

HUBUNGAN AKTIVITAS KELUARGA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN DALAM MERAWAT PENDERITA DM TIPE 2

Dahliyani¹, Arneliwati², Wasisto utomo³

Mahasiswa/Staf Dinas Kesehatan Dumai, Riau¹
Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau^{2,3}
Email: dahlia_lia16@yahoo.com

Abstract

Disease type 2 diabetes if not addressed can lead to complications required role in the activity of an active family with a degree of independence independent families in caring for patients with type 2 DM. The purpose of this research is to identify the relationship between family activity and level of independence in treating the patient with type 2 DM. Research design used in this research was an analytical survey by using cross sectional approach. This research was conducted at the health center Bumi Ayu and health center Dumai City. Number of samples 59 persons of total sample which were taken by using sampling method was in accordance with non probability sampling. It was an accidental sampling with due regard to inclusion criteria. The measuring instrument was a questionnaire consist of 25 questions which has tested validity and reliability. Data analysis methods used were univariate and bivariate with Chi-Square test. The experimental result showed that there is a relationship between family activity and level of independence in treating the patient with type 2 DM, with the value of p-value=0,002. According to the result, the family is expected to further improve family activity that affects the level of independence in caring for patients with type 2 DM..

Keywords : Family activity, level of independence, type 2 DM.

PENDAHULUAN

Diabetes Melitus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolik dengan karakteristik terjadinya peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi), yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, aktivitas insulin dan keduanya (Smeltzer & Bare, 2008)

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2013 Indonesia menempati urutan keempat dengan jumlah penderita DM terbesar di dunia setelah India, Cina, dan Amerika Serikat dengan prevalensi 8,6 % dari seluruh penduduk Indonesia. Pada tahun 2000 jumlah penduduk dunia yang menderita DM berjumlah 171 juta penderita dan diperkirakan pada tahun 2030 menjadi 366 juta penderita. Insidensnya terus meningkat dengan cepat dan kunjungan penderita DM bukan lah menurun, malah kian meningkat setiap tahunnya.

Laporan dari badan penelitian dan pengembangan kesehatan dan kementerian

kehatan (RISKESDAS) tahun 2013 menyebutkan terjadi peningkatan prevalensi pada penderita DM yang diperoleh berdasarkan wawancara yaitu 1,1% pada tahun 2007 menjadi 1,5% pada tahun 2013 sedangkan prevalensi DM berdasarkan diagnosis dokter atau gejala pada tahun 2013 sebesar 2,1% dengan terdiagnosis dokter tertinggi pada daerah Sulawesi Tengah (3,7%) dan paling rendah pada daerah Jawa Barat (0,5%). Prevalensi dari penderita DM cenderung meningkat pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki dan sesuai dengan pertambahan umur mulai > 60 tahun cenderung menurun dan tersebut cenderung lebih tinggi bagi penderita yang tinggal dipertanian dibandingkan dengan perdesaan, jika ditinjau dari pendidikan bahwa prevalensi DM cenderung lebih tinggi pada masyarakat

dengan tingkat pendidikan tinggi (RISKESDAS, 2013).

Dinas Kesehatan Provinsi Riau, data jumlah penderita DM tipe 1 maupun tipe 2 untuk tahun 2014 belum terhimpun secara keseluruhan, sedangkan dari survey pada tanggal 29 Mei 2014 menurut Dinas Kesehatan Kota Dumai khususnya Puskesmas Bumi Ayu dengan jumlah penduduk 39.339 orang, jumlah penderita DM tipe 2 pada tahun 2014 berjumlah 47 orang (laki-laki 20 orang dan perempuan 27 orang) sedangkan Puskesmas Dumai Kota dengan jumlah penduduk 41.775 orang, jumlah penderita DM tipe 2 pada tahun 2014 berjumlah 95 orang (laki-laki 35 orang dan perempuan 60 orang). Jumlah kunjungan di Puskesmas Bumi Ayu pada tahun 2013 sebanyak 374 penderita dan pada tahun 2014 jumlah kunjungan 730 penderita sedangkan Puskesmas Dumai Kota pada tahun 2013 jumlah kunjungan 923 penderita dan pada tahun 2014 jumlah kunjungan 1.256 penderita, dapat kita lihat angka kunjungan penderita DM tipe 2 setiap tahunnya bertambah

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari setiap anggota keluarga (Setiadi, 2008). Peranan keluarga sangat penting dalam pengobatan dan perawatan pasien DM untuk mempercepat penyembuhan. Aktivitas sehari-hari keluarga yang terdiri 6 macam kegiatan, yaitu mandi (*bathing*), berpakaian (*dressing*), ke toilet (*toileting*), berjalan atau berpindah posisi (*walking & transferring*), kontinensia (*continence*), makan (*feeding*) (Tamher & Noor, 2009).

Keluarga merupakan faktor yang sangat penting bagi seseorang yang sedang mengalami masalah khususnya tingkat kemandirian keluarga dalam merawat keluarga yang sakit. Kemandirian menunjukkan adanya kemampuan untuk mengambil inisiatif, kemampuan mengatasi masalah, penuh ketekunan, mengatasi sendiri kesulitan dan ingin melakukan hal-hal untuk keluarga dan diri sendiri. Peranan keluarga sangat penting dalam pengobatan dan perawatan pasien DM untuk mempercepat penyembuhan.

Pengelolaan DM dimulai dengan perencanaan makan. Biasanya pasien DM yang gemuk dapat dikendalikan hanya dengan pengaturan diet saja serta gerak badan ringan dan teratur (Soegondo, 2009). Penelitian yang dilakukan Robinson (2010), terhadap 19 pasien DM, menyimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor yang paling utama mempertahankan metabolik kontrol yang akan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Sementara pada penelitian Konradsdottir dan Erla (2011), pemberian pendidikan dan intervensi dukungan terhadap keluarga menghasilkan hubungan positif terhadap kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan anggota keluarga penderita DM.

Beberapa penelitian yang diuraikan di atas dapat disimpulkan bahwa aktivitas keluarga memiliki kaitan dengan tingkat kemandirian dalam merawat penderita DM tipe 2. Keluarga memiliki peran aktif dalam proses pemulihan dan pengontrolan gula darah pasien DM tipe 2. Keluarga harus memberikan perhatian secara emosional (perhatian, dorongan, empati), bantuan (pelayanan, uang, dan informasi), penegasan (umpan balik dan pengakuan).

TUJUAN

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan aktivitas keluarga dengan tingkat kemandirian dalam merawat penderita DM tipe 2

MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini sebagai menambah wawasan dan pengalaman peneliti khususnya pada aktivitas keluarga dan tingkat mandiri. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data, informasi dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas keluarga dalam tingkat kemandirian keluarga dalam merawat penderita DM tipe 2.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain: Deskriptif kolerasi dengan pendekatan cross sectional untuk mengungkapkan hubungan antara variabel independen dan dependen. Sampel pada penelitian ini adalah 59

responden salah satu keluarga penderita DM tipe 2. Pengambilan sampel *non probability sampling* yaitu *accidental sampling*. Analisa statistik melalui dua tahapan yaitu dengan menggunakan analisa univariat dan bivariat:

HASIL

Penelitian yang telah dilakukan mulai 24 Desember 2014 sampai 31 Desember 2014 didapatkan hasil sebagai berikut:

A. Analisa Univariat

Univariat di gunakan untuk mendapatkan data karakteristik keluarga penderita DM tipe 2 yang meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, suku, agama, pekerjaan, tipe keluarga.

Tabel 1
Karakteristik responden keluarga penderita DM berdasarkan jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, agama, pekerjaan, tipe keluarga.

Karakteristik	Jumlah dan persentase	
	N	%
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	32	54,2
- Perempuan	27	45,8
Umur		
- Dewasa awal (26-35 tahun)	8	13,6
- Dewasa akhir (35-45 tahun)	17	28,8
- Lansia awal (46-55 tahun)	23	39,0
- Lansia akhir (56-65 Tahun)	11	18,6
Agama		
- Islam		
- Kristen	21	35,6
- Budha	17	28,8
Suku		
- Melayu	16	27,1
- Minang	3	5,1
- Batak	2	3,4
- Akik	6	10,2

- Jawa	22	37,3
	25	42,2
Pendidikan	6	10,2
- SD		
- SMP		
- SMU	14	23,7
- PT	24	40,7
	21	35,6
Pekerjaan		
- PNS		
- Swasta		
- IRT		

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari hasil uji statistik mayoritas karakteristik responden berdasar umur berada pada kelompok lansia awal 23 orang (39,0%), jenis kelamin responden terbanyak pada jenis kelamin laki-laki berjumlah 32 orang (54,2%). Agama yang dianut responden mayoritas beragama islam berjumlah 45 orang (76,3%) dan mayoritas bersuku melayu berjumlah 21 orang (35,6%). Responden yang berpendidikan SMU merupakan pendidikan yang terbanyak berjumlah 25 orang (42,4%) dan mayoritas berkerja sebagai swasta berjumlah 24 orang (40,7%).

Tabel 2
Distribusi frekuensi responden keluarga penderita DM tipe 2 berdasarkan tipe keluarga, aktivitas keluarga dan tingkat kemandirian

	Jumlah dan Persentase	
	n	%
Tipe keluarga		
- Tradisional	59	100
- Non tradisional	0	0
Aktivitas keluarga		
- Tidak aktif	24	40,7
- Aktif	35	59,3
Tingkat kemandirian		
- Tidak mandiri	44	74,6
- Mandiri	15	25,4

Tabel 2 menunjukkan bahwa Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan tipe keluarga mayoritas responden pada penelitian ini yaitu tradisional berjumlah 59

orang (100%) yang melakukan aktivitas mayoritas aktif berjumlah 35 orang (59,3%) dan tingkat kemandirian responden mayoritas tidak mandiri berjumlah 44 orang (74,6%).

B. Analisa Bivariat

Tabel 3
Hubungan aktivitas keluarga dengan tingkat kemandirian dalam merawat penderita DM tipe 2.

Aktivitas keluarga	(Tingkat kemandirian)				Total		value
	Tidak mandiri	%	Mandiri	%	N	%	
Tidak aktif	13	54,2	11	45,8	24	100	0,007
Aktif	31	88,6	4	11,4	35	100	
Total	44	74,6	15	25,4	59	100	

Tabel 3 menunjukkan bahwa hubungan aktivitas keluarga dengan tingkat kemandirian dalam merawat penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Bumi Ayu dan Dumai Kota (n=59) didapatkan 35 orang dengan aktivitas keluarga aktif (100%), 4 orang mandiri dalam merawat (11,4%), dan 31 orang tidak mandiri dalam merawat (88,6%). Responden yang melakukan aktivitas keluarga tidak aktif berjumlah 24 orang (100%), 11 orang yang mandiri (45,8%) dan 13 orang yang tidak mandiri (54,2%).

Hasil uji statistik menggunakan chi-square dengan nilai expectednya tidak ada yang < 5 maka nilai $value < (0,007 < 0,05)$ dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan aktivitas keluarga dengan tingkat kemandirian dalam merawat penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Bumi Ayu dan Puskesmas Dumai Kota.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik responden

a. Umur

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 59 orang responden, diperoleh responden yang berumur dewasa awal 8 orang (13,6%), dewasa akhir 17 orang (28,8%), lansia awal 23 orang (39,0%) dan

lansia akhir 11 orang (18,6%). Mayoritas umur keluarga penderita DM tipe 2 pada penelitian ini berada pada kelompok lansia awal. Penelitian ini menemukan kemampuan lansia dalam merawat penderita DM tipe 2 tidak mandiri dikarenakan sudah banyak mengalami perubahan atau kemunduran dalam berbagai aspek kehidupan baik secara fisik maupun mental. Menurut Sari (2009), bahwa terdapat antara umur dengan kemandirian seseorang dalam hal ini khususnya pada keluarga penderita DM tipe 2, dimana semakin meningkatnya umur maka semakin berkurangnya kemampuan keluarga dalam beraktivitas sehari-hari.

b. Jenis kelamin

Hasil yang di peroleh dari penelitian ini Jenis kelamin laki-laki 32 orang (54,2%) dan perempuan 27 orang (45,8%). Mayoritas keluarga penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas berjenis kelamin laki-laki. Perempuan lebih banyak menderita DM tipe 2 dibandingkan laki-laki di wilayah kerja Puskesmas. Kejadian yang peneliti temui ketika dilakukannya aktivitas dan tingkat kemandirian keluarga dalam merawat penderita DM tipe 2 adalah laki-laki yang merupakan sebagai pasangan penderita DM tipe 2 yang cukup tanggap dan perhatian. Salah satu contohnya adalah ikut dalam mengatur waktu makan, minum obat dan turut serta dalam mengantarkan pasangan atau anggota keluarga menuju tempat pelayanan kesehatan baik Rumah Sakit maupun Puskesmas. Menurut penelitian yang dilakukan di Islandia oleh Konradsdottir dan Erla (2011), dikatakan bahwa adaptasi seorang laki-laki yang di Islandia berperan sebagai ayah lebih baik dibandingkan seorang wanita, adaptasi disini adalah berupa adaptasi atas penerimaan pendidikan jangka pendek dan dukungan intervensi pada keluarga yang anggotanya menderita DM tipe 1.

c. Agama

Mayoritas keluarga penderita DM tipe 2 pada penelitian ini beragama Islam 45 orang (76,3%) dan yang paling sedikit beragama Budha 3 orang (5,1%). Agama sebagai dukungan bagi seseorang yang mengalami kelemahan dalam keadaan sakit untuk

membangkit semangat untuk sehat, atau juga dapat mempertahankan kesehatan untuk mencapai kesejahteraan. Penelitian ini didalam agama terdapat srpiritual yang merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia, apabila seseorang dalam keadaan sakit maka hubungan dengan tuhan nya pun semakin dekat, meningkat nya seseorang dalam kondisi sakit menjadi lemah dalam segala hal, tidak ada yang mampu membangkitkannya dari kesembuhan kecuali sang pencipta.

Menurut Subandi (2003), disetiap masyarakat dan budaya kuno diseluruh dunia, baik di Yunani, Romawi, Mesir kuno sampai suku-suku Aztek di Meksiko, permasalahan sakit dan kesehatan jasmani selalu dikaitkan dengan masalah spritual. Orang yang mempunyai kemampuan penyembuhan penyakit pada umumnya adalah orang-orang yang mempunyai latar belakang religius-spiritual, Selain memberi terapi fisik, mereka juga memberikan psikoterapi spritual.

d. Suku

Mayoritas keluarga penderita DM tipe 2 pada penelitian ini bersuku melayu 21 orang (35,6%). Peneliti menggambarkan bahwa keluarga penderita DM tipe 2 selalu masak makanan yang berlemak-lemak dan minum yang manis-manis dikarenakan ciri khas masakan suku melayu gulai lemak dan minuman teh manis.

Menurut teori Sustrani, dkk (2010), bahwa gaya hidup tradisional ke gaya hidup barat, stres kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang manis-manis dan berlemak tinggi untuk meningkatkan kadar serotonin otak. Serotonin ini memiliki efek penenang sementara untuk menurunkan stres, terapi gula dan lemak dapat berakibat fatal dan beresiko terjadinya DM. Menurut Handayani (2012), bahwa suku melayu selain makanan pokok beras cenderung mengonsumsi sumber makanan dari protein hewani (5 kali dalam satu minggu). Cara pengolahan makan lebih sering dengan bersantan atau lebih sering dikenal dengan nama gulai lemak (3x4/minggu), sesuai dengan motto suku melayu “Biar rumah condong asal gulai lemak” yang memiliki arti biar rumah mau runtuh asal gulai lemak.

e. Pendidikan

Mayoritas keluarga penderita DM tipe 2 pada penelitian ini berpendidikan atas. Namun peneliti berasumsi bahwa makin tinggi pendidikan seseorang maka makin mudah pula bagi mereka untuk menyerap informasi, maka tingkat pendidikan dapat mempengaruhi tingkah laku seseorang dalam memperbaiki kondisi kesehatannya. Menurut Hiswani (2009), dalam penelitiannya menyebutkan pendidikan seseorang juga mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai rumah dan lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap jenis pekerjaannya.

f. Pekerjaan

Berdasarkan karakteristik diketahui bahwa mayoritas keluarga penderita DM tipe 2 pada penelitian ini berkerja sebagai swasta 24 orang (40,7%) dan yang paling sedikit bekerja sebagai PNS 14 orang (23,7%). Penelitian ini menggambarkan bahwa pekerjaan keluarga yang tidak menetap mengakibatkan keluarga tidak selalu berada dirumah dikarenakan keluarga mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan keluarganya sehingga keluarga tidak mandiri dalam merawat penderita DM tipe 2. Penelitian ini didukung oleh penelitian menurut Yesi (2011), Status pekerjaan berhubungan dengan aktualisasi diri seseorang dan mendorong seseorang lebih percaya diri dan bertanggung jawab untuk menyelesaikan tugas. Namun responden yang bekerja memiliki kegiatan yang padat dan mengalami stres yang tinggi terhadap pekerjaan sehingga dapat mempengaruhi dalam merawat penderita DM tipe 2.

g. Tipe keluarga

Mayoritas keluarga penderita DM tipe 2 pada penelitian ini tinggal dalam satu rumah yang mempunyai ikatan pernikahan. Penelitian ini menggambarkan bahwa keluarga sangat berpengaruh terhadap kesembuhan penderita DM tipe 2 karena jika penderita ingin sembuh tetapi di rumah masih melakukan gaya hidup yang tidak sehat maka penderita tetap dalam

kondisi sakit. Menurut penelitian Pratiwi (2014), penderita DM tipe 2 lebih banyak tinggal dalam tipe keluarga inti (54,3%) dibandingkan yang tinggal bersama keluarga besar (45,7 %). Tipe keluarga berpengaruh dalam kepuasan perawatan kesehatan pada anggota keluarga. Pertanyaan tersebut senada dengan penelitian Amigo (2012), yang menyebutkan keluarga mempunyai beberapa karakteristik yang mempengaruhi perawatan kesehatan keluarga salah satunya tipe keluarga.

2. Aktivitas keluarga

Mayoritas keluarga penderita DM tipe 2 pada penelitian ini aktivitas keluarga aktif. Penelitian ini menemukan bahwa aktivitas keluarga aktif dalam melakukan kegiatan-kegiatan di rumah seperti aktivitas fisik (memasak, menyapu, mandi, dll) dan aktivitas mental yang dilakukan keluarga seperti pergi rekreasi dalam waktu libur dan aktivitas sosial yang dilakukan keluarga seperti pergi arisan , ikut organisasi di kelurahannya. Aktivitas yang dilakukan keluarga dalam merawat penderita salah satunya 3J (jenis diit, jumlah diit dan jadwal diit penderita DM tipe 2). Disini peneliti sedikit yang menemukan keluarga yang kurang aktif disebabkan keluarga yang banyak melakukan aktivitasnya di luar rumah seperti bekerja dari pagi sampai sore.

Menurut Meiner dan Lueckonette (2006), pemberi layanan dalam melakukan aktifitas tidak hanya berfungsi sebagai pemberi layanan pada penderita DM tipe 2, tetapi juga sebagai anggota keluarga dan mempunyai tugas dan tanggung jawab, hal ini dapat menimbulkan konflik karena adanya beban tugas. Menurut Gusti (2013), peran aktif yang dilakukan keluarga penderita merupakan aktivitas keluarga yang dapat diartikan sebagai keikutsertaan, keterlibatan, dan kebersamaan anggota keluarga, dalam suatu kegiatan tertentu, baik secara langsung maupun tidak langsung, sejak dari gagasan sampai dengan pengambilan keputusan. Peranan anggota keluarga secara langsung berarti keluarga tersebut ikut memberikan bantuan tenaga, keuangan, pikiran dan material yang diperlukan.

3. Tingkat kemandirian

Mayoritas keluarga penderita DM tipe 2 pada penelitian ini keluarga tidak mandiri dalam merawat penderita DM tipe 2. Penelitian ini menemukan masih banyak lagi keluarga yang belum bisa melaksanakan tingkat kemandirian yang II, III dan IV. Tingkat kemandirian keluarga I terdapat dua indikator yang telah mampu dilakukan. Pada tingkat kemandirian keluarga II terdapat lima indikator salah satunya hanya sebagian yang bisa melakukan tindakan keperawatan sederhana seperti membuat jus mengkudu untuk penderita DM tipe 2. Tingkat kemandirian keluarga III terdapat enam indikator yang tidak bisa keluarga lakukan tindakan pencegahan secara aktif seperti jika penyakit DM tipe 2 tidak diatasi dapat menyebabkan komplikasi penyakit lain. Tingkat kemandirian keluarga IV terdapat tujuh indikator yang tidak bisa keluarga lakukan tindakan peningkatan kesehatan (promotif) secara aktif seperti membuat lingkungan disekitar rumah yang aman dan tenang.

Menurut Sjattar (2011), menyatakan bahwa keluarga sebagai model atau sebagai keluarga untuk keluarga (KUK) terbukti untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat dinyatakan bahwa pelaksanaan tugas kesehatan keluarga akan menentukan tingkat kemandirian keluarga. Menurut Wiyono (2007) menyatakan bahwa keluarga sangat membutuhkan pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal perawatan penderita DM tipe 2 di rumah, ketergantungan pelayanan yang dibutuhkan dan pelayanan yang dilakukan secara berkala sehingga dapat meningkatkan kemandirian keluarga.

4. Hubungan aktivitas keluarga dengan tingkat kemandirian dalam merawat penderita DM tipe 2

Hasil analisis bivariat *Chi-Square* menunjukkan bahwa ada hubungan aktivitas keluarga dengan tingkat kemandirian dalam merawat penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas. Hal ini menggambarkan bahwa keluarga selalu melakukan kegiatan aktivitas dengan aktif baik aktivitas fisik, mental maupun sosial. Menurut Senja (2013),

Pengaruh aktivitas keluarga yang diberikan pada keluarga dengan penderita DM dalam bentuk terapi keluarga dilaksanakan dengan metode pemberian pendidikan kesehatan dan pengembangan keterampilan penderita DM serta keluarga dalam merawat pasien dengan DM, Metode tersebut mampu meningkatkan pengetahuan serta keterampilan penderita DM beserta keluarga.

Penelitian menggambarkan bahwa tingkat kemandirian keluarga masih tidak mandiri dikarenakan keluarga tidak mandiri dalam merawat penderita DM tipe 2 seperti salah satunya keluarga belum mampu memberikan penjelasan masalah tentang penyakit DM yang diderita anggota keluarga dengan benar. Sesuai dengan teori menurut Ferry. E (2009), menjelaskan tugas keluarga dalam melakukan aktivitas untuk merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, Keluarga harus mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat. Berdasarkan teori ini peneliti sedikit yang mendapatkan keluarga dengan tugas keluarga yang aktif.

Penelitian memperoleh menggambarkan bahwa faktor yang mempengaruