu kesatuan keluarga dimana intervensi pemberdayaan keluarga dilaksanakan pada tataran keluarga sebagai klien yang menjadikan keluarga sebagai bagian terdepan, sedangkan individu-individu anggota keluarga berada pada latar belakang atau dalam konteks. Keluarga adalah merupakan sebuah sistem yang saling mempengaruhi. Keluarga berfokus pada hubungan dan dinamika internal keluarga, fungsi dan struktur keluarga, dan hubungan subsistem keluarga dengan keseluruhan, serta hubungan keluarga dengan lingkungan. Konsep ini sejalan dengan konsep keperawatan sistem keluarga yang dapat digunakan dalam perspektif interaksi untuk menjelaskan hubungan antara penyakit, anggota keluarga dan keluarga sehingga juga dapat digunakan sebagai dasar pemberian intervensi (Wright & Leahey, 2000)

6.2 Temuan Penelitian

Penelitian yang telah dilakukan menghasilkan beberapa kesimpulan yang dapat dijadikan sebagai temuan penelitian. Adapun temuan penelitian berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan antara lain :

1. Intervensi keperawatan keluarga : *Family Empowerment* berpengaruh terhadap peningkatan coping keluarga pada keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit diabetes mellitus tipe-2.
2. Perubahan tingkat coping keluarga menggunakan *Family Coping Index* bergerak pada rentang yang pendek, hal ini menunjukkan bahwa pemberian intervensi harus diberikan dengan baik.

6.3 Kontribusi Penelitian

Hasil penelitian yang dapat dijadikan kontribusi baik teoritis maupun kontribusi praktis adalah sebagai berikut :

6.3.1 Kontribusi Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi terhadap intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga yang masih jarang digunakan, hasil penelitian membuktikan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga dapat digunakan dalam meningkatkan coping keluarga.

6.3.2 Kontribusi Praktis

Hasil penelitian ini menggambarkan pentingnya pemahaman dan keterampilan perawat dalam melakukan intervensi keperawatan keluarga : *Family Empowerment* sehingga perlu dilakukan pelatihan-pelatihan bagi perawat komunitas tentang bagaimana melakukan intervensi keperawatan keluarga : *Family Empowerment*.

6.4 Keterbatasan Penelitian

1. Pemberian intervensi tidak dapat dilakukan secara bersamaan, namun dilakukan dengan membaginya dalam jadwal yang telah disepakati dengan keluarga, hal ini dikarenakan keterbatasan dalam sumberdaya manusia.
2. Responden pada kelompok kontrol tidak dilakukan pengendalian setelah dilakukan *pre test*, sehingga dimungkinkan keluarga melakukan interaksi dengan pelayanan kesehatan sebelum dilakukan *post test*.

BAB 7
SIMPULAN DAN SARAN

BAB 7 **KESIMPULAN DAN SARAN**

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka kesimpulan yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut :

1. Terdapat peningkatan coping keluarga pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2 setelah diberikan intervensi Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*), hal ini karena keluarga yang diberikan perlakuan ditingkatkan aspek kemandirian fisik, kompetensi terapeutik, pengetahuan, sikap, kompetensi emosi, kesadaran terhadap lingkungan fisik, pola kehidupan keluarga dan penggunaan fasilitas komunitas.
2. Pemberian intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) berpengaruh terhadap peningkatan coping keluarga (*family coping*) pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2.

7.2 Saran

1. Intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dapat digunakan untuk meningkatkan coping keluarga dengan diabetes millitus tipe-2.
2. Untuk meningkatkan coping keluarga dengan diabetes millitus tipe-2 di perlukan pada peningkatan kemampuan keluarga pada aspek kemandirian fisik, kompetensi terapeutik dan pengetahuan tentang kondisi kesehatan, diperlukan konsistensi dan keteraturan dalam menerapkan intervensi pemberdayaan oleh perawat keluarga sehingga mendapatkan hasil yang diharapkan.

3. Intervensi pemberdayaan keluarga dapat juga diterapkan di pelayanan klinik di rumah sakit dengan menggunakan pendekatan keluarga sebagai konteks. Dimana perawat keluarga menjadikan pasien sebagai fokus primer.
4. Keterbatas penelitian ini dapat ditekan dengan mengkondisikan kelompok kontrol dengan baik sehingga tidak mendapatkan perlakuan eksternal sebelum dilakukan post tes.
5. Penelitian yang membahas intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) masih sangat luas sehingga, memungkinkan untuk terus dilanjutkan pada penelitian-penelitian lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu, K. (2010). *Asuhan Keperawatan Keluarga Bagi Mahasiswa Keperawatan dan Praktisi Perawat Perkesmas*. Jakarta: Sangung Seto.
- Brunner, & Suddarth. (1997). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah* (8 ed., Vol. 2). Jakarta: EGC.
- Burr, W., & Bahr, K. (1993). *Family science*. Grove, CA: Brooks/Cole.
- Caudle, P. (1993). Providing culturally sensitive health care to hispanic. *Nurse Practitioner* , 40-51.
- Chesla, C. A., & Fisher, L. (2010). *Family and Disease Management in African-American Patients With Type 2 Diabetes*. San Francisco: Departement of Family Health Care Nursing, University of California.
- Dahlan, S. (2010). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Dalimartha, S., & Adrian, F. (2012). *Makanan & Hertbal untuk penderita Diabetes Mellitus*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Davey, P. (2005). *At a Glance Medicine*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Depkes. (2010). *Pedoman pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.
- Depkes RI. (2008). *Pedoman Teknis Penemuan dan Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Melitus*. Jakarta: Direktorat PPTM Depkes RI.
- Dinkes Propinsi Jateng. (2011). *Profil esehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2011*. Semarang: Dinkes Jateng.
- Falicov, C. (1998). *Learning to think culturally*. New York: Guilford Press.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatized stress disorder in those who real the traumatized*. Nwe York: Brunner/Mazel.
- FK. Universitas Indonesia. (2007). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Foreman. (2001). Cancer's toll on marriage. *Los Angeles Time* .
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori & Praktik* (Vol. 5). Jakarta: EGC.

- Friedman, M. M. (2010). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Graves, K. N. (2007). *Family Empowerment as a Mediator between Family-Centered Systems of Care and Changes in Child Functioning: Identifying an Important Mechanism of Change*. Washington: Springer Science and Business Media.
- Hulme, P. A. (1999). Empowerment: A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Families. *Journal of Family Nursing* , 33-50.
- Hulme, P. A. (1999). Family Empowerment : A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Families of Children with Chronic Health Condition. *Journal of Family Nursing* , 1.
- Hulme, P. A. (1999). Family Empowerment. *SAGE Family Nursing Journal* , 1-19.
- James E, A. L. (2006). *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Johnson, S. (2001). Helping children to eat right. Nutrition, health and safety. *Journal of Early Education and Family Review* , 30-31.
- Karlsen, B., & Bru, E. (2012). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* , 391-401.
- Kopelman, R. (1986). *Managing Productivity in Organizations a practical, People-Oriented Perspective* (1 ed.). New York: McGraw-Hill Book Company.
- NANDA. (2012). *Nursing Diagnoses : Definitions and Classification 2012-2014*. Jakarta: EGC Medical Publisher.
- Notoatmojo. (2002). *metodologi penelitian*. Jakarta.
- Nurrahmani, U. (2011). *Stop Diabetes*. Bandung: Familia Pustaka Keluarga.
- Nursalam. (2009). *manajemen keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Parker, M. E., & Marlaine, S. (2010). *Nursing Theories & Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Perkeni. (2011). *Panduan Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Melitus*. Jakarta: Perkeni.
- RI, Depkes. (2008). *Pedoman Teknis Penemuan dan Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Melitus*. Jakarta: DPPTM.

- Robinson. (1995). Unifying distinctions for nursing research with persons and family. *Journal of Advanced Nursing* , 8-29.
- Setiadi. (2007). *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawati, S., & Citra, A. (2005). *Tuntunan Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Bandung: Penerbit Rizki press.
- Sudiharto. (2005). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*. Bandung: ALFABETA, CV.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R 7 D*. Bandung: ALFABETA, CV.
- Sugiyono. (2009). *Statsistika Untuk Penelitian*. Bandung: ALFABETA.
- Sunarti, E. (2008). *Program Pemberdayaan dan Konseling Keluarga*. Bogor: Fakultas Ekologi Manusia IPB.
- Suyono, S. (2002). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Walpole, R. E. (1995). *Pengantar Statistika*. Jakarta: Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Wright, L., & Leahey, M. (2000). *Nurses and families : A guide In family assesment and intervention*. Philadelphia: Davis.

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Iwan Ardian

NIM : 131141056

Adalah Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang **“PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENGGUNAKAN INTERVENSI PEMBERDAYAAN KELUARGA (FAMILY EMPOWERMENT) PADA KELUARGA DENGAN DIABETES MILITUS TIPE-2 DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG”**

Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini sangat dibutuhkan sehingga kami berharap Bapak/Ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Data yang didapat dalam penelitian ini akan dirahasiakan dan hanya digunakan sesuai tujuan penelitian. Keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa ada paksaan.

Jika Bapak/Ibu berkenan menjadi responden, kami mohon untuk bersedia menandatangani lembar yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya kami mengucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Iwan Ardian

Lampiran 2

Lampiran 2

PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Iwan Ardian
NIM : 131141056
Mahasiswa : Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Saat ini sedang melakukan penelitian tentang **“PENINGKATAN KOPING KELUARGA MENGGUNAKAN INTERVENSI PEMBERDAYAAN KELUARGA (*FAMILY EMPOWERMENT*) PADA KELUARGA DENGAN DIABETES MILITUS TIPE-2 DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL SEMARANG”**

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pemberian intervensi keperawatan keluarga : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) terhadap peningkatan koping keluarga. Penelitian ini bermanfaat untuk mengetahui bagaimana koping keluarga yang seharusnya digunakan bila menghadapi masalah anggota keluarga yang mengalami penyakit diabetes millitus tipe-2. Berikut adalah beberapa hal yang perlu kami informasikan terkait dengan keikutsertaan Keluarga sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bukan merupakan suatu paksaan, melainkan atas dasar sukarela. Oleh karena itu, Bapak/Ibu/Saudara berhak memutuskan untuk melanjutkan ataupun menghentikan keikutsertaan karena alasan tertentu yang dikomunikasikan kepada peneliti.
2. Seluruh responden dan keluarga berhak untuk meminta penjelasan terkait tujuan dan prosedur penelitian kepada peneliti.
3. Segala informasi yang diperoleh selama penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan menjadi tanggung jawab peneliti. Data hanya disajikan sebagai hasil dari penelitian ini.
4. Intervensi keperawatan keluarga akan dilakukan selama 4 kali pertemuan, dengan perincian dua pertemuan dalam satu minggu dan 100 menit setiap kali pertemuan.
5. Seluruh prosedur penelitian tidak akan mendatangkan efek samping bagi pasien. Sebaliknya, justeru akan memberi manfaat bagi penderita dan keluarga dalam

meningkatkan kemampuan melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit diabetes millitus.

6. Atas keikutsertaan dalam penelitian ini, seluruh responden akan mendapat pelayanan pengobatan dan keperawatan secara gratis di : Balai Pengobatan Masjid Al Muttaqin Kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang.

Dengan penjelasan tersebut di atas, kami berharap Bapak/Ibu/Saudara bersedia menjadi responden penelitian ini. Atas kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Semarang,

Responden/Keluarga

Peneliti,

.....
Iwan Ardian

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No Telepon / HP :

Menerangkan bahwa setelah mendapat penjelasan dan mengetahui manfaat dari penelitian yang akan dilakukan oleh saudara **Iwan Ardian**, maka saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Semarang, 2013

Mengetahui
Peneliti,

Yang Membuat Pernyataan

Iwan Ardian.

.....

Lampiran 4

FORMAT PENGUMPULAN DATA**Petunjuk pengisian :**

1. Berilah tanda : contreng (✓) pada kotak yang tersedia pada setiap jawaban.
2. Berikan jawaban dengan jawaban yang sebenarnya

A. Data Demografi Penderita

1. Nama : _____ (Inisial)
2. Umur : _____ (tahun)
3. Jenis Kelamin Penderita :
 - Laki-laki
 - Perempuan
4. Agama yang dianut :
 - Islam
 - Kristen
 - Katolik
 - Hindu
 - Budha
5. Pendidikan Penderita :
 - SD/Sederajat
 - SLTP/Sederajat
 - SLTA/Sederajat
 - Akademi/Perguruan Tinggi
6. Pekerjaan Penderita :
 - PNS/TNI
 - Petani
 - Swasta
 - Lain-lain
7. Status Perkawinan :
 - Belum kawin
 - Kawin
 - Duda/Janda

B. Data Demografi Keluarga

1. Nama : _____ (Inisial)
2. Umur : _____ (tahun)
3. Hubungan dengan Penderita :
 - Suami
 - Istri
 - Anak
4. Jenis Kelamin :
 - Laki-laki
 - Perempuan
5. Agama yang dianut :
 - Islam
 - Kristen
 - Katolik
 - Hindu
 - Budha
6. Pendidikan :
 - SD/Sederajat
 - SLTP/Sederajat
 - SLTA/Sederajat
 - Akademi/Perguruan Tinggi
7. Pekerjaan Penderita :
 - PNS/TNI
 - Petani
 - Swasta
 - Lain-lain
8. Status Perkawinan :
 - Belum kawin
 - Kawin
 - Duda/Janda

C. Data Berkaitan Diabetes Militus Tipe-2 Pada Keluarga

1. Sudah berapa lama anggota keluarga menderita penyakit diabetes militus tipe-2.
 - < 1 tahun
 - 1 – 5 tahun
 - 6 – 10 tahun
 - > 10 tahun

2. Berapa kali keluarga melakukan periksa penderita ke pelayanan kesehatan.
 - Sebulan sekali
 - Dua bulan sekali
 - Tiga bulan sekali
 - Tidak teratur

3. Jenis pelayanan kesehatan yang digunakan keluarga untuk pengobatan penderita diabetes millitus.
 - Rumah Sakit
 - Puskesmas
 - Poliklinik
 - Dokter

4. Pernahkah keluarga mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang penyakit diabetes militus.
 - Pernah
 - Belum

Lampiran 5

**PENGAJIAN KELUARGA
INDEKS KOPING KELUARGA DENGAN DIABETES MILITUS TIPE-2**

(Diadaptasi dari Family Coping Index (FCI) oleh Richmond IVNA City Nursing Service and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. In Freeman R, Heinrich J : *Community health nursing practice*, ed 2 Philadelphia, 1981, Saunders, in Marcia Stanhope and Ruth N. Knollmueller : *HandBook of Community-Based and Home Health Nursing Practice : Tools for Assessment, Intervention, and Education*, 2000, Mosby

Petunjuk Penggunaan Skala Indeks

Pernyataan deskriptif berikut ini adalah petunjuk atau panduan untuk membantu “Anda “ menilai koping keluarga. Petunjuk ini terbatas pada tiga poin : 1, tidak kompeten; 3, kompeten sedang; dan 5 kompetensi utuh. Tandai point yang menurut Anda paling mendeskripsikan tingkat kompetensi yang dimiliki oleh keluarga tersebut. Deskripsi tersebut tidak komplit tetap mengarah atau terdapat kecenderungan. Selanjutnya, Anda yang harus melakukan penilaian untuk menetapkan suatu keputusan.

a) Kemandirian Fisik

Kategori ini berhubungan dengan kemampuan bergerak pada pasien Diabetes, misal berjalan naik turun tangga, melakukan perawatan diri mandi, berpakaian, berdandan dan lainnya. Yang diukur kompetensi keluarga, walaupun pasien Diabetes mengalami ketergantungan, tetapi keluarganya mampu mengatasi masalah tersebut maka keluarga dianggap mandiri. Namun apabila sebenarnya pasien dapat melakukan aktivitas perawatan dirinya, namun dilakukan oleh keluarga, dan tindakan perawatan yang seharusnya dilakukan bersama anggota keluarga yang lain, maka kemampuan keluarga dianggap tidak utuh.

1	3	5
Keluarga gagal sepenuhnya memberikan perawatan pada pasien Diabetes di rumah.	Keluarga hanya berupaya memenuhi sebagian kebutuhan pasien Diabetes di rumah.	Keluarga mampu memenuhi kebutuhan perawatan pasien Diabetes di rumah.

b) Kompetensi Terapeutik

Kategori ini meliputi semua prosedur atau terapi yang diprogramkan untuk perawatan pasien Diabetes seperti, obat-obatan, mendapatkan diet khusus, latihan (olah raga) dan relaksasi.

1	3	5
Keluarga tidak melakukan prosedur pengobatan Diabetes secara benar atau melakukan dengan cara yang tidak aman.	Keluarga melakukan beberapa tindakan terapi, tetapi tidak semua. Contoh : minum obat penurun gula, tetapi tidak olah raga, diet DM yang ketat.	Keluarga mampu mendemonstrasikan bahwa mereka mampu melakukan prosedur yang diprogramkan untuk pasien Diabetes.

c) Pengetahuan Tentang Kondisi Kesehatan

Kategori ini berkenaan dengan kondisi Pasien Diabetes di keluarga yang perlu mendapatkan perawatan, misal tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab penyakit Diabetes.

1	3	5
Keluarga tidak mengetahui sama sekali kondisi pasien Diabetes atau mendapatkan informasi yang salah	Memiliki sejumlah pengetahuan umum tentang penyakit Diabetes, tetapi tidak mengetahui tentang prinsip penyebab penyakit Diabetes atau mendapatkan informasi yang salah	Mengetahui fakta-fakta penting tentang penyakit Diabetes dengan cukup baik, sehingga dapat mengambil tindakan yang diperlukan, mampu mengobservasi dan menyebutkan gejala dengan tepat.

d) Aplikasi Prinsip Higiene Personal dan Umum

Kategori ini berkaitan dengan tindakan keluarga dalam upaya untuk mempertahankan kebutuhan dasar keluarga seperti nutrisi, istirahat dan relaksasi anggota keluarga Diabetes di keluarga, melakukan tindakan pencegahan kekambuhan, kebiasaan mengatur rumah yang mendukung bagi pasien.

1	3	5
Diet keluarga secara keseluruhan tidak seimbang termasuk pasien, rumah kotor, pasien kurang tidur, pakaian tidak rapi, rambut tidak disisir.	Diet umum dan keterampilan mengatur rumah dengan baik, namun masih membutuhkan bantuan atau memerlukan tenaga yang banyak.	Pengaturan rumah tangga berjalan dengan baik, menu makanan untuk keluarga dipilih dengan baik, kebiasaan tidur, dan istirahat adekuat, sesuai kebutuhan.

e) Sikap Terhadap Perawatan Kesehatan

Kategori ini berkenaan dengan cara keluarga berfikir tentang perawatan kesehatan secara umum, termasuk pencegahan, perawatan pasien Diabetes dan upaya pemeliharaan kesehatan.

1	3	5
Keluarga kecewa dan menolak semua pengobatan : tidak percaya pada dokter. menggunakan pengobatan alternatif atau pengobatan tradisional , percaya (dukun/orang pintar), menganggap sakitnya takdir dan tidak perlu diobati.	Keluarga menerima perawatan kesehatan dalam tingkat tertentu, tetapi masih terlibat dalam pengobatan tradisional tanpa dasar.	Memahami dan mengenali kebutuhan terhadap perawatan medis bagi penyakit Diabetes, menerima penyakit dengan tenang dan berupaya melakukan tindakan dalam rangka rehabilitasi pasien.

f) Kompetensi Emosi

Kategori ini berkenaan dengan maturasi dan integritas anggota keluarga yang mereka gunakan untuk mengatasi masalah stress akibat anggota keluarga menderita penyakit Diabetes.

1	3	5
Keluarga gagal menghadapi realita bahwa anggota keluarganya menderita Diabetes, anggota keluarga cemas, menolak, takut dan marah, putus asa, dan lainnya.	Anggota keluarga berada pada kondisi yang baik, tetapi masih ada anggota keluarga yang lain yang masih khawatir terhadap perkembangan penyakit Diabetes anggota keluarganya.	Semua anggota keluarga mampu mempertahankan ketenangan emosi dalam suatu tingkatan yang sesuai, menghadapi penyakit diabetes pada anggota keluarganya dengan realistis dan penuh harap. Mampu mendiskusikan masalah.

g) Pola Kehidupan Keluarga

Kategori ini secara luas berkenaan dengan aspek kelompok atau aspek interpersonal kehidupan keluarga, seberapa jauh anggota keluarga saling peduli satu dengan yang lainnya.

1	3	5
Keluarga acuh dan tidak memperhatikan kebutuhan pasien dengan diabetes . Pasien dibiarkan menentukan perawatan dan pengobatannya sendiri, keluarga tidak perhatian pada usaha penyembuhan pasien.	Keluarga tampak baik, tetapi anggota keluarga memiliki kebiasaan yang mengganggu keefektifan dan kebersamaan mereka dalam menyelesaikan masalah pasien, masih ada sedikit perbedaan penanganan antara beberapa anggota	Keluarga kohesif, melaksanakan kegiatan dan memperhatikan pasien secara bersama-sama dalam membuat perencanaan maupun tindakan.

	keluarga.	
--	-----------	--

h) Lingkungan Fisik

Kategori ini berkaitan dengan rumah dan komunitas atau lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga dan pasien dengan diabetes.

1	3	5
Rumah dalam kondisi buruk, tidak aman, tidak cukup hangat, kotor dan tidak nyaman.	Rumah dalam kondisi buruk, namaun masih cukup baik untuk kondisi perawatan pasien diabetes	Rumah dalam kondisi baik, memungkinkan anggota keluarga yang sakit diabetes merasakan nyaman.

i) Penggunaan Fasilitas Komunitas

Kategori ini berkaitan dengan sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber yang tersedia dan memanfaatkan sumber tersebut untuk rehabilitasi pasien dengan diabetes.

1	3	5
Keluarga memiliki kebutuhan sosial yang jelas dan serius, namun merteka tidak berupaya mencari atau mendapatkan bantuan : tidak menggunakan Rumah sakit atau pelayanan gratis,	Keluarga mengetahui sumber yang ada di komunitas tetapi tidak menggunakan semuanya untuk menolong pasien Diabetes di rumah	Keluarga menggunakan fasilitas yang mereka butuhkan dengan tepat dan segera.

Lampiran 6

INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA : PEMBERDAYAAN KELUARGA (*FAMILY EMPOWERMENT*) Dunst et al's.(1988) yang diadaptasi oleh Nissim dan Sten (1991)

Intervensi Pemberdayaan Keluarga <i>(Family Empowerment)</i>	
1.	Membangun Kepercayaan dengan membentuk hubungan dengan keluarga, membangun komunikasi empatik dan mendengarkan serta menerima seluruh anggota keluarga.
2.	Membangun hubungan langsung dengan anggota keluarga yang menderita sakit (Penderita/klien)
3.	Prioritaskan kebutuhan keluarga yang dirasakan oleh keluarga untuk segera ditangani terlebih dahulu
4.	Membantu keluarga menentukan praktek perawatan keluarga dengan memperhatikan praktek perawatan yang telah dilakukan keluarga dan kebutuhan akan pendidikan kesehatan.
5.	Menyediakan informasi yang akurat dan lengkap mengenai kondisi klien atau penderita menyangkut gejala, kontrol, dan masa depan implikasi kondisi kronis.
6.	Membantu keluarga dalam menetapkan tujuan yang realistik
7.	Membimbing Keluarga dalam menilai dukungan internal keluarga dan sumber daya dalam memobilisasi untuk memenuhi kebutuhan pertolongan yang dirasakan keluarga.
8.	Membimbing keluarga dalam menilai kekuatan keluarga dan memobilisasinya untuk memecahkan masalah
9.	Memperkuat kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi beberapa alternatif pilihan perawatan.
10.	Mendiskusikan dengan keluarga mendapatkan pelayanan dan perawatan dari fasilitas-fasilitas kesehatan yang tersedia
11.	Berikan penilaian yang tepat (<i>reinforcement</i> positif) terhadap kemampuan dan keterampilan merawat anggota keluarga yang sakit.
12.	Perawat dapat melakukan promosi perawatan diri pada keluarga melalui pendidikan, negosiasi dan melakukan evaluasi pemberdayaan keluarga.

Di implementasikan dalam Satuan Acara Pembelajaran (SAP) empat sesi pertemuan dengan keluarga dan merupakan implementasi keperawatan keluarga yang dijelaskan sebagai berikut,

1. Sesi Pertama : Membina Hubungan Saling Percaya (SAP untuk intervensi no. 1,2,3 dan 4)
2. Sesi Kedua : Menyediakan Informasi yang akurat (SAP untuk intervensi 5 dan 6)
3. Sesi Ketiga : Membangun dan memperkuat kemampuan keluarga (SAP untuk intervensi nomer 7,8,9 dan 10)
4. Sesi Keempat : Melakukan Evaluasi Pemberdayaan (SAP untuk intervensi no.11 dan 12)

Lampiran 7

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA : PEMBERDAYAAN KELUARGA (FAMILY EMPOWERMENT)

Kegiatan : Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment)
 Sasaran : Keluarga dan Penderita
 Tempat : Di Rumah Keluarga
 Sesi : Pertemuan pertama

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) keluarga mampu membangun hubungan saling percaya dengan peneliti.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) keluarga akan mampu :

- 1) Membangun kepercayaan dengan membentuk hubungan saling percaya.
- 2) Membangun komunikasi yang efektif untuk mencapai tujuan intervensi
- 3) Menyebutkan kebutuhan yang dirasakan keluarga terhadap penderita diabetes millitus tipe-2 di keluarga.
- 4) Memprioritas kebutuhan yang dirasakan terhadap penderita diabetes millitus tipe-2 di keluarga.
- 5) Menyebutkan praktek perawatan yang telah dilakukan pada penderita diabetes millitus tipe-2 di keluarga.

3. Materi : Membina Hubungan Saling Percaya dan Kebutuhan Keluarga**4. Metode**

- 1) Wawancara (*interview*)
- 2) Bimbingan dan Konseling (*guidance and counseling*)
- 3) Diskusi (tanya jawab)

5. Media

- 1) Buku Catatan Pengkajian Keluarga
- 2) Leaflet

6. Proses Intervensi :

No	Tahapan Intervensi	Kegiatan	
		Peneliti	Keluarga
1.	Persiapan (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan maksud dan tujuan pertemuan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Memberikan respon persetujuan
2.	Pelaksanaan (80 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti mulai membangun kepercayaan dan hubungan interaksi dengan keluarga. 2. Peneliti menerapkan komunikasi empatik dengan mendengar, dan menerima seluruh anggota keluarga. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Memberikan respon kepercayaan pada peneliti 3. Memberikan informasi sesuai pengkajian

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengkaji kebutuhan yang dirasakan keluarga terhadap penderita diabetes millitus tipe-2 di keluarga. 4. Bersama keluarga memprioritas kebutuhan yang dirasakan terhadap penderita diabetes millitus tipe-2 di keluarga. 5. Mengkaji praktek perawatan yang telah dilakukan pada penderita diabetes millitus tipe-2 di keluarga. 	
3.	Penutup (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan hasil pertemuan sesi pertama 2. Memberikan pujian dan ucapan terima kasih atas berjalannya sesi pertama. 3. Membuat kontrak untuk sesi kedua. 4. Mengucapkan salam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar dan memperhatikan 2. Memberikan persetujuan pada kontrak sesi kedua 3. Memberikan salam.

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) sesuai dengan kriteria keluarga yang ditentukan dan sesuai dengan kontrak awal.
- (2) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dilakukan di rumah masing-masing keluarga.

2) Evaluasi Proses

- (1) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) diikuti oleh keluarga dengan baik
- (2) Proses Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berjalan dengan lancar.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Sesuai dengan tujuan pembelajaran dalam SAP
- (2) Keluarga mengikuti kegiatan dengan baik dan berrespon secara tepat.

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA : PEMBERDAYAAN KELUARGA (FAMILY EMPOWERMENT)

Kegiatan : Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment)
 Sasaran : Keluarga dan Penderita
 Tempat : Di Rumah Keluarga
 Sesi : Pertemuan Kedua

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) keluarga mampu memahami konsep dasar penyakit diabetes millitus tipe-2 dan penatalaksanaan.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) keluarga akan mampu :

- 1) Menjelaskan kembali pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan penatalaksanaan penyakit diabetes millitus tipe-2.
- 2) Mampu menentukan tujuan yang realistik terhadap kondisi penderita diabetes millitus tipe-2.

3. Materi : Konsep dasar penyakit diabetes millitus tipe-2 dan penatalaksanaan

4. Metode

- 1) Ceramah dan tanya jawab
- 2) Diskusi
- 3) Bimbingan dan Konseling (*guidance and counseling*)

5. Media

- 1) Buku Perawatan Diabetes Millitus
- 2) Leaflet
- 3) Lembar Prioritas.

6. Proses Intervensi :

No	Tahapan Intervensi	Kegiatan	
		Peneliti	Keluarga
1.	Persiapan (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Mengingatkan kontrak sebelumnya, menyampaikan maksud dan tujuan pertemuan sesi kedua. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Memberikan respon persetujuan
2.	Pelaksanaan (80 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan informasi yang akurat dan lengkap tentang kondisi penderita diabetes millitus tipe-2 meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a. pengertian b. penyebab c. tanda dan gejala d. komplikasi e. penatalaksanaan 2. Membantu keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Memberikan respon positif 3. Bersama dengan peneliti menentukan tujuan realistik

		menetapkan tujuan yang realistik	
3.	Penutup (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan hasil pertemuan sesi kedua 2. Memberikan pujian dan ucapan terima kasih atas berjalannya sesi kedua. 3. Membuat kontrak untuk sesi ketiga. 4. Mengucapkan salam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar dan memperhatikan 2. Memberikan persetujuan pada kontrak sesi ketiga 3. Memberikan salam.

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) sesuai dengan kriteria keluarga yang ditentukan dan sesuai dengan kontrak awal.
- (2) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dilakukan di rumah masing-masing keluarga.

2) Evaluasi Proses

- (1) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) diikuti oleh keluarga dengan baik
- (2) Proses Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berjalan dengan lancar.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Sesuai dengan tujuan pembelajaran dalam SAP
- (2) Keluarga mengikuti kegiatan dengan baik dan berrespon secara tepat.

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA : PEMBERDAYAAN KELUARGA (FAMILY EMPOWERMENT)

Kegiatan : Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment)
 Sasaran : Keluarga dan Penderita
 Tempat : Di Rumah Keluarga
 Sesi : Pertemuan Ketiga

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) keluarga mampu membangun dan memperkuat kemampuan keluarga dalam merawat penderita diabetes millitus tipe-2.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) keluarga akan mampu :

- 1) Menentukan dukungan internal keluarga dan sumber daya keluarga untuk membantu penderita diabetes millitus tipe-2.
- 2) Menentukan kekuatan-kekuatan keluarga dalam menyelesaikan masalah perawatan pada penderita diabetes millitus tipe-2.
- 3) Mengidentifikasi beberapa alternatif pilihan perawatan pada penderita diabetes millitus tipe-2.
- 4) Menyebutkan dan menentukan pelayanan kesehatan dan perawatan yang dapat digunakan oleh keluarga.
- 5) Menyebutkan kendala-kendala yang dijumpai dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

3. Materi : Kemampuan Keluarga Merawat Penderita Diabetes Millitus Tipe-2

4. Metode

- 1) Diskusi
- 2) Bimbingan dan Konseling (*guidance and counseling*)

5. Media

- 1) Buku Panduan Perawatan Diabetes Millitus Bagi Keluarga
- 2) Leaflet

6. Proses Intervensi :

No	Tahapan Intervensi	Kegiatan	
		Peneliti	Keluarga
1.	Persiapan (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Mengingatkan kontrak sebelumnya. 3. Menyampaikan maksud dan tujuan pertemuan sesi ketiga. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Memberikan respon persetujuan
2.	Pelaksanaan (80 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membimbing keluarga menilai dukungan internal, sumber daya dalam merawat penderita diabetes millitus tipe-2. 2. Membimbing keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Memberikan respon positif terhadap intervensi yang dilakukan peneliti. 3. Melakukan diskusi

		<p>dalam menilai kekuatan dan mengarahkan untuk memecahkan masalah.</p> <p>3. Memperkuat kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi beberapa alternatif pilihan perawatan.</p> <p>4. Bersama keluarga mendiskusikan sarana pelayanan kesehatan yang dapat digunakan keluarga merawat penderita diabetes millitus tipe-2.</p>	dengan peneliti.
3.	Penutup (10 menit)	<p>1. Menyimpulkan hasil pertemuan sesi ketiga</p> <p>2. Memberikan pujian dan ucapan terima kasih atas berjalannya sesi ketiga.</p> <p>3. Membuat kontrak untuk sesi keempat.</p> <p>4. Mengucapkan salam</p>	<p>1. Mendengar dan memperhatikan</p> <p>2. Memberikan persetujuan pada kontrak sesi keempat</p> <p>3. Memberikan salam.</p>

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) sesuai dengan kriteria keluarga yang ditentukan dan sesuai dengan kontrak awal.
- (2) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dilakukan di rumah masing-masing keluarga.

2) Evaluasi Proses

- (1) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) diikuti oleh keluarga dengan baik
- (2) Proses Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berjalan dengan lancar.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Sesuai dengan tujuan pembelajaran dalam SAP
- (2) Keluarga mengikuti kegiatan dengan baik dan berrespon secara tepat.

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
INTERVENSI KEPERAWATAN KELUARGA : PEMBERDAYAAN KELUARGA (FAMILY EMPOWERMENT)

Kegiatan : Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment)
 Sasaran : Keluarga dan Penderita
 Tempat : Di Rumah Keluarga
 Sesi : Pertemuan Keempat

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) keluarga mampu mengevaluasi kemampuan keluarga dalam merawat penderita diabetes millitus tipe-2.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan intervensi keperawatan : Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) keluarga akan mampu :

- 1) Menjelaskan kembali tentang penyakit diabetes millitus dan mampu melakukan perawatan penderita diabetes millitus tipe-2 dengan tepat.
- 2) Menjelaskan kembali proses pemberdayaan keluarga yang telah dilakukan bersama dengan peneliti.
- 3) Menunjukkan kemampuan dan kekuatan keluarga dalam menghadapi penderita diabetes millitus tipe-2 dalam keluarga.

3. Materi : Evaluasi Pemberdayaan Keluarga

4. Metode

- 1) Diskusi
- 2) Tanya Jawab

5. Media

- 1) Buku Panduan Perawatan Diabetes Millitus Bagi Keluarga
- 2) Panduan Evaluasi Pemberdayaan Keluarga

6. Proses Intervensi :

No	Tahapan Intervensi	Kegiatan	
		Peneliti	Keluarga
1.	Persiapan (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Mengingatkan kontrak sebelumnya. 3. Menyampaikan maksud dan tujuan pertemuan sesi keempat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Memberikan respon persetujuan
2.	Pelaksanaan (80 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penilaian yang tepat terhadap kemampuan keluarga dalam merawat penderita diabetes millitus tipe-2. 2. Melakukan evaluasi pemberdayaan pada keluarga. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Memberikan respon positif terhadap evaluasi yang dilakukan peneliti.
3.	Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan hasil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar dan

	(10 menit)	<p>pertemuan sesi ketiga</p> <p>2. Memberikan pujian dan ucapan terima kasih atas berjalannya sesi empat.</p> <p>3. Mengucapkan salam.</p>	<p>memperhatikan</p> <p>2. Memberikan salam</p>
--	------------	--	---

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) sesuai dengan kriteria keluarga yang ditentukan dan sesuai dengan kontrak awal.
- (2) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dilakukan di rumah masing-masing keluarga.

2) Evaluasi Proses

- (1) Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) diikuti oleh keluarga dengan baik
- (2) Proses Intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berjalan dengan lancar.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Sesuai dengan tujuan pembelajaran dalam SAP
- (2) Keluarga mengikuti kegiatan dengan baik dan berrespon secara tepat.

DIABETES MILLITUS TIPE-2

PENGERTIAN KENCING MANIS/DM



Diabetes Militus/Kencing Manis adalah penyakit yang ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah (Dalimartha & Adrian, 2012).

MACAM-MACAM KENCING MANIS/DM

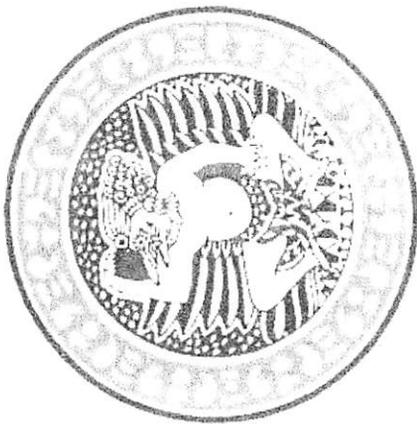
Kencing Manis/ diabetes dibagi menjadi: diabetes tipe-1 dan tipe-2 dan diabetes bentuk lain. Adapun penjelasan dari masing-masing tipe adalah sebagai berikut :

1) Diabetes Tipe-1

Terjadi karena pankreas tidak dapat menghasilkan insulin yang disebabkan karena faktor infeksi virus atau rusaknya kekebalan tubuh. Tanda dan gejala muncul mendadak. Tiba-tiba cepat merasa haus, sering kencing, badan kurus dan lemah. Tergantung pada pemberian insulin.

BOOKLET

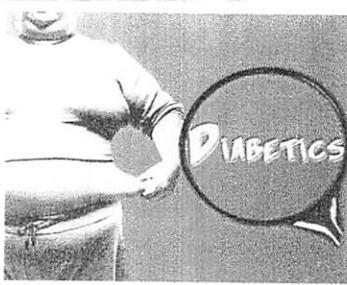
DIABETES MILITUS TIPE-2./KENCING MANIS



Oleh :

Iwan Ardian

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
2013



2) Diabetes Tipe-2

Insulin masih diproduksi oleh pankreas namun, jumlahnya tidak mencukupi serta adanya kerja insulin tidak efektif karena adanya hambatan pada kerja insulin (resistensi insulin).

Diisebabkan karena gaya hidup yang tidak sehat, kegemukan, kurang bergerak dan terlalu banyak makan dengan gizi yang tidak seimbang.

TERJADINYA DIABETES MILLITUS

Pada Diabetes tipe-2 terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin.. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan., jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe-2.

TANDA DAN GEJALA KENCING MANIS/DM

1) Sering buang air kecil (Poliuria)

Dalam keadaan normal, urine akan keluar sekitar 1,5 liter perhari, tetapi pada penderita diabetes yang tidak terkontrol dapat memproduksi urin lima kali jumlah tersebut. Biasanya penderita lebih sering buang air kecil di malam hari.

2) Sering merasa haus dan ingin minum (Polidipsi)

Penderita diabetes banyak buang air kecil, hal ini menjadikan tubuh menjadi kekurangan air dan menimbulkan haus sehingga penderita selalu menginginkan minum banyak.

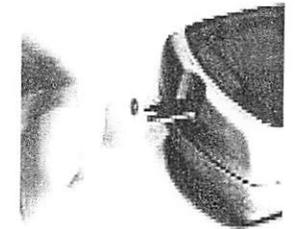


3) Nafsu makan meningkat (Polifagi) dan merasa kurang tenaga

Kelaparan di tingkat jaringan yang menjadikan rasa lapar terus menerus walaupun sudah beberapa kali mengkonsumsi makanan. Demikian pula tubuh merasakan lemas dan kurang tenaga.

4) Berat badan turun dan menjadi kurus

Kekurangan insulin dan resistensi insulin bila berlangsung lama, penderita kan menjadi kurus dan berat badannya turun.



TANDA DAN GEJALA LAIN

Kesemutan dikaki, gatal-gatal, atau luka yang tidak sembuh-sembuh, gatal-gatal di daerah selangkangan (*pruritus vulva*), ujung penis menjadi terasa sakit (*balanitis*).

KADAR GULA YANG TERMASUK KENCING MANIS

1) Keluhan dan Gula Darah Sewaktu (tanpa memperhatikan waktu makan terakhir)

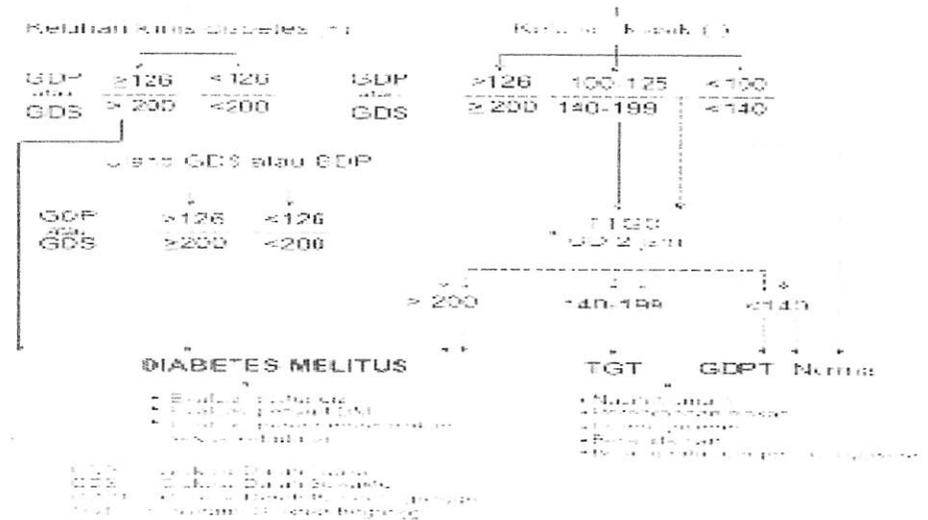
Jika keluhan ditemukan, maka periksa Gula Darah Sewaktu ≥ 200 mg/dL, maka didiagnosis sebagai penderita kencing manis.

2) Pemeriksaan Gula Darah Puasa

Jika gejala ditemukan, maka diperiksa gula darah puasa didapatkan hasil ≥ 126 mg/dL, maka sudah dapat didiagnosis penderita kencing manis.

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena	<100	100-199	≥ 200
	Darah kapiler	< 90	90-199	≥ 200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	Plasma vena	<100	100-125	≥ 126
	Darah kapiler	< 90	90-99	≥ 100

Keluhan Klinik Diabetes



KOMPLIKASI

Penderita dapat mengalami keadaan seperti :

1. Hipoglikemi (kadar glukosa darah yang abnormal rendah : di bawah 50 - 60 mg/dL).
2. Penglihatan kabur, kelemahan dan sakit kepala. Dapat terjadi pula perubahan status mental seperti mengantuk sampai koma.
3. Dehidrasi berat, takikardi, tanda-tanda neurologis yang bervariasi.
4. Penyakit Arteri Koroner, infark miokard, iskemia dan stroke, ganggren dan amputasi pada luka yang tidak sembuh-sembuh.
5. Retinopati Diabetik, Nefropati. Dan Neuropati

Hasilnya : adalah sebagai berikut :

Berat ideal IMT untuk wanita = 18,5 - 22,9. kg/m²
 IMT untuk pria = 20 - 24,9 kg/m²

FAKTOR YANG MENENTUKAN KEBUTUAN KALORI

1. Jenis Kelamin

Kebutuhan kalori pada wanita lebih kecil daripada pria, wanita : 25 kal / kg BB ,Pria : 30 kal / kg BB

2. Usia

- Pada bayi dan anak - anak kebutuhan kalori adalah jauh lebih tinggi daripada orang dewasa, dalam tahun pertama bisa mencapai 112 kg/kg BB.
- Umur 1 tahun membutuhkan lebih kurang 1000 kalori dan selanjutnya pada anak-anak lebih daripada 1 tahun mendapat tambahan 100 kalori untuk tiap tahunnya.
- Penurunan kebutuhan kalori diatas 40 tahun harus dikurangi 5% untuk tiap dekade antara 40 dan 59 tahun, sedangkan antara 60 dan 69 tahun dikurangi 10%, diatas 70 tahun dikurangi 20%.

3. Aktifitas Fisik atau Pekerjaan

Jenis aktifitas yang berbeda membutuhkan kalori yang berbeda pula. Jenis aktifitas dikelompokan sebagai berikut :

• **Keadaan istirahat** : kebutuhan kalori basal ditambah 10%.

- **Ringan** : pegawai kantor, pegawai toko, guru, ahli hukum, ibu rumah tangga, dan lain-lain kebutuhan harus ditambah 20% dari kebutuhan basal.
- **Sedang** : pegawai di industri ringan, mahasiswa, militer yang sedang tidak perang, kebutuhan dinaikkan menjadi 30% dari basal.
- **Berat** : petani, buruh, militer dalam keadaan latihan, penari, atlit, kebutuhan ditambah 40%.
- **Sangat berat** : tukang becak, tukang gali, pandai besi, kebutuhan harus ditambah 50% dari basal.

B. Penggunaan Gula

Gula dan produk-produk lain dari gula dikurangi, kecuali pada keadaan tertentu, misalnya pasien dengan diet rendah protein dan yang mendapat makanan cair, gula boleh diberikan untuk mencukupi kebutuhan kalori, dalam jumlah terbatas

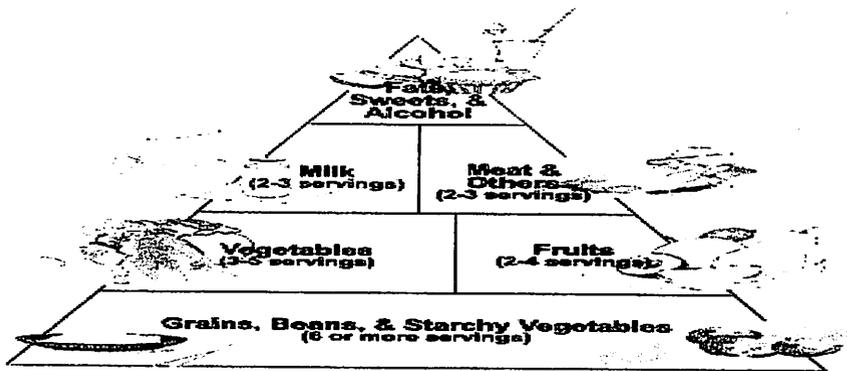
C. Standar Diet Diabetes Melitus

Untuk perencanaan pola makan sehari, pasien diberi petunjuk berapa kebutuhan bahan makanan setiap kali makan dalam sehari dalam bentuk Penukar (P). Lihat Lampiran 1. Berdasarkan pola makan pasien tersebut dan Daftar Bahan Makanan Penukar, dapat disusun menu makanan sehari-hari.

D. Daftar Bahan Makanan Penukar

Daftar bahan makanan penukar adalah suatu, daftar nama bahan makanan dengan ukuran tertentu dan dikelompokkan berdasarkan kandungan kalori, protein, lemak dan hidrat arang. Dikelompokkan menjadi 7 kelompok bahan makanan yaitu :

- Golongan 1: bahan makanan sumber karbohidrat.
- Golongan 2: bahan makanan sumber protein hewani.
- Golongan 3: bahan makanan sumber protein nabati.
- Golongan 4 : sayuran.
- Golongan 5 : buah-buahan.
- Golongan 6 : susu.
- Golongan 7 : minyak.
- Golongan 8: makanan tanpa kalori.



Penderita dapat memilih jenis makanan berdasarkan besar kalori yang dikehendaki sesuai dengan kondisi kesehatan.

Contoh menu berdasarkan daftar bahan makanan penukar dapat dilihat pada lampiran 2 dan contoh daftar bahan makanan penukar.

ENERGI (kalori)	1100	1300	1500	1700	1900	2100	2300	2500
Pagi :								
Nasi	½	1	1	1	1½	1½	1½	2
Ikan Nabati	1	1	1	1	1	1	1	1
Sayur A	-	-	½	½	½	1	1	1
Minyak	S	S	S	S	S	S	S	S
	1	1	1	1	2	2	2	2
10.00								
Buah	1	1	1	1	1	1	1	1
Susu	-	-	-	-	-	-	1	1
Siang :								
Nasi	1	1	2	2	2	2½	3	3
Daging nabati	1	1	1	1	1	1	1	1
Sayur A	1	1	1	1	1	1	1	2
B	S	S	S	S	S	S	S	S
Buah	1	1	1	1	1	1	1	1
Minyak	1	2	2	2	2	3	3	3
16.00								
Buah :	1	1	1	1	1	1	1	1
Malam :								
Nasi	1	1	1	2	2	2½	2½	2½
Ikan Nabati	1	1	1	1	1	1	1	1
Sayur A B	1	1	1	1	1	1	1	1
Buah	S	S	S	S	S	S	S	S
Minyak	1	1	1	1	1	1	1	1

Keterangan : S = sekehendak

**Contoh Menu Berdasarkan Bahan Makanan Penukar
KEBUTUHAN BAHAN MAKANAN DALAM PENUKAR DIET 1700
KALORI**

JENIS BAHAN MAKANAN	SEHARI (P)	PAGI (P)	SIANG (P)	SORE (P)	SNACK (P)
- Nasi/penukar	5	1	2	2	-
- Ikan/penukar	2	-	1	1	-
- Daging/penukar	1	1	-	-	-
- Tempe/penukar	2 ^{1/2}	-	1	1	-
- Sayuran A	S	S	S	S	-
- Sayuran B	2	-	1	1	-
- Buah/penukar	4	-	1	1	2
- Minyak/penukar	4	-	2	2	-

CONTOH MENU DM 1700 KALORI

Waktu	B. MAKANAN penukar	KEBUTUHAN BAHAN		CONTOH MENU
PAGI	Roti	2 iris	(1P)	Roti panggang
	Margarin	$\frac{1}{2}$ sdm	(1P)	Margarin
	Selai kacang	1 sdm	(1P)	Selai kacang
	Telur	1 btr	(1P)	Telur rebus
				The panas
10.00	Pisang	1 buah	(1P)	Pisang
SIANG	Nasi	1 $\frac{1}{2}$ gelas	(2P)	Nasi
	Udang	5 ekor	(1P)	Oseng-oseng
	Tahu	1 potong	(1P)	Udang, tahu, cabe
	Minyak	1 sdm	(1P)	ijo
	Sayuran	1 gelas	(1P)	Urap sayuran

	Kelapa	5 sdm	(1P)	
	Jeruk	1 buah	(1P)	Jeruk
16.00	Duku	16 buah	(1P)	Duku
Malam	Nasi	1 $\frac{1}{2}$ gelas	(2P)	Nasi
	Ayam	1 potong	(1P)	Sop ayam + k.
	Kacang merah	2 sdm	(1P)	merah
	Sayuran	1 gelas	(1P)	Tumis sayuran
	Minyak	$\frac{1}{2}$ sdm	(1P)	
	Apel malang	1 buah	(1P)	Apel

**Contoh Daftar Bahan Makanan Penukar (Versi 1997)
Golongan I : Sumber Karbohidrat**

1 Satuan Penukar = 175 kalori, 4 g protein, 40 g karbohidrat.

Bahan Makanan	URT		Berat (g)
- Bihun	$\frac{1}{2}$	gls	50
- Kentang	2	bj sdg	210
- Makaroni	$\frac{1}{2}$	gls	50
- Mi kering	1	gls	50
- Mi basah	2	gls	200
- Nasi	3/4	gls	100
- Roti putih	3	ptg sdg	70
- Singkong	1	ptg	120
- Tepung terigu	5	sdm	50
- Tepung Maizena	10	sdm	50
- Tepung beras	8	sdm	50
- Ubi	1	bj	135

Golongan II : Sumber Protein Hewani 1. Rendah Lemak**1. Rendah Lemak**

1 Satuan Penukar = 50 kalori
7 g protein
2 g lemak.

Bahan Makanan	URT		Berat (g)
- Ayam tanpa kulit	1	ptg sdg	40
- Babat	1	ptg sdg	40
- Daging kerbau	1	ptg sdg	35
- Dideh sapi	1	ptg sdg	35
- Ikan segar	1	ptg sdg	40
- Ikan asin	1	ptg kcl	15
- Teri kering	1	sdm	20

2. Lemak Sedang

1 Satuan Penukar = 75 kalori
7 g protein
5 g lemak.

Bahan Makanan	URT		Berat (g)
- Bakso	10	bj sdg	170
- Daging kambing	I	ptg sdg	40
- Daging sapi	I	ptg sdg	35
- Nati ayam	I	bh sdg	30
- Hati sapi	1	ptg sdg	35
- Otak	I	ptg bsr	65
- Telur ayam	1	btr	50
- Udang segar	5	ekor sdg	35
- Usus sapi	1	ptg bsr	50

3. Tinggi lemak

1 Satuan Penukar = 150 kalori 7 g protein
13 g lemak.

Bahan Makanan	URT		Berat (g)
- Bebek	1	ptg sdg	45
- Corned beef	3	sdm	45
- Ayam dengan kulit	1	ptg sdg	40
- Daging babi	1	ptg sdg	50
- Sosis	$\frac{1}{2}$	ptg sdg	50
- Kuning telur ayam	4	btr	45

Golongan III : Sumber Protein Nabati

1 Satuan Penukar = 75 kalori
5 g protein 3 g lemak
7 g karbohidrat.

Bahan Makanan	URT		Berat (g)
- Kacang hijau	2	sdm	20
- Kacang kedele	$2\frac{1}{2}$	sdm	25
- KacangUg merah segar	21	sdm	20
- Kacang tanah	2	sdm	15
- Keju kacang tanah	1	sdm	15
- Kacang Tolo	2	sdm	20
- Oncom	2	ptg kcl	40
- Tahu	1	bj besar	110
- Tempe	2	ptg sedang	50



Symptoms and Diet

Golongan IV : Sayuran

Sayuran A Bebas dimakan. Kandungan kalori dapat diabaikan.

Baligo	Lobak
Gambas (oyong)	Lettuce
Jamur Kuping segar	Slada air
Ketimun	Slada
Labu air	Tomat

Sayuran B 1 Satuan Penukar ± 1 gls (100 gram) = 25 kalori, 1 g protein, 5 g karbohidrat

Bahan Makanan

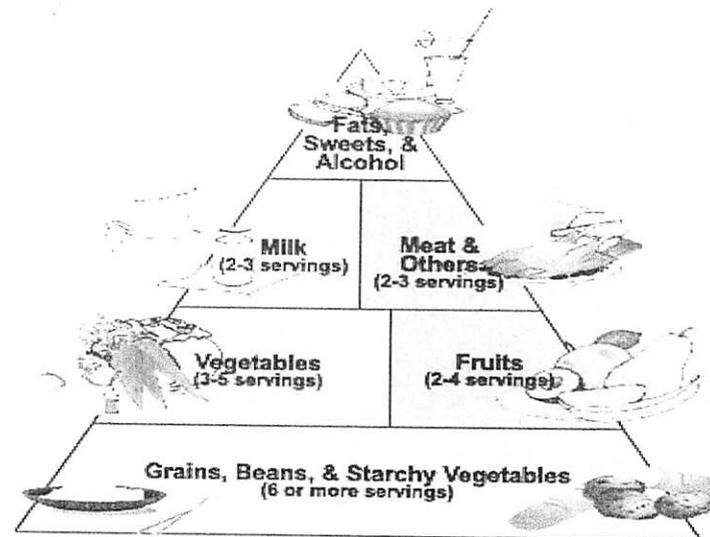
- Bayam	- Labu siam
- Bit	- Sawi
- Buncis	- Toge kacang hijau
- Brokoli	- Terong
- Caisim	- Kangkung
- Genjer	- Kacang panjang
- Jagung muda	- Labu siam
- Kol	- Pare
- Kembang kol	- Rebung
- Wortel	- Pepaya muda

Sayuran C

1 Satuan Penukar ± 1 gls (100 gram) = 50 kalori, 3 g protein, 10 g karbohidrat

Bahan Makanan

- Bayam merah - Daun tales
- Daun katuk - Kacang kapri
- Daun mlinjo - Kluwih
- Daun pepaya - Mlinjo
- Daun singkong - Nangka muda
- Toge kacang kedele



Golongan V : Buah dan guta

I Satuan Penukar = 50 kalori
12 g karbohidrat.

Bahan Makanan	URT	Berat (g)
- Anggur	20 bh sdg	165
- Apel merah	1 bh	85
- Belimbing	1 bh bsr	140
- Blewah	1 ptg sdg	70
- Duku	16 bh	80
- Durian	2 bj bsr	35
- Jeruk manis	2 bh	110
- Jambu air	2 bh bsr	110
- Jambu biji	1 bh bsr	100
- Jambu bol	1 bh kcl	90
- Kolang-kaling	5 bh sdg	25
- Kedondong	2 bh sdg	120
- Kemang	1 bh bsr	105
- Mangga	3/4 bh bsr	90
- Nenas	1/4 bh sdg	95
- Pisang	1 bh	50
- Pepaya	1 ptg bsr	190
- Rambutan	8 bh	75
- Kurma	3 bh	15
- Melon	1 ptg bsr	190
- Nangka masak	3 bj sdg	45
- Sawo	1 bh sdg	55
- Semangka	1 ptg bsr	150
- Sirsak	1/2 gls	60
- Gula	1 sdm	13
- Madu	1 sdm	15

1. Susu tanpa lemak

1 Satuan Penukar

= 75 kalori
7 g protein
10 g karbohidrat

Bahan Makanan	URT	Berat (g)
- Susu skim cair	1 gls	200
- Tepung susu skim	4 sdm	20
- Yogurt Non fat	2/3 gls	120

2. Susu rendah lemak

1 Satuan Penukar

= 125 kalori
7 g protein
6 g lemak
10 g karbohidrat

Bahan Makanan	URT	Berat (g)
- Keju	1 ptg kcl	35
- Susu kambing	3/4 gls F	165
- Susu sapi	1 gls	200
- Yogurt susu penuh	1 gls	200
- joghurt	1 gls	200

3. Susu tinggi lemak

I Satuan Penukar

= 150 kalori
7 g protein 10 g lemak
10 g karbohidrat

Bahan Makanan	URT	Berat (g)
- Susu kerbau	1/2 gls	100
- Tepung susu Penuh	6 sdm	30

Golongan VII : Minyak

1 Satuan Penukar = 50 kalori 5 g lemak

1. Lemak tidak jenuh

Bahan Makanan	URT		Berat (g)
- Alpuat	$\frac{1}{2}$	bh bsr	60
- Kacang almon	7	bj	25
- Margarin jagung		1/4 sdt	5
- Minyak bunga matahari		1 sdt	5
- Minyak jagung		1 sdt	5
- Minyak kedele		1 sdt	5
- Minyak kacang tanah	1	sdt	5
- Minyak zaitun	1	sdt	5

2. Lemak jenuh

Bahan Makanan	URT		Berat (g)
- Lemak babi	1	ptg kcl	5
- Mentega	I	sdm f	15
- Santan	1/3	gls	40
- Kelapa	1	ptg kcl	15
- Minyak kelapa	$\frac{1}{2}$	sdt	5
- Minyak inti kelapa sawit	I	sdt	5

Golongan VIII : Makanan Tanpa Kalori

Agar-agar	Gula alternatif : aspartam, sakarin
Air kaldu	Kecap
Air mineral	Kopi
Cuka	Teh
Gelatin	

HASIL YANG DIINGINKAN TERAPI GIZI**1. Kontrol glikemik**

Terkendali	Baik	Sedang
Puasa	80 - 109	110 - 125
2 jam PP (mg/dl)	110 - 144	145 - 179

- Sesudah 4-6 minggu kunjungan L Kecenderungan turun (-10%) atau sudah sampai sasaran. Bila tidak tercapai anjurkan perubahan terapi gizi atau medis.
- Hasil yang diharapkan pada TGM yang berkesinambungan: Mempertahankan pencapaian sasaran.

2. Lipid

Terkendali	Baik	Sedang
Kolesterol total (mg/dl)	<200	200 - 239
LDL (mg/dl)	<100	100 - 129 (tanpa PJK)
HDL (mg/dl)	>45	
Trigliserida (mg/dl)	<150	150 - 199 (tanpa PJK)

- Sesudah 4-6 minggu dari kunjungan I:
Bila kolesterol meningkat, turunkan 6-12 %
- Bila kadar kolesterol tidak mencapai sasaran sesudah 4-6 bulan TGM, beritahu dokter.

3. Tekanan darah

- Tujuan : <130/80
- Bila tak ada respon terhadap perubahan gaya hidup, beritahu dokter.

4. Berat badan

- Tujuan: Pertahankan berat badan yang memadai.

	Baik	Sedang
IMT Wanita	18,5-22,9	23-25
IMT Pria	20-24,9	25-27

Penurunan berat badan jangka pendek 0,2 - 0,5 kg/minggu

Penurunan berat badan jangka lama 2,5 - 9 kg

- Hasil setelah 4-6 minggu dari kunjungan I : Penurunan berat badan 1,5 - 3 kg
- Hasil selama TGM yang berkesinambungan : Penurunan berat badan 4,5 - 9 kg.

5. Perencanaan makan

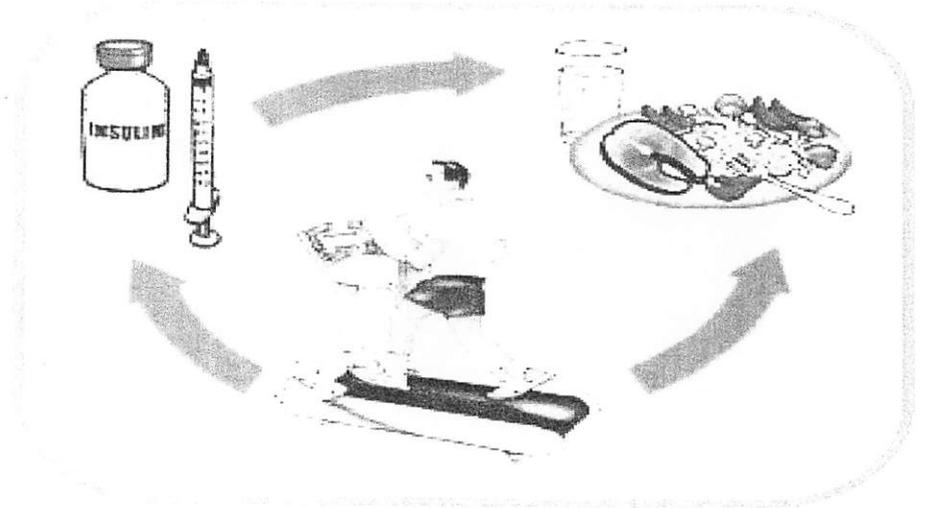
- Tujuan : Makan dan konsumsi snack secara teratur. Pemilihan dan jumlah makanan sesuai dengan perencanaan makan.

Dibatasi energi melebihi kebutuhan, asupan dikurangi 250-500 kkal/hari.

- Hasil setelah 4-6 minggu dari kunjungan I: Perubahan yang positif pada pemilihan makanan, jumlah, frekuensi, dan waktu makan.
- Hasil selama TGM yang berkesinambungan: Penerapan dan mempertahankan perubahan yang positif.

6. Latihan jasmani

- Tujuan : Apabila tidak ada pembatasan medis, aktivitas fisik 10-15 menit atau lebih, minimum 3 - 4 kali seminggu.
- Hasil setelah 4-6 minggu dari kunjungan I: Tingkat aktivitas fisik berangsur ditingkatkan atau diteruskan.
- Pertahankan program latihan jasmani



Petunjuk Pelaksanaan Suatu Kegiatan Latihan Jasmani

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No	LANGKAH/KEGIATAN	RINCIAN KEGIATAN
I.	Konsultasi dengan dokter atau edukator (pra latihan) 1. Pemeriksaan medis 2. pemeriksaan faal atau kebugaran	<ul style="list-style-type: none"> - mengisi riwayat penyakit - menjelaskan lebih detail per DM diabetisi - dokter melakukan pemeriksaan fisik medis - mengisi formulir pemeriksaan - mengikuti pengukuran lemak tubuh di lengan, badan, paha dan betis - mengikuti pemeriksaan EKG istirahat - mengikuti pemasangan EKG sambil duduk di atas sepeda. - mengikuti petunjuk yang diberikan pemeriksa. - pengukuran tekanan darah dan nadi dilakukan setiap menit - melakukan tes hingga selesai (6 menit) - bila tidak ada ergocycle dapat dilakukan di lapangan (tes 12 menit)

	3. Pembuatan Program Latihan oleh dokter atau educator	<ul style="list-style-type: none"> - dokter atau edukator menjelaskan program latihan yang akan diikuti oleh diabetisi.
II	Persiapan latihan jasmani	<ul style="list-style-type: none"> - hubungi pelatih dan pengawas - mengetahui tempat, waktu latihan - mempersiapkan pakaian, sepatu, handuk, pakaian ganti dll. - mempersiapkan air putih - mempersiapkan obat yang diperlukan, makanan kecil - berkumpul pada tempat dan waktu sesuai dengan yang sudah ditentukan. - lapor pada pengawas, mengenai keadaan diabetisi hari ini, apakah perlu pemeriksaan glukosa darah, penyuntikan insulin atau perlu makanan kecil? - berkelompok mengikuti petunjuk pelatih - periksa denyut nadi permenit pada lengan atau leher (sudah diajarkan sebelumnya) - lakukan pemanasan di-

		<p>bombing oleh pelatih berupa gerakan yang dipersiapkan untuk latihan jasmani yang akan dilakukan, misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ jalan, lakukan jalan perlahan memutar ruangan atau lapangan. ♦ lari, lakukan lari santai memutar ruangan atau lapangan, 5 menit ♦ senam erobik, lakukan dengan irama lebih lambat
III	<p>Pengawasan dengan monitor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - denyut nadi (4x) - frekuensi nafas - keluhan: pusing, lemas, sesak, dll. 	<ul style="list-style-type: none"> - lakukan stretching di bimbing oleh pelatih, 5-7 menit - periksa denyut nadi ke-2 - lakukan latihan inti, pada senam kelompok dengan mengikuti irama lagu yang makin meningkat dan gerakan lebih bervariasi, 15 menit. - periksa denyut nadi ke-3 - lakukan gerakan lebih lambat dan stretching, 5menit. Stretching dapat dilakukan di lantai atau di rumput memakai matras/ alas, dapat pula sambil berdiri - ukur denyut nadi ke-4

IV	Recovery (Selesai melakukan latihan jasmani)	- istirahat 15-30 menit, untuk melihat akibat latihan jasmani. Bila semua aman, tidak ada keluhan diabetisi boleh pulang.
----	--	---

PERAWATAN KAKI DIABETES

Perawatan kaki merupakan sebagian dari upaya pencegahan primer pada pengelolaan kaki diabetik yang bertujuan untuk mencegah terjadinya luka. Yang harus kita lakukan adalah :

1. Periksa kaki setiap hari, apakah ada kulit retak, melepuh, luka, perdarahan. Gunakan cermin untuk melihat bagian bawah kaki, atau minta bantuan orang lain untuk memeriksa.
2. Bersihkan kaki setiap hari pada waktu mandi dengan air bersih dan sabun mandi. Bila perlu gosok kaki dengan sikat lunak atau batu apung. Keringkan kaki dengan handuk bersih, lembut, yakinkan daerah sela-sela jari kaki dalam keadaan kering, terutama sela jari kaki ketiga-keempat dan keempat-kelima.
3. Berikan: pelembab/lotion (*hand body lotion*) pada daerah kaki yang kering, tetapi tidak pada sela-sela jari kaki. Pelembab gunanya untuk menjaga agar kulit tidak retak.
4. Gunting kuku kaki lurus mengikuti bentuk normal jari kaki, tidak terlalu pendek atau terlalu dekat dengan kulit, kemudian kikis agar kuku tidak tajam. Bila penglihatan kurang baik minta pertolongan orang lain untuk memotong kuku atau mengikis kuku setiap dua hari sekali. Hindarkan terjadi luka pada jaringan sekitar kuku. Bila kuku keras sulit untuk dipotong, rendam kaki

dengan air hangat kuku (37°C) selama + 5 menit, bersihkan dengan sikat kuku, sabun dan air bersih. Bersihkan kuku setiap hari pada waktu mandi dan berikan krem pelembab kuku.

5. Memakai alas kaki sepatu atau sandal untuk melindungi kaki agar tidak terjadi luka, juga di dalam rumah.
6. Gunakan sepatu atau sandal yang baik yang sesuai dengan ukuran dan enak untuk dipakai, dengan ruang dalam sepatu yang cukup untuk jarijari. Pakailah kaus/ stocking yang pas dan bersih terbuat dari bahan yang mengandung katun. Syarat sepatu yang baik untuk kaki diabetik :

- Ukuran : - Sepatu lebih dalam
 - Panjang sepatu %2 inchi lebih panjang dari jari-jari kaki terpanjang saat berdiri (sesuai cetakan kaki).
 - Bentuk : - Ujung tidak runcing .
 - Tinggi tumit kurang dari 2 inchi
 - Bagian dalam bawah (insole) tidak kasar dan licin, terbuat dari bahan busa karet, plastik dengan tebal 10 - 12 mm.
 - Ruang dalam sepatu longgar, lebar sesuai bentuk kaki
- Periksa sepatu sebelum dipakai, apakah ada kerikil, benda-benda tajam seperti jarum dan duri. Lepas sepatu setiap 4-6 jam serta gerakkan pergelangan dan jari jari kaki agar sirkulasi darah tetap baik terutama pada pemakaian sepatu baru.

8. Bila ada luka kecil, obati luka dan tutup dengan pembalut bersih.
- Periksa apakah ada tanda-tanda radang.
9. Segera ke dokter bila kaki mengalami luka.
10. Periksa kaki ke dokter secara rutin.

Senam Kaki Diabetes

Kaki diabetes mengalami gangguan sirkulasi darah dianjurkan untuk melakukan latihan jasmani atau senam kaki sesuai dengan kondisi dan kemampuan tubuh. Senam kaki dapat membantu memperbaiki sirkulasi darah dan memperkuat otot-otot kecil kaki dan mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki (deformitas). Selain itu dapat meningkatkan kekuatan otot betis dan otot paha.

Latihan senam kaki dapat dilakukan dengan posisi berdiri, duduk dan tidur, dengan cara menggerakkan kaki dan sendi-sendi kaki misalnya berdiri dengan kedua tumit diangkat, mengangkat kaki dan menurunkan kaki. Gerakan dapat berupa gerakan menekuk, meluruskan, mengangkat, memutar keluar atau kedalam dan mencengkram pada jari-jari kaki. Latihan senam kaki diabetes dapat dilakukan setiap hari secara teratur di rumah bersama keluarga, juga waktu kaki terasa dingin, lakukan senam ulang.

Apa Yang Tidak Boleh Dilakukan !

1. Jangan merendam kaki.
2. Jangan menggunakan botol panas atau peralatan listrik untuk memanaskan kaki.
3. Jangan gunakan batu / silet untuk mengurangi kapalan (callus).
4. Jangan merokok
5. Jangan pakai sepatu atau kaos kaki sempit
6. Jangan menggunakan obat-obat tanpa anjuran dokter untuk menghilangkan "mata ikan"
7. Jangan gunakan sikat atau pisau untuk kaki
8. Jangan membiarkan luka kecil di kaki, sekecil apapun luka itu.

OBAT BAGI DIABETES TIPE-2

Pemberian obat diabetes jika kadar glukosa darah penderita diabetes mellitus masih tetap tinggi atau belum sesuai dengan batas yang normal setelah dilakukan intervensi pengaturan gizi medis dan latihan jasmani. Obat hipoglikemik oral (OHO) diberikan berdasarkan cara kerja obat tersebut yaitu : sebagai pemicu sekresi insulin dapat diberikan sulfonilurea dan glinid. Penambah sensitivitas terhadap insulin dapat diberikan metformin, tiazolidindion. Penghambat glukoneogenesis dapat diberikan metformin. Penghambat absorpsi glukosa dapat diberikan Acarbose (penghambat glukosidase alfa).

Secara keseluruhan sebanyak 20-25% penderita diabetes mellitus tipe-2 berlanjut pada kondisi memerlukan insulin untuk mengendalikan kadar glukosa darahnya. Bagi penderita yang kadar glukosa darahnya tidak dapat dikendalikan lagi dengan menggunakan kombinasi sulfonilurea dan metformin, langkah berikutnya yang mungkin diberikan adalah pemberian insulin. Pemberian Insulin Insulin juga dapat diberikan pada keadaan seperti : penurunan berat badan yang cepat, hiperglikemia berat yang disertai ketosis, gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat.

Lampiran 9**PANDUAN PENGKAJIAN KELUARGA DIABETES MILLITUS
PADA PERTEMUAN PERTAMA****A. Tujuan Kegiatan**

Serangkaian kegiatan pengkajian kesehatan yang terencana dan terarah untuk menggali, meningkatkan dan mengarahkan peran serta keluarga agar dapat memanfaatkan potensi / sumber yang ada guna menyembuhkan anggota keluarga dan menyelesaikan masalah kesehatan keluarga yang mereka hadapi.

B. Kegiatan yang dilakukan**1. Komunikasi**

- a. Membina hubungan saling percaya dengan keluarga, Menyapa dengan baik dan lakukan komunikasi dua arah dan menciptakan hubungan yang baik dengan keluarga.
- b. Membuat kontrak pertemuan –pertemuan yang akan dilalui selama penelitian ini berlangsung dan pastikan keluarga memahami isi kontrak yang ada.
- c. Pastikan keadaan umum keluarga dalam keadaan kesadaran yang baik dan memiliki waktu yang cukup sesuai dengan kontrak.
- d. Catat biodata, lengkapi dengan data anggota keluarga lainnya
- e. Beri kesempatan keluarga untuk mengemukakan keluhannya.
- f. Beri kesempatan keluarga menceritakan upaya yang telah dilakukan untuk merawat anggota keluarga yang menderita diabetes militus.
- g. Seleksi keluhan dengan tepat, yang diutarakan dengan jelas maupun keluhan yang tersembunyi, untuk menentukan tindakan selanjutnya.
- h. Seleksi upaya-upaya keluarga yang sesuai dengan program dan catat upaya-upaya keluarga yang tidak sesuai dengan program perawatan diabetes millitus tipe-2.
- i. Tanyakan riwayat medis terdahulu dan risiko DM dalam keluarga.
- j. Tanyakan pengetahuan keluarga tentang penyakit diabetes millitus : pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perjalanan penyakit, pengobatannya, penatalaksanaan, komplikasi.
- k. Tanyakan perasaan keluarga selama ini melakukan perawatan pada anggota keluarga yang menderita diabetes millitus.

2. Pemeriksaan

- a. Lakukan pemeriksaan umum secara keseluruhan dan catatkan segala yang ditemukan yaitu; tensi, nadi, temperatur, penampilan umum (sakit / sehat)
- b. Bersama keluarga mengkaji kelainan yang dapat diidentifikasi dengan mata; sianosis, ikterus, pucat, pembengkakan, keadaan muskuloskeletal dan lainnya
- c. Mengkaji pemahaman keluarga tentang pemeriksaan laboratorium (urin & glukosa darah) dan lainnya sesuai dengan indikasi

3. Aspek Promotif

- a. Tanyakan bagaimana keluarga meningkatkan mutu kehidupan penyandang DM, sesuai dengan status sosialnya dalam komunitasnya
- b. Tanyakan bagaimana keluarga mencegah timbulnya komplikasi / timbulnya penyakit pada anggota keluarga yang mempunyai risiko DM / mempunyai perilaku yang buruk terhadap kesehatan
- c. Tanyakan keluarga apakah keluarga membutuhkan konseling / penyuluhan. untuk perawatan diri, budaya bersih, menghindari minuman yang berakohol, 'penggunaan waktu luang yang positif untuk kesehatan, menghilangkan stress dalam rutinitas kehidupan/pekerjaan, pola makan yang baik

- d. Bersama keluarga mengkaji potensi anggota keluarga lainnya untuk klien minum obat, pemeriksaan berkala, memperhatikan keluhan
- e. Motivasi penanggung jawab keluarga untuk memperhatikan keluhan dan meluangkan waktu bagi anggota keluarga, yang menyandang DM / yang mempunyai risiko.

Frequency Table Kelompok Perlakuan

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lk	4	26.7	26.7	26.7
	Pr	11	73.3	73.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
USIA	15	23.00	60.00	51.2667	10.60638
Valid N (listwise)	15				

TK#PEND

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	7	46.7	46.7	46.7
	SLTP	5	33.3	33.3	80.0
	Tdk	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Peg.Swasta	3	20.0	20.0	20.0
	Pensiunan	1	6.7	6.7	26.7
	Tdk Bekerja	5	33.3	33.3	60.0
	Wiraswasta	6	40.0	40.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

LAMA_SAKIT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 tahun	5	33.3	33.3	33.3
	3 tahun	4	26.7	26.7	60.0
	5 tahun	4	26.7	26.7	86.7
	Kurang 1 th	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

BRP_KALI_PX

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 bln sekali	5	33.3	33.3	33.3
2 bln sekali	1	6.7	6.7	40.0
3 bln sekali	2	13.3	13.3	53.3
Tidak teratur	7	46.7	46.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

TEMPAT_PX

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dokter Swasta	3	20.0	20.0	20.0
Poliklinik	2	13.3	13.3	33.3
Puskesmas	9	60.0	60.0	93.3
Rumah Sakit	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

PROMKES

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum	11	73.3	73.3	73.3
Pernah	4	26.7	26.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Frequency Table**Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lk	6	40.0	40.0	40.0
	Pr	9	60.0	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

TK#PEND

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	9	60.0	60.0	60.0
	SLTP	1	6.7	6.7	66.7
	SMU	3	20.0	20.0	86.7
	Tdk	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TdkBekerja	9	60.0	60.0	60.0
	Wiraswasta	6	40.0	40.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

LAMA_SAKIT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 tahun	3	20.0	20.0	20.0
	5 tahun	6	40.0	40.0	60.0
	6 tahun	3	20.0	20.0	80.0
	Kurang 1 th	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

BRP_KALI_PX

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 blnsekali	6	40.0	40.0	40.0
	2 blnsekali	2	13.3	13.3	53.3
	TdkTeratur	7	46.7	46.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

TEMPAT_PX

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dokterswasta	4	26.7	26.7	26.7
	Poliklinik	4	26.7	26.7	53.3
	Puskesmas	6	40.0	40.0	93.3
	RumahSakit	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

PROMKES

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum	7	46.7	46.7	46.7
	Pernah	8	53.3	53.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Descriptives

Kelompok			Statistic	Std. Error
UsiaKeluarga	Kontrol	Mean	49.8667	2.71129
		95% Confidence Interval for Mean	44.0515	
		Lower Bound	55.6818	
		Upper Bound	50.4074	
		5% Trimmed Mean	52.0000	
		Median	110.267	
		Variance	10.50079	
		Std. Deviation	30.00	
		Minimum	60.00	
		Maximum	30.00	
	Perlakuan	Mean	50.4667	2.37019
		95% Confidence Interval for Mean	45.3831	
		Lower Bound	55.5502	
		Upper Bound	51.0185	
		5% Trimmed Mean	54.0000	
		Median	84.267	
		Variance	9.17969	
		Std. Deviation	31.00	
		Minimum	60.00	
		Maximum	29.00	
UsiaPenderita	Kontrol	Mean	53.0000	2.27408
		95% Confidence Interval for Mean	48.1226	
		Lower Bound	57.8774	
		Upper Bound	54.0000	
		5% Trimmed Mean	55.0000	
		Median	77.571	
		Variance	8.80746	
		Std. Deviation	28.00	
		Minimum	60.00	
		Maximum	32.00	
UsiaPenderita	Perlakuan	Mean	50.8667	2.81132
		95% Confidence Interval for Mean	44.8370	
		Lower Bound		
		Upper Bound		
		5% Trimmed Mean		
		Median		
		Variance		
		Std. Deviation		
		Minimum		
		Maximum		

		Interval for Mean	Upper Bound	56.8963	
		5% Trimmed Mean		51.9074	
		Median		55.0000	
		Variance		118.552	
		Std. Deviation		10.88818	
		Minimum		23.00	
		Maximum		60.00	
		Range		37.00	
		Interquartile Range		14.00	
		Skewness		-1.448	.580
		Kurtosis		1.793	1.121
Lama Sakit	Kontrol	Mean		4.0000	.47809
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.9746	
			Upper Bound	5.0254	
		5% Trimmed Mean		4.0556	
		Median		5.0000	
		Variance		3.429	
		Std. Deviation		1.85164	
		Minimum		1.00	
		Maximum		6.00	
		Range		5.00	
		Interquartile Range		2.00	
		Skewness		-.701	.580
		Kurtosis		-.965	1.121
	Perlakuan	Mean		2.9333	.37118
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.1372	
			Upper Bound	3.7294	
		5% Trimmed Mean		2.9259	
		Median		3.0000	
		Variance		2.067	
		Std. Deviation		1.43759	
		Minimum		1.00	
		Maximum		5.00	
		Range		4.00	
		Interquartile Range		3.00	
		Skewness		.466	.580
		Kurtosis		-1.075	1.121

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pre_Perlakuan	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
Post_Perlakuan	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Pre_Perlakuan	Mean		20.8000	1.41152
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.7726	
		Upper Bound	23.8274	
	5% Trimmed Mean		20.7222	
	Median		19.0000	
	Variance		29.886	
	Std. Deviation		5.46678	
	Minimum		14.00	
	Maximum		29.00	
	Range		15.00	
	Interquartile Range		10.00	
	Skewness		.379	.580
	Kurtosis		-1.311	1.121
Post_Perlakuan	Mean		31.4000	1.61481
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	27.9366	
		Upper Bound	34.8634	
	5% Trimmed Mean		31.5556	
	Median		32.0000	
	Variance		39.114	
	Std. Deviation		6.25414	
	Minimum		21.00	
	Maximum		39.00	
	Range		18.00	
	Interquartile Range		11.00	
	Skewness		-.266	.580
	Kurtosis		-1.273	1.121

Tests of Normality

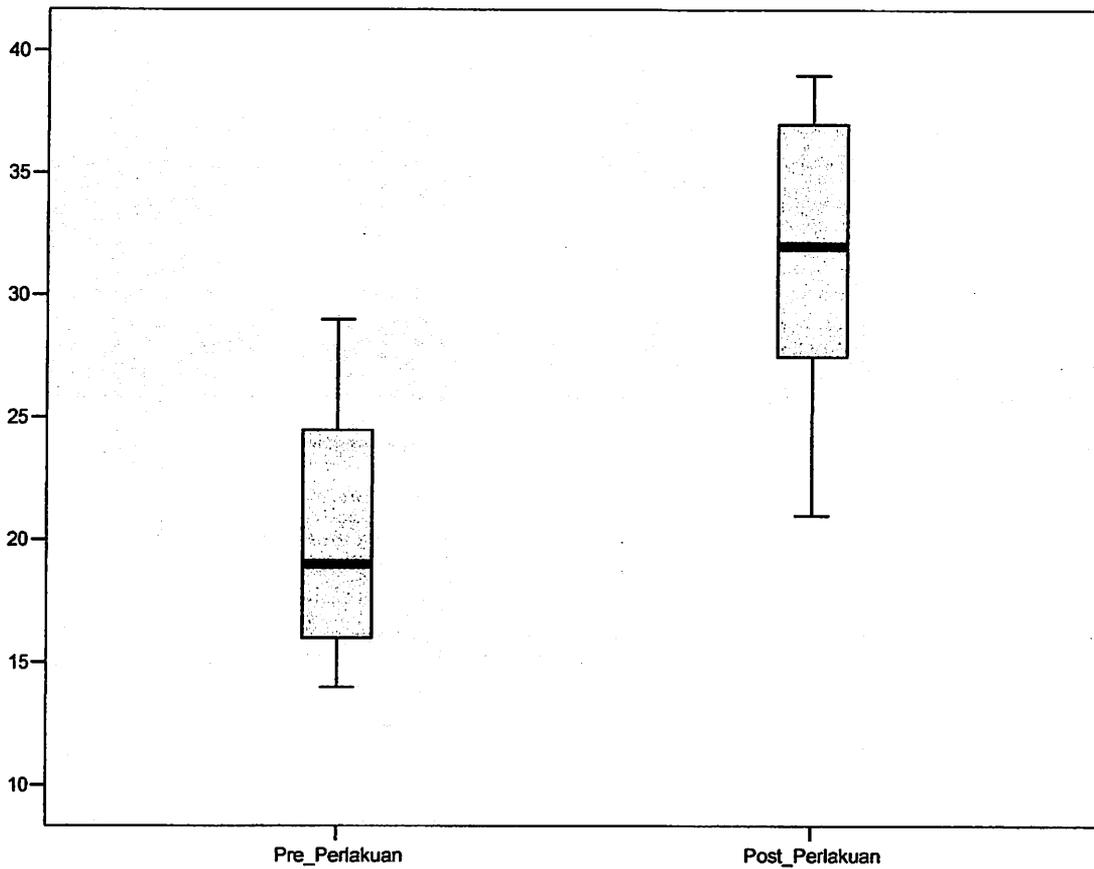
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre_Perlakuan	.162	15	.200*	.893	15	.074
Post_Perlakuan	.148	15	.200*	.916	15	.169

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Subyek penelitian (15 < 50) maka untuk uji normalitas menggunakan Shapiro-wilk

Sig pre Perlakuan 0.074 > 0.05 = sebaran data normal
 Post perlakuan 0.169 > 0.05 = sebaran data normal



NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre_ Perlakuan	Post_ Perlakuan
N		15	15
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	20.8000	31.4000
	Std. Deviation	5.46678	6.25414
Most Extreme Differences	Absolute	.162	.148
	Positive	.162	.116
	Negative	-.133	-.148
Kolmogorov-Smirnov Z		.629	.573
Asymp. Sig. (2-tailed)		.824	.897

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pre_Perlakuan	20.8000	15	5.46678	1.41152
	Post_Perlakuan	31.4000	15	6.25414	1.61481

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Pre_Perlakuan Post_Perlakuan	0.60000	4.51664	1.16619	3.10123	-8.09877	-9.089	14	.000

Sig (2 tailed) 0.000 < 0.05 = terdapat perbedaan yang bermakna antara pre dan post untuk kelompok perlakuan

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pre_Kontrol	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
Post_Kontrol	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Pre_Kontrol	Mean		27.1333	1.73991
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23.4016	
		Upper Bound	30.8651	
	5% Trimmed Mean		27.2037	
	Median		28.0000	
	Variance		45.410	
	Std. Deviation		6.73866	
	Minimum		16.00	
	Maximum		37.00	
	Range		21.00	
	Interquartile Range		13.00	
	Skewness		-.330	.580
	Kurtosis		-1.104	1.121
	Post_Kontrol	Mean		27.5333
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	24.0193	
		Upper Bound	31.0474	
5% Trimmed Mean			27.5926	
Median			28.0000	
Variance			40.267	
Std. Deviation			6.34560	
Minimum			17.00	
Maximum			37.00	
Range			20.00	
Interquartile Range			11.00	
Skewness			-.337	.580
Kurtosis			-1.002	1.121

Tests of Normality

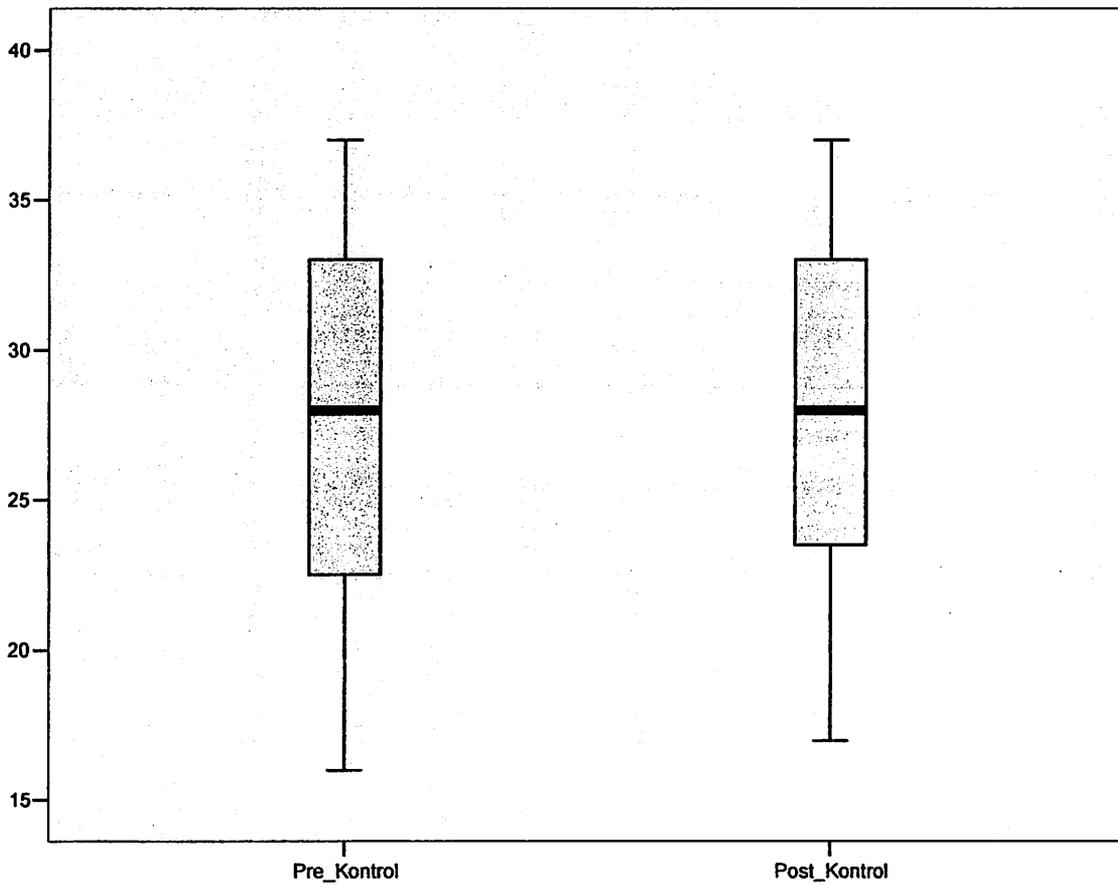
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre_Kontrol	.141	15	.200*	.940	15	.379
Post_Kontrol	.139	15	.200*	.946	15	.459

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Subyek penelitian (15 < 50) maka untuk uji normalitas menggunakan Shapiro-wilk

Sig pre Kontrol 0.379 > 0.05 = sebaran data normal
 Post Kontrol 0.459 > 0.05 = sebaran data normal



NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre_Kontrol	Post_Kontrol
N		15	15
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	27.1333	27.5333
	Std. Deviation	6.73866	6.34560
Most Extreme Differences	Absolute	.141	.139
	Positive	.122	.111
	Negative	-.141	-.139
Kolmogorov-Smirnov Z		.547	.538
Asymp. Sig. (2-tailed)		.925	.935

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pre_Kontrol	27.1333	15	6.73866	1.73991
	Post_Kontrol	27.5333	15	6.34560	1.63843

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Pre_Kontrol Post_Kontrol	-.40000	.82808	.21381	-.85857	.05857	-1.871	14	.082

Sig (2 tailed) $0.082 > 0.05$ = tidak ada perbedaan yang bermakna antara pre dan post untuk kelompok kontrol

Explore

Case Processing Summary

Kelompok		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Delta	Kontrol	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
	Perlakuan	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

Descriptives

Kelompok				Statistic	Std. Error
Delta	Kontrol	Mean		.4000	.21381
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-.0586	
			Upper Bound	.8586	
		5% Trimmed Mean		.3333	
		Median		.0000	
		Variance		.686	
		Std. Deviation		.82808	
		Minimum		.00	
		Maximum		2.00	
		Range		2.00	
		Interquartile Range		.00	
		Skewness		1.672	.580
		Kurtosis		.897	1.121
			Perlakuan	Mean	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			8.0988	
	Upper Bound			13.1012	
5% Trimmed Mean				10.3333	
Median				10.0000	
Variance				20.400	
Std. Deviation				4.51664	
Minimum				6.00	
Maximum				20.00	
Range				14.00	
Interquartile Range				7.00	
Skewness				1.263	.580
Kurtosis				.776	1.121

→ siapa ?

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Delta	Kontrol	15	.4000	.82808	.21381
	Perlakuan	15	10.6000	4.51664	1.16619

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Delta	Equal variances assumed	14.132	.001	-8.603	28	.000	-10.20000	1.18563	-12.62865	-7.77135
	Equal variances not assumed			-8.603	14.940	.000	-10.20000	1.18563	-12.72799	-7.67201



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id>; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 14 Maret 2013

Nomor : 98 /UN3.1.12/PPd/S2/2013
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.

Kepala Bakesbangpol Linmas Propinsi Jateng

Di Semarang

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Iwan Ardian , S.Kep.Ns
NIM : 131141056
Judul Penelitian : Peningkatan koping keluarga menggunakan intervensi pemberdayaan keluarga (*Family empowerment*) pada keluarga dengan diabetes militus tipe 2 di kelurahan Muktiharjo kidul Semarang

Tempat : Wilayah kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Semarang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan



Purwaningsih, SKp. M.Kes
NIP. 19661121200032001

Tembusan :

- 1.Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang
- 2.Kepala Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang
- 3.Lurah Muktiharjo Kidul Kota Semarang



SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070 / 0639 / 2013

- I. DASAR : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia. Nomor 64 Tahun 2011. Tanggal 20. Desember 2011.
2. Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah. Nomor 070 / 265 / 2004. Tanggal 20 Februari 2004.
- II. MEMBACA : Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Univ. Airlangga Surabaya. Nomor 98 / UN3.1.12 / PPd / S2 / 2013. Tanggal 14 Maret 2013.
- III. Pada Prinsipnya kami TIDAK KEBERATAN / Dapat Menerima atas Pelaksanaan Penelitian / Survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh
1. Nama : IWAN ARDIAN
 2. Kebangsaan : Indonesia.
 3. Alamat : Kampus C Mulyorejo, Surabaya.
 4. Pekerjaan : Mahasiswa.
 5. Penanggung Jawab : Dr. AH, Yusuf, S.Kp.
 6. Judul Penelitian : Peningkatan koping keluarga menggunakan intervensi pemberdayaan keluarga (Family empowerment) pada keluarga dengan diabetes militus tipe 2 di kelurahan Muktiharjo kidul Semarang
 7. Lokasi : Kota Semarang.

V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :

1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat / Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.
2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana dari sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan / atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.

3. Surat Rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
4. Setelah survey / riset selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesbangpol Dan Linmas Provinsi Jawa Tengah.

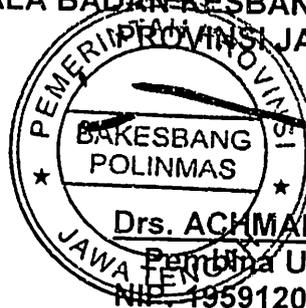
VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :

Maret 2013 s.d Juli 2013.

VII. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 18 Maret 2013

an. GUBERNUR JAWA TENGAH
KEPALA BADAN KESBANGPOL DAN LINMAS
PROVINSI JAWA TENGAH



Drs. ACHMAD ROFAI, MSi
Perdana Utama Muda
NIP. 195912021982031005



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“Bismillah membangun generasi khaira ummah”

**KOMISI ETIK PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 0280/B.I/SA-LPP/III/2013

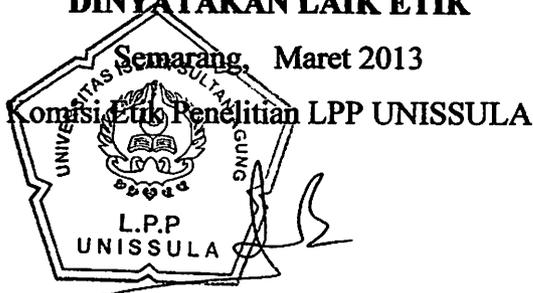
Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian Dan Pengembangan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian yang berjudul :

“ Peningkatan Koping Keluarga Menggunakan Intervensi Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment) Pada Keluarga dengan Diabetes Militus Tipe-2 Di Kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang”.

Peneliti Utama : Iwan Ardian
Tempat Penelitian : Kelurahan Muktiharjo Kidul Kota Semarang

DINYATAKAN LAIK ETIK

Semarang, Maret 2013



Dr.Ir. Suryani Alifah, MT

NIK : 210601024



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax. 3584045

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070/321/III/2013

- I. DASAR :
1. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
 2. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.

- II. MEMBACA : Surat dari : Badan Kesbangpolinmas Prov. Jateng
Nomor : 070/0639/2013 Tanggal 18 Maret 2013

- III. Pada Prinsipnya kami **TIDAK KEBERATAN / DAPAT MENERIMA** atas Pelaksanaan Penelitian / Survey di Kota Semarang.

IV. Yang dilaksanakan oleh :

1. Nama : **Iwan Ardian**
2. Kebangsaan : Indonesia
3. Alamat : Kampus C Mulyorejo, Surabaya
4. Pekerjaan : Mahasiswa
5. Penanggungjawab : Dr. AH, Yusuf, S.Kp.
6. Judul Penelitian : "Peningkatan Koping Keluarga Menggunakan Intervensi Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment) Pada Keluarga Dengan Diabetes Militus Tipe 2 di Kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang"
7. Lokasi : Kota Semarang

V. KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT:

1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat/Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.
2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk keperluan yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan

Pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan atau Agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.

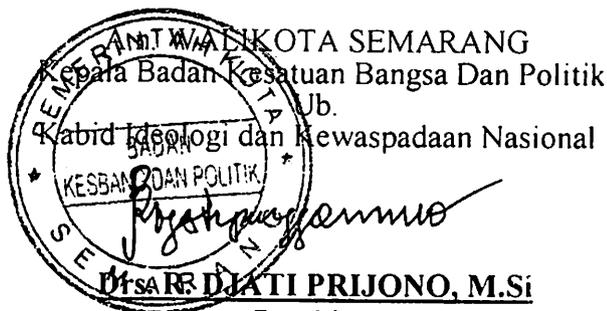
3. Surat rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
4. Setelah survey / riset selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang

VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari:

20 Maret s.d 31 Mei 2013

VII. Demikian harap menjadikan perhatian dan maklum.

Semarang, 20 Maret 2013



Pembina

NIP 19610214 198603 1 009



PEMERINTAH KOTA SEMARANG

DINAS KESEHATAN

Jl. Pandanaran 79 Telp. (024) 8415269 - 8318070 Fax (024) 8318771 Kode Pos : 50241 SEMARANG

Semarang, 25 MAR 2013

Nomor : 071 / 2804
Sifat :
Lampiran :
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada;

Yth. Ka.Puskesmas Tlogosari Kulon
di -

SEMARANG

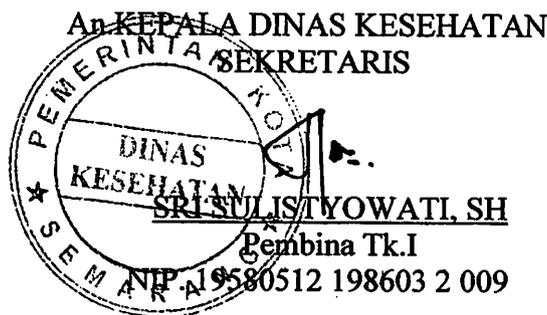
Dasar surat Rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang, tanggal 20 Maret 2013.Nomor ; 070/321/III/2013. Perihal tersebut pada pokok surat.

Sehubungan hal tersebut diatas, bersama ini kami beritahukan kepada Saudara bahwa pada prinsipnya kami dapat menerima mahasiswa, atas :

N a m a : Iwan Ardian
N I M : -
Judul : Peningkatan Koping Keluarga Menggunakan Intervensi Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment) pada Keluarga dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang.

yang akan melaksanakan kegiatan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Saudara, mulai tanggal 20 Maret 2013 s/d 31 Mei 2013. Dengan catatan selama melaksanakan kegiatan tersebut harus mentaati peraturan yang berlaku di Puskesmas dan Pemerintah Kota Semarang.

Demikian harap maklum, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.



TEMBUSAN, Kepada Yth. :

1. Ka.Dinas Kesehatan Kota Semarang (sebagai laporan);
2. Badan Kesbangpolinmas Prov. Jateng;
3. Yang bersangkutan;
4. A r s i p.



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG
PUSKESMAS TLOGOSARI KULON
 JL.TAMAN SATRIO MANAH NO.2 PERUMNAS TLOGOSARI TELP.(024) 6717051

SURAT TUGAS

NOMOR : 800 / 237

Tanggal : 2 April 2013

Yang bertanda tangan dibawah ini memberikan tugas kepada :

No.	Nama	Gol	NIM	Unit Kerja
1.	Iwan Ardian	-	131141056	-

Maksud pelaksanaan tugas

: Ijin Penelitian dengan judul :
 Peningkatan Koping Keluarga Menggunakan
 Intervensi Pemberdayaan Keluarga (Family-
 Empowerment) pada Keluarga dengan Diabetes
 Mellitus Tipe 2 di Kelurahan Muktiharjo Kidul
 Semarang.

Tempat tujuan

: Kelurahan Muktiharjo Kidul

Lamanya

: 20 Maret s/d 31 Mei 2013

Tanggal Perjalanan

: 20 Maret 2013

Jam

: 08.00 WIB s/d selesai

Demikian surat tugas dibuat untuk dapat dilaksanakan sebaik-baiknya.

