

PERAN KELUARGA DALAM MERAJAT KLIEN DIABETIK DI RUMAH

Ni Putu Wulan Purnama Sari, Natalia Liana Susanti, Ermalynda Sukmawati

Abstrak: Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit metabolik kronik yang tidak dapat disembuhkan namun dapat dikendalikan. Penelitian ini bertujuan memperoleh gambaran pengalaman keluarga dalam merawat klien diabetik di rumah berdasarkan lima pilar penatalaksanaan DM. Penelitian kualitatif ini menggunakan pendekatan studi fenomenologi. Populasi target adalah keluarga klien DM yang berobat di Klinik Bratang Tangkis Surabaya. Besar sampel sembilan orang yang diseleksi dengan teknik sampling purposif. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam semi-terstruktur. Instrumen penelitian adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara, catatan lapangan, dan alat perekam suara. Data ditranskripsi, diinterpretasi, dan dianalisis dengan analisis tematik. Dominator dalam proses perawatan adalah pasangan klien. Peran keluarga adalah dalam: 1) pengaturan diet DM: koordinator; 2) pengaturan latihan fisik: motivator; 3) pengaturan manajemen obat: koordinator; 4) pemantauan kadar gula darah: motivator; dan 5) deteksi dini tanda/gejala komplikasi: pengawas pasif. Peran keluarga yang variatif membantu klien mengendalikan kadar gula darahnya.

Kata Kunci: keluarga, peran, diabetes mellitus.

FAMILY ROLES IN CARING FOR DIABETIC CLIENTS AT HOME

Abstract: DM is a chronic metabolic disorder, can't be cured but could be controlled. This study aims to get description of family experiences regarding their roles in caring for diabetic clients at home based on five domains of DM management. This qualitative study used descriptive phenomenology approach. Target population was families of DM patients who did regular check-up at Bratang Tangkis Clinic, Surabaya. Sample amount was nine individuals enrolled by means of purposive sampling technique. Data collection was by recorded semi-structured in-depth interview. Instruments were the researchers, interview guideline, field notes, and voice recorder. Data were then transcribed, interpreted, and analyzed using thematic analysis. Dominator in the caring process was spouse. Family roles were in: 1) dietary management: coordinator, 2) physical activity management: motivator, 3) drug management: coordinator; 4) blood glucose monitoring: motivator; and 5) early detection of disease complications: passive supervisor. Various family roles help diabetic clients in controlling their blood glucose.

Keywords: family, role, diabetes mellitus.

PENDAHULUAN

DM merupakan gangguan metabolik kronis yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikendalikan, yang cirinya hiperglikemia karena defisiensi insulin dan atau ketidakadekuatan penggunaan insulin (Engram, 1999 dan Lewis et al, 2011). Pada DM, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin menurun. Keadaan ini menimbulkan hiperglikemia yang dapat mengakibatkan berbagai komplikasi penyakit. (Smeltzer, 2002). Studi epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insidensi dan prevalensi DM secara global. Pada tahun 2009 IDF (*International Diabetes Federation*) memprediksi kenaikan jumlah klien DM dari 7 juta menjadi 12 juta pada tahun 2030 sedangkan PERKENI memprediksi jumlah klien DM pada tahun 2030 akan meningkat 2-3 kali lipat (PERKENI, 2011). Indonesia termasuk 10 besar negara dengan jumlah klien DM terbanyak. Pada tahun 2000 jumlahnya 8.426.000 orang, dan diprediksi pada tahun 2030 meningkat menjadi 21.257.000 orang (WHO, 2012).

DM merupakan penyakit kronis yang diderita seumur hidup, maka penatalaksanaan keperawatannya adalah mempersiapkan klien dan keluarga agar

mampu melakukan tindakan perawatan secara mandiri di rumah untuk membantu mengendalikan kadar gula darah klien sehingga dapat terhindar dari komplikasi. Dengan ini diharapkan kualitas hidup yang optimal dan kesejahteraan keluarga dapat tercapai. Penatalaksanaan DM di rumah meliputi pengaturan diet dan latihan fisik, konsumsi OAD (Oral Anti Diabetic), pemantauan kadar gula darah, serta deteksi dini komplikasi penyakit (Smeltzer, 2002).

Menurut Friedman, Bowden & Jones (2010) dan Sudiharto (2007), salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga. Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan akan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga. Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan komunitas. Oleh karena itu peran keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan perawatan klien DM di rumah. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam tentang peran keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang sakit DM di rumah.

METODE

Penelitian ini menggunakan paradigma kualitatif dan merupakan *retrospective study*. Pendekatan yang digunakan adalah studi fenomenologi deskriptif yang objek studinya adalah pengalaman dan kesadaran, dimana peneliti mengeksplorasi secara mendalam peran keluarga dalam merawat klien diabetik di rumah. Pendekatan dilakukan secara *empathic neutrality*.

Populasi target penelitian adalah keluarga yang anggota keluarganya sakit DM dan berobat rutin ke Klinik Bratang Tangkis, Surabaya. Sampel adalah anggota keluarga yang mendominasi proses perawatan klien diabetik di rumah. Besar sampel 9 individu yang memenuhi kriteria inklusi. Sampel diambil dengan teknik *purposive sampling*. Penelitian dilakukan di wilayah Bratang, Kelurahan Ngagel Rejo, Surabaya. Lokasi pengumpulan data adalah di rumah para informan. Pengumpulan data dilakukan sepanjang bulan Maret – April 2013.

Teknik pengumpulan data adalah dengan wawancara mendalam semi-terstruktur dalam bentuk pertanyaan terbuka tentang peran keluarga dalam merawat klien diabetik di rumah. Peneliti maupun subjek penelitian memiliki keleluasaan untuk berimprovisasi dan berkreasi dalam mengungkapkan permasalahan dari sudut pandang pribadi. Pengambilan data dilakukan terus sampai tidak ada penambahan informasi baru atau telah terjadi kejenuhan dalam informasi. Pedoman wawancara antara lain ditinjau dari aspek diet, latihan fisik, konsumsi OAD, pemantauan kadar gula darah, serta deteksi dini komplikasi penyakit. Sekuens pertanyaan tidaklah sama pada tiap informan, bergantung pada proses wawancara dan jawaban tiap individu. Namun pedoman wawancara menjamin peneliti dapat mengumpulkan jenis data yang sama dari partisipan.

Teknik analisis data lebih banyak dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data. Dalam penelitian kualitatif ini peneliti mendeskripsikan dan menginterpretasikan secara mendalam hasil wawancara. Data yang diperoleh dikodekan menurut arahan Strauss dan Corbin (1990) dalam Santoso (2005), yaitu dengan *open coding*, *axial coding*, dan *selective coding*. Analisis data menggunakan analisis tematik.

Konsep validasi yang digunakan adalah validitas komunikatif dengan mengkonfirmasi kembali data dan deskripsinya kepada subjek penelitian. Selain dengan itu juga dilakukan verifikasi dengan triangulasi, antara lain dengan

pengalaman peneliti dalam bidang keperawatan keluarga dan perawatan kesehatan klien DM, serta mengaitkannya dengan telaah pustaka. Hasil penelitian dapat ditransfer ke situasi sosial yang mirip dengan konteks penelitian ini.

HASIL dan BAHASAN

Klien DM didiagnosis DM rata-rata sejak 3,2 tahun yang lalu dengan rentang terlama 9 tahun yang lalu dan terbaru 1 tahun yang lalu. Para informan yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebanyak 9 orang yang berasal dari keluarga-keluarga yang bermukim di wilayah kota Surabaya, 44% (4 orang) adalah keluarga klien yang berobat di Klinik Bratang Tangkis dan 56% sisanya (5 orang) bukan keluarga klien dari klinik tersebut. Informan laki-laki sebanyak 44% (4 orang) dan informan perempuan sebanyak 56% (5 orang). Rentang usia informan sangat beragam, terbanyak informan dengan usia 40 – 49 tahun sebanyak 44% (4 orang), dan hanya 1 orang (12%) informan dengan usia 70 – 79 tahun. Adapun usia informan paling muda 40 tahun dan paling tua 72 tahun, rata-rata usia informan 53,7 tahun. Semua informan sudah menikah (100%). Tingkat pendidikan para informan sangat bervariasi, lulusan SD sebanyak 12% (1 orang), lulusan SMP 44% (4 orang), dan lulusan SMA sebanyak 44% (4 orang). Jenis pekerjaan para informan bermacam-macam, mayoritas wiraswasta sebanyak 44% (4 orang), dan paling sedikit pensiunan sebanyak 12% (1 orang). Hubungan kekerabatan antara para informan dengan klien Diabetes Mellitus (DM), mayoritas adalah istri sebanyak 55% (5 orang) dan paling sedikit adalah anak sebanyak 12% (1 orang).

Wawancara terhadap informan menunjukkan dominator dalam proses perawatan klien diabetik di rumah adalah pasangan (66%). Selain pasangan (suami atau istri klien DM), anak juga menjadi dominator (12%). Namun ada juga klien DM yang proaktif merawat dirinya sendiri sehingga keluarga tidak terlalu berperan (22%).

Dalam proses pengaturan diet DM di rumah, para informan mengungkapkan peran mereka sebagai koordinator (67%), motivator (11%), kontributor (11%), dan tidak berperan (11%). Selanjutnya dalam pengaturan latihan fisik di rumah, keluarga berperan sebagai motivator (67%), pendamping (33%), pengawas (11%), dan tidak berperan (11%). Dalam pengaturan konsumsi OAD, keluarga mengungkapkan peran mereka sebagai koordinator (45%), pengawas minum obat atau PMO (33%), motivator (11%), dan tidak berperan (11%). Proses pemantauan kadar gula darah melibatkan keluarga dalam perannya sebagai motivator (56%), pendamping (33%), dan koordinator (11%). Sedangkan, dalam proses deteksi dini tanda dan gejala komplikasi penyakit, para informan mengungkapkan peran mereka sebagai pengawas pasif (45%), pengawas aktif 33%, dan tidak berperan (22%).

Domain 1. Peran keluarga dalam pengaturan diet DM.

Dalam proses pengaturan diet DM di rumah oleh keluarga, didapatkan data yang banyak diungkapkan para informan adalah peran mereka sebagai koordinator (67%). Peran keluarga sebagai koordinator adalah mengatur, merencanakan, menyiapkan, mengingatkan dan mengawasi pola makan anggota keluarganya yang sakit DM, dengan cara mengatur, mengingatkan jadwal makan, merencanakan dan menyiapkan menu makanan serta mengawasi jumlah porsi dan jenis makanan yang boleh dimakan.

Ternyata keluarga tidak hanya berperan sebagai koordinator. Ada keluarga yang berperan sebagai motivator dalam pengaturan diet DM (11%). Motivator yang dimaksud adalah upaya mendorong, mempengaruhi, mengajak, dan mengingatkan anggota keluarganya yang sakit DM agar mau mengkonsumsi diet DM terutama dalam hal jenis makanan yang boleh dimakan, banyaknya porsi makan dibatasi, dan jadwal makan yang teratur.

Selain sebagai koordinator dan motivator, para informan mengungkapkan peran mereka sebagai kontributor. Kontributor yang dimaksud adalah menyarankan atau mengusulkan ide atau perubahan cara dalam pengaturan diet anggota keluarga yang sakit DM terutama yang berkaitan dengan jadwal makan, jenis makanan, jumlah porsi makan.

Berdasarkan hasil wawancara, terdapat keluarga yang tidak berperan atau tidak menunjukkan keterlibatannya dalam pengaturan diet klien DM di rumah (11%). Peran keluarga tidak akan maksimal / nihil apabila klien DM sudah mengetahui dan sadar akan pentingnya pengaturan diet DM di rumah yang bertujuan untuk mengendalikan kadar gula darah. Maka dari itu, tidak adanya atau kurangnya peran keluarga dalam proses perawatan klien DM di rumah, khususnya dalam manajemen diet, tidak dapat dijadikan indikator baik buruknya proses perawatan klien diabetik di rumah karena banyak faktor diluar peran keluarga yang mempengaruhi hal tersebut.

Klien DM dianjurkan untuk menjalani diet DM. Diet pada penyakit DM ini berbeda dengan diet pada umumnya. Tujuan dilakukannya manajemen diet DM tersebut untuk mendapatkan kadar gula darah yang stabil. Namun perlu diingat bahwa kadar gula darah yang benar-benar stabil nantinya akan sangat sulit dicapai. Hal ini tentu saja akibat tidak adanya jumlah insulin yang cukup untuk mengontrol setiap glukosa yang masuk dalam aliran darah. Terkait dengan gangguan produksi dan fungsi insulin, maka kemudian diet DM dianjurkan guna menjaga agar kadar gula darah klien tetap dapat mendekati stabil, dengan begitu risiko munculnya komplikasi akibat DM dapat ditunda atau dihindari.

Menurut Barnes (2012), hal paling mudah untuk menggambarkan tentang nutrisi adalah memikirkan fakta sederhana bahwa kita semua perlu menyediakan persediaan energi dan zat-zat yang cukup dan penting bagi tubuh kita dan demi kelangsungannya. *American Diabetes Association* (ADA) telah menciptakan rencana makan, dikenal sebagai sistem pertukaran, yang telah terbukti efektif bagi klien DM dan bagi bukan klien DM. Sistem ini membagi makanan menjadi enam kelompok (pati, olahan susu, daging, lemak, buah-buahan dan sayuran) berdasarkan karbohidrat, protein, dan lemak.

Menurut Rendy & Margareth (2012), tujuan utama penanganan DM adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe DM adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia) tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas klien. Dalam melaksanakan diet DM sehari-hari hendaklah diikuti pedoman 3J dimana J1 adalah jumlah kalori yang diberikan (harus habis, jangan dikurangi/ditambah), J2 adalah jadwal makan harus sesuai dengan intervalnya, dan J3 adalah jenis makanan yang manis harus dihindari. Penentuan jumlah kalori diet DM harus disesuaikan dengan status gizi klien. Penentuan status gizi dilaksanakan dengan

menghitung *percentage of relative body weight* (BBR = Berat Badan normal) dengan rumus: $BB/kg : (TB/cm - 100) \times 100\%$.

Untuk dapat mempersiapkan diri dan melaksanakan program diet yang direncanakan, bantuan dari keluarga yang merawat klien DM di rumah sangat diperlukan. Bantuan dari keluarga ini dapat berwujud dalam berbagai bentuk. Salah satunya adalah dalam peran atau keterlibatan mereka untuk mengatur diet DM di rumah. Peran sebagai koordinator yang telah mereka ungkapkan menunjukkan betapa besar keterlibatan keluarga dalam melaksanakan program diet DM di rumah dan pemahaman mereka yang tinggi akan pentingnya manajemen diet DM yang benar untuk menormalkan aktivitas insulin dan kadar gula darah dalam upaya mengurangi/mencegah terjadinya komplikasi DM. Sangat mungkin bagi keluarga untuk dapat mempengaruhi/mengajak klien DM untuk mematuhi program diet sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Oleh karena itu peran keluarga ini penting untuk dipertahankan dan ditingkatkan aplikasinya dalam keseharian.

Domain 2. Peran keluarga dalam pengaturan latihan fisik klien DM.

Dalam proses pengaturan latihan fisik untuk klien DM di rumah, mayoritas data yang diungkapkan oleh informan adalah peran mereka sebagai motivator (67%). Motivator yang dimaksud adalah peran yang mendorong / mengingatkan / mengajak anggota keluarganya yang sakit DM tersebut untuk melakukan latihan fisik di rumah secara rutin.

Selain itu ada keluarga yang berperan sebagai pendamping saat olahraga, dan ada juga yang berperan jamak yaitu sebagai motivator sekaligus pendamping. Pendamping yang dimaksud adalah peran yang menemani klien DM saat berolahraga (ikut berolahraga bersama). Jumlah informan yang mengungkapkan peran mereka sebagai pendamping sebanyak 33%.

Selain sebagai motivator dan pendamping, para informan mengungkapkan peran mereka sebagai pengawas sekaligus pendamping. Pengawas yang dimaksud adalah peran yang mengawasi / memantau kegiatan latihan fisik yang dilakukan oleh klien DM di rumah. Peran pengawas ini terungkap sebesar 11%.

Dari hasil temuan di lapangan, ternyata tidak semua keluarga berperan atau menunjukkan keterlibatannya dalam proses pengaturan latihan fisik klien DM di rumah. Ada informan yang menyatakan bahwa keluarga tidak terlibat dalam proses tersebut, yaitu sebesar 11%. Bagi klien DM tipe 2, modifikasi gaya hidup ke arah yang lebih baik sangat membantu untuk mengendalikan kadar gula darah. Kaitannya dengan olahraga, peran keluarga tidak akan maksimal atau nihil apabila klien DM sudah memiliki kesadaran diri yang tinggi dan motivasi internal yang kuat untuk melakukan latihan fisik dengan tujuan menjaga status kesehatan mereka tetap baik.

Menurut Barnes (2012), bagi klien DM tipe 2 olahraga merupakan bagian utama dari perawatan dan dalam banyak kasus mungkin mencegah penyakit, karena olahraga dapat meningkatkan metabolisme glukosa. Penambahan aktivitas fisik mungkin merupakan satu-satunya pengobatan yang dibutuhkan untuk mengendalikan DM. Program olahraga sebaiknya dimulai dengan memahami tiga prinsip dasar, yaitu: 1) mengetahui komplikasi yang berhubungan dengan DM, 2) memantau perkembangan pencapaian tujuan perawatan dan menanggapi semua perubahan yang terjadi selama prosesnya, dan 3) mempelajari cara mempertahankan pengendalian atas kondisi fisik dengan olahraga. Saat menyusun

rencana olahraga sendiri atau menyusunnya bersama tim perawatan kesehatan, sangat penting untuk memahami tanggapan tubuh terhadap olahraga yang dipilih, memahami status kesehatan terkini, dan memiliki gaya hidup yang akan mendukung aktivitas baru yang akan dilakukan (olahraga).

Penelitian oleh Manson, et al (1991) dalam Barnes (2012) terhadap 90.000 wanita paruh baya selama 8 tahun menunjukkan bahwa mereka yang berolahraga dengan sungguh-sungguh, paling tidak sekali seminggu, memiliki risiko lebih kecil menderita diabetes. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa mereka yang memiliki kelebihan berat badan yang mencolok dan melakukan olahraga juga memperoleh manfaat yang sama. Penelitian oleh Hu, et al (1999, dalam Barnes, 2012) terhadap 70.000 orang menemukan bahwa olahraga tidak harus sekeras yang dahulu pernah dianggap untuk memberikan efek pencegahan yang sama. Sebagian besar orang yang berolahraga akan mengalami perbaikan tekanan darah dan kolesterol, penurunan lemak tubuh, dan penurunan kadar glukosa.

Untuk dapat mempersiapkan diri dan melaksanakan program olahraga yang direncanakan, bantuan dari keluarga yang merawat klien DM di rumah sangat dibutuhkan. Bantuan dari keluarga ini dapat berwujud dalam berbagai bentuk. Salah satunya adalah dalam peran atau keterlibatan mereka. Keluarga dapat menemani klien DM berolahraga selama 30 menit perhari, dan banyak pernyataan informan yang mendukung hal ini. Intensitas olahraga sedang dengan frekuensi yang cukup akan dapat membantu mengendalikan kadar gula darah klien. Keluarga berperan penting untuk mendampingi klien DM berolahraga di rumah untuk memberi dukungan sosial dan memantau kesinambungan latihan fisik yang dilakukan. Keterlibatan langsung keluarga dalam proses ini juga dapat menjaga minat mereka terhadap kegiatan olahraga, sehingga harapannya kadar gula darah dapat terkendali dengan baik melalui program olahraga.

Domain 3. Peran keluarga dalam pengaturan konsumsi OAD di rumah.

Dalam pengaturan konsumsi OAD di rumah, mayoritas data yang diungkapkan oleh para informan adalah peran mereka sebagai koordinator (45%). Koordinator yang dimaksud adalah mengatur dan merencanakan aktivitas minum OAD di rumah. Kegiatan koordinator ini meliputi mengatur, mengingatkan, menyiapkan, mengambilkan, memberikan, dan memantau konsumsi OAD tersebut. Hal-hal yang harus diperhatikan oleh keluarga dalam perannya sebagai koordinator adalah jenis obat, dosis obat, cara konsumsi obat, waktu minum obat, dan efek samping obat.

Selain itu keluarga juga berperan sebagai pengawas minum obat (PMO) yaitu sebanyak 33%. Peran PMO yang dimaksud adalah mengawasi secara langsung pada saat klien DM mengkonsumsi OAD, karena ada yang beropini apabila hal tersebut lalai dilakukan kemungkinan besar klien DM akan berbohong tentang konsumsi OAD sehingga dampaknya adalah kadar glukosa darah tidak terkendali dengan baik.

Selain sebagai koordinator dan PMO, para informan mengungkapkan peran mereka sebagai motivator. Peran motivator yang dimaksud adalah mendorong, mengingatkan, mempengaruhi, atau mengajak anggota keluarga klien yang sakit DM agar minum obat teratur sesuai dengan jadwal dari dokter yang merawat, jenis obat dan dosis yang benar. Peran motivator ini terungkap sebesar 11%.

Bagi klien DM tipe 2 yang berjenis kelamin pria, memiliki kecenderungan untuk disiapkan obat oleh istrinya. Apabila istri lupa atau lalai dalam mempersiapkan obat tersebut, kemungkinan besar klien DM ini tidak meminum obatnya. Inilah fenomena yang ditemui di lapangan. Namun hal tersebut tidak akan terjadi apabila klien DM memiliki kesadaran diri yang tinggi. Pada klien DM tipe 2 yang berjenis kelamin wanita, ada kecenderungan menyiapkan obatnya sendiri. Hal ini menunjukkan kemandirian dan kesadaran diri yang tinggi. Untuk klien dengan kesadaran diri tinggi, motivasi keluarga tidak terlalu dibutuhkan atau berdampak banyak. Namun, bagi klien yang kesadaran dirinya rendah, motivasi dari keluarga menjadi sangat penting agar perawatan klien DM di rumah bisa berjalan dengan baik dan memberi hasil status kesehatan yang sesuai dengan harapan.

Dari hasil temuan di lapangan, ternyata tidak semua keluarga terlibat atau mengambil peran dalam proses pengaturan konsumsi OAD oleh klien diabetik di rumah. Ada informan yang menyatakan bahwa keluarga tidak terlibat dalam proses tersebut, yaitu sebesar 11%.

Menurut Kristiana (2012), bagi klien DM konsultasi secara berkala dengan dokter perlu dilakukan dengan disiplin dalam menjalani pengobatan, baik dengan mengkonsumsi obat-obatan maupun suntikan insulin. Sifat penyakit DM memang menuntut kepatuhan dari klien dalam menjalani pengobatan maupun terapi nutrisi. Jika klien mengkonsumsi OAD maka klien harus rajin memeriksakan kadar gula darahnya.

Menurut redaksi *Holistic Health Solution* (2011), tujuan jangka pendek dari pengobatan DM adalah untuk mempertahankan kadar gula darah dalam kisaran yang normal. Namun, kadar gula darah yang benar-benar normal sulit untuk dipertahankan. Meskipun demikian, bila kadar gula darah semakin mendekati kisaran yang normal, maka kemungkinan terjadinya komplikasi sementara maupun jangka panjang menjadi semakin berkurang. Pengobatan DM tipe 2 meliputi pengendalian berat badan, olahraga, dan diet. Seseorang yang obesitas dan menderita DM tipe 2 tidak akan memerlukan pengobatan jika mereka menurunkan berat badannya dan berolahraga secara teratur. Namun, sebagian besar klien merasa kesulitan untuk menurunkan berat badan dan melakukan olahraga yang teratur. Karena itu OAD biasanya diberikan secara oral bagi klien DM tipe 2 jika diet dan olahraga gagal menurunkan kadar gula darahnya. Obat ini kadang bisa diberikan hanya satu kali di pagi hari, meskipun beberapa klien memerlukan 2-3 kali pemberian dalam sehari.

Menurut Barnes (2012), klien DM tipe 2 biasanya memiliki penurunan kepekaan terhadap insulin, dengan kata lain insulin yang ada di dalam tubuh sangat tidak efektif melewati glukosa dari darah masuk ke dalam sel. Klien DM tipe 2 umumnya menjalani perawatan yang awalnya berupa perubahan diet dan kebiasaan olahraga, karena olahraga dapat membuat sel lebih peka terhadap insulin. Namun, sebagian klien DM tipe 2 mungkin membutuhkan obat-obatan untuk membantu menghasilkan lebih banyak insulin (meningkatkan produksi insulin), atau membuat sel lebih peka terhadap insulin, atau mengurangi penyerapan glukosa dari saluran pencernaan untuk mengoptimalkan pengendalian kadar glukosa darah. Tujuan jangka panjang pengobatan diabetes adalah mencegah komplikasi penyakit. Kelas obat yang biasa digunakan untuk mengobati DM tipe 2 meningkatkan produksi insulin di dalam pankreas. Jenis

obat ini paling efektif bagi klien DM tipe 2 yang memiliki produksi insulin lebih rendah. Beberapa klien DM tipe 2 bahkan mungkin membutuhkan suntikan insulin untuk mengendalikan kadar gula mereka. Klien DM tipe 2 yang mengalami kesulitan mengendalikan kadar glukosa dengan berolahraga, diet, dan salah satu atau kombinasi dari obat oral mungkin perlu menggunakan insulin dengan cara yang sama dengan klien DM tipe 1.

Karena dampak konsumsi OAD penting bagi pengendalian kadar gula darah klien DM di rumah, maka benar-benar perlu dipastikan obat tersebut dikonsumsi dengan benar. Disinilah keluarga memegang peranan penting. Minum obat bagi sebagian orang adalah hal yang sulit untuk dilakukan, apalagi bila rasanya tidak enak. Namun, bila orang tersebut memiliki kesadaran diri yang tinggi untuk mempertahankan status kesehatannya, maka minum obat akan menjadi mudah untuk dilakukan. Sebenarnya pengaruh besar dari peran keluarga adalah memantau kesinambungan konsumsi OAD oleh klien DM. Walaupun untuk kasus DM tipe 2 konsumsi obat bukanlah sesuatu yang mutlak, namun ada kalanya hal ini besar pengaruhnya terhadap pengendalian kadar glukosa darah. Diharapkan dengan keterlibatan keluarga yang optimal, efek obat maksimal dapat dicapai sehingga status kesehatan klien DM di rumah bisa dipertahankan.

Domain 4. Peran keluarga dalam pemantauan kadar gula darah.

Dalam proses pemantauan kadar gula darah klien diabetik, mayoritas keluarga berperan sebagai motivator yaitu sebanyak 56% yang berarti keluarga mendorong, memotivasi, menyemangati, mempengaruhi, dan mengajak anggota keluarga yang sakit DM agar mau memeriksakan kadar gula darahnya secara rutin.

Selain itu, ada juga keluarga yang berperan sebagai pendamping sebanyak 33% yaitu keluarga mengantar dan mendampingi klien diabetik saat memeriksakan kadar gula darahnya di laboratorium atau saat periksa ke dokter. Dalam hal ini keluarga hanya mengantar dan mendampingi, keluarga tidak perlu mengajak, memotivasi dan mengingatkan karena klien DM sudah sadar diri, mampu mengontrol kebutuhannya, dan mengetahui waktu memeriksakan kadar gula darahnya sesuai saran dokter. Namun keluarga dan klien DM masih memeriksakan kadar gula darahnya di laboratorium, belum melakukan pemantauan kadar gula darah secara mandiri, belum memeriksa kadar gula darah secara mandiri di rumah, baik oleh keluarga atau klien DM sendiri.

Sebanyak 11% keluarga berperan sebagai koordinator yaitu mengatur, mengingatkan, mengajak dan mendampingi anggota keluarganya yang sakit DM untuk memeriksakan kadar gula darahnya ke pelayanan kesehatan. Peran keluarga sebagai koordinator, dibutuhkan terutama bagi klien DM yang tingkat ketergantungannya tinggi, tidak mampu merawat dirinya sendiri, membutuhkan bantuan orang lain sehingga keluarga banyak terlibat dalam memantau kadar gula darah klien DM.

Bagi klien DM tipe 2, pemantauan kadar gula darah secara mandiri sangat dianjurkan, utamanya dalam kondisi yang diduga sebagai hiperglikemi atau hipoglikemi. Pemantauan kadar gula darah mandiri tersebut juga sangat membantu dalam melakukan pemantauan terhadap efektivitas latihan, diet, dan OAD (Smeltzer, 2002). Klien DM tipe 2 dianjurkan untuk mengukur kadar gula darahnya minimal dua hingga tiga kali seminggu.

Menurut Kristiana (2012), pemantauan kadar gula darah klien DM secara teratur merupakan bagian yang penting dari pengendalian penyakit. Pemeriksaan kadar gula darah yang teratur dan berkesinambungan dapat mencegah meningkatnya kadar gula darah secara drastis, yang dapat membantu menentukan penanganan yang tepat sehingga mengurangi risiko komplikasi yang berat, dan dapat meningkatkan kualitas hidup klien DM. Pemantauan kadar gula darah secara mandiri sangat membantu untuk mendeteksi adanya kondisi hipoglikemi atau hiperglikemi, sehingga lebih ekonomis dan lebih praktis bila dibandingkan dengan memeriksakan kadar gula darah di laboratorium atau di klinik. Para informan belum melakukan pemeriksaan kadar gula darah secara mandiri karena ketidakmampuan dalam pengadaan alat, ketidaktahuan tentang cara mengoperasikan alat, dan kurangnya informasi tentang manfaat dan penggunaan alat tersebut.

Keterlibatan keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan merawat anggota keluarganya yang sakit DM. Keluarga berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan informal. Agar klien DM dapat mandiri dalam mengendalikan kadar gula darahnya, keluarga perlu memberi kesempatan kepada klien untuk berlatih mengelola dirinya sendiri terutama dalam hal memeriksa kadar gula darah. Dalam hal ini keluarga hanya memotivasi atau mengajak klien DM untuk memeriksakan kadar gula darahnya. Namun yang menjadi kendala bila klien DM tidak patuh atas ajakan keluarga untuk memeriksakan kadar gula darahnya, sementara keluarga hanya memotivasi tetapi tidak mendampingi prosesnya ke tempat pelayanan kesehatan, baik di laboratorium, rumah sakit, klinik, maupun di puskesmas, atau melakukan pemeriksaan kadar gula darah secara mandiri. Di sisi lain klien DM belum menyadari pentingnya memantau kadar gula darah secara rutin dan belum tahu manfaat hal tersebut sehingga klien DM tidak patuh terhadap ajakan atau dorongan keluarganya agar memeriksakan kadar gula darahnya. Oleh karena itu perawat perlu menyusun dan melaksanakan program promosi kesehatan tentang pemantauan kadar gula darah bagi klien DM dan keluarganya.

Domain 5. Peran keluarga dalam deteksi dini komplikasi penyakit.

Hasil penelitian menemukan bahwa dalam proses deteksi dini tanda dan gejala komplikasi penyakit DM, mayoritas peran keluarga sebanyak 45% sebagai pengawas pasif, yaitu keluarga mengawasi secara pasif, hanya berdasarkan keluhan yang diungkapkan/dilaporkan oleh klien, kemungkinan ditemukan adanya tanda dan gejala komplikasi dari penyakitnya. Pada umumnya klien DM dan keluarganya masih belum mendapatkan informasi tentang tanda dan gejala komplikasi penyakit DM.

Selain itu ada juga keluarga yang berperan sebagai pengawas aktif sebanyak 33% yang berarti keluarga langsung mengawasi, memantau secara aktif dengan observasi kondisi anggota keluarganya yang sakit DM, melihat kemungkinan munculnya tanda dan atau gejala komplikasi penyakit DM. Keluarga yang aktif mengawasi, dan memantau kondisi klien DM, dalam hal ini klien DM pasif, tidak menyampaikan keluhan-keluhan yang dialaminya karena dirinya tidak tahu tanda dan gejala komplikasi penyakit DM serta tidak tanggap, tidak peka terhadap kondisi dirinya sendiri. Sebaiknya klien DM sendiri terlibat aktif dalam paguyuban klien DM, yang rutin mengadakan pertemuan dengan kegiatan-kegiatan antara lain *sharing* tentang pengalaman-pengalaman dalam

proses perawatan penyakit DM, mengenali tanda dan gejala komplikasi penyakit serta cara mencegah dan menangani komplikasi tersebut.

Tidak semua keluarga berperan dalam proses deteksi dini tanda dan gejala komplikasi penyakit DM. Ada juga keluarga yang tidak berperan. Hasil temuan menunjukkan keluarga yang tidak berperan sebanyak 22%, berarti keluarga tidak mengamati dan tidak mengawasi kondisi anggota keluarganya yang sakit DM, khususnya untuk kemungkinan adanya tanda dan gejala komplikasi penyakit karena keluarga tidak tahu tentang tanda dan gejala komplikasi DM, serta tidak pernah mendapatkan informasi tentang tanda dan gejala komplikasi penyakit DM.

Perawatan penyakit DM tidak hanya meliputi pengendalian kadar gula darah tetapi juga penting untuk melakukan pengendalian komplikasi dengan deteksi dini. Deteksi dini terhadap komplikasi dapat dilakukan dengan mengenali faktor gejala tambahan. Gejala peningkatan kadar gula darah yaitu sering lapar, haus, dan sering buang air kecil, namun bila timbul gejala lainnya berarti sudah menunjukkan adanya komplikasi. Kadar gula darah yang tidak terkontrol pada klien DM dapat menyebabkan berbagai komplikasi, yang berhubungan dengan perubahan-perubahan metabolik. Faktor kadar gula darah tinggi, jika tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan berbagai komplikasi. Selain itu bila klien DM tidak segera ditangani dengan tepat, juga dapat menyebabkan berbagai komplikasi. Tujuan deteksi dini komplikasi adalah untuk mencegah bertambah parahnya penyakit DM.

Menurut Smeltzer (2002) komplikasi akut DM tipe 2 yang sering terjadi adalah reaksi hipoglikemia dan hiperglikemia, yang dapat memicu terjadinya koma diabetikum. Hal ini bila tidak segera ditangani dapat berakibat fatal. Selain komplikasi akut juga dapat terjadi komplikasi kronis yang mengenai pada berbagai organ tubuh antara lain organ jantung, saraf, ginjal, otak, dan mata.

Oleh karena itu keluarga dan klien DM perlu mengenali sedini mungkin tanda dan gejala komplikasi yang mungkin terjadi pada diri klien DM. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga dan klien DM mayoritas tidak tahu tanda dan gejala komplikasi DM, serta belum pernah memperoleh informasi tentang komplikasi penyakit DM. Dengan demikian perawat sebagai petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan perlu melaksanakan promosi kesehatan kepada keluarga dan klien DM tentang komplikasi penyakit DM yang meliputi jenis komplikasi penyakit DM, tanda dan gejala masing-masing jenis komplikasi, penanganan dan pencegahan masing-masing jenis komplikasi serta upaya-upaya memfasilitasi perubahan perilaku dan gaya hidup.

SIMPULAN

Gambaran pengalaman keluarga dalam berperan merawat anggota keluarganya yang sakit DM di rumah cukup bervariasi yang diwakili oleh delapan tema besar, yaitu: 1) koordinator dalam pengaturan diet DM, pengaturan konsumsi OAD, dan dalam pemantauan kadar gula darah; 2) kontributor dalam pengaturan diet DM; 3) motivator dalam pengaturan latihan fisik, pemantauan kadar gula darah, pengaturan diet DM, dan pengaturan konsumsi OAD; 4) pendamping pada waktu melakukan latihan fisik, dan pada waktu memeriksakan kadar gula darah; 5) pengawas pada waktu konsumsi OAD, dan selama melakukan latihan fisik; 6) pengawas aktif dalam proses deteksi dini tanda dan gejala komplikasi penyakit DM; 7) pengawas pasif dalam menemukan adanya

komplikasi penyakit DM; dan 8) keluarga tidak berperan dalam pengaturan diet DM, pengaturan latihan fisik, dan pengaturan konsumsi OAD karena klien sudah sadar dan mandiri dalam merawat dirinya sendiri yang sakit DM. Keluarga juga tidak berperan dalam deteksi dini tanda dan gejala komplikasi penyakit karena keluarga dan klien kurang pengetahuan tentang tanda dan gejala komplikasi penyakit DM.

Klien DM dan keluarganya hendaknya bergabung dalam paguyuban klien DM di lingkungannya agar menambah wawasannya tentang penyakit, dapat berbagi pengalaman dengan sesama klien DM, dan memperoleh dukungan sosial. Perawat hendaknya meningkatkan program promosi kesehatan dengan tujuan memandirikan dan meningkatkan keterampilan keluarga dalam merawat klien diabetik di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin. 2010. *Pengantar keperawatan keluarga*. Jakarta: EGC.
- Anderson, E.T. & McFarlane, J. 2007. *Buku ajar keperawatan komunitas: teori dan praktik, Ed.3*. (Penerjemah: Sutarna, A., Samba, S., Hardina, N.). Jakarta: EGC.
- Barnes, D.E. 2012. *Program olahraga: diabetes*. (Penerjemah: Aburiyati). Yogyakarta: PT Citra Aji Parama.
- Danim, S., & Darwis. 2003. *Metode penelitian kebidanan: prosedur, kebijakan & etik*. Jakarta: EGC.
- Danim, S. 2003. *Riset keperawatan: sejarah dan metodologi*. Jakarta: EGC.
- Davey, P. 2005. *At a glance medicine*. (Penerjemah: Rahmalia, A. & Novianty, C.R.). Jakarta: Erlangga.
- Engram, B. 1999. *Rencana asuhan keperawatan medikal-bedah, vol 3*. (Penerjemah: Samba, S.). Jakarta: EGC.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G. 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori & praktik*. (Penerjemah: Hamid, A.Y.S. et al.). Jakarta: EGC.
- Kristiana, F. (2012). *Awas pankreas rusak penyebab diabetes*. Jakarta: Cerdas Sehat.
- Lewis, S.L.(et al). 2011. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems, vol 2, 8th Ed*. USA: Elsevier Mosby.
- Mubin, A. H. 2012. *Panduan praktis kedaruratan penyakit dalam: diagnosis & terapi*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Poerwandari, E.K. 1998. *Pendekatan kualitatif dalam penelitian psikologi*. Jakarta: LPSP3 Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. 2009. *Fundamentals of nursing, 7th edition*. Canada: Elsevier Mosby.
- Purba, C.I.H., Sitorus, R., Afiyanti, Y. 2008. Pengalaman ketidakpatuhan klien terhadap penatalaksanaan diabetes mellitus: studi fenomenologi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), 84-90.
- Qemar, R. dkk. 2008. *Pedoman teknis penemuan dan tatalaksana penyakit diabetes melitus*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Rachmawati, I.N. 2007. Pengumpulan data dalam penelitian kualitatif: wawancara. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 11(1), 35-40.

Rendy, M.C. & Margareth, T. 2012. *Asuhan keperawatan medikal bedah dan penyakit dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Santoso, T. 2005. *Penelitian kualitatif*. Surabaya: Universitas Surabaya.

Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2002. *Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth. Vol. 1, 8th Ed.* (Penerjemah: Waluyo, A. et al.). Jakarta: EGC.

Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2002. *Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth. Vol 2, 8th Ed.* (Penerjemah Waluyo, A. et al.). Jakarta: EGC.

Suardana, I.W., Sukarja, I.M., Sudiantara, I.K. 2008. Dampak konseling terhadap peningkatan peran keluarga dalam mengelola klien dengan diabetes mellitus. *Jurnal Skala Husada*, 5(2), 137-142.

Sudiharto. 2007. *Asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural*. Jakarta: EGC.

Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Suprajitno. 2004. *Asuhan keperawatan keluarga: aplikasi dalam praktik*. Jakarta: EGC.

Suprapti, B., Cahyati, P., Ekarini, A. C. 2011. Pengaruh penyuluhan perawatan klien DM tipe 2 terhadap dukungan anggota keluarga dalam merawat klien DM tipe 2. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 9(2), 131-134.

WHO. 2012. *10 facts about diabetes*. Diunduh tanggal 31-10-2012 dari <http://www.who.int>.

Yudianto, K., Rizmadewi, H., Maryati, I. 2008. Kualitas hidup klien diabetes mellitus di rumah sakit umum daerah cianjur. *Nursing Journal of Padjadjaran University*, 10(18), 79-91.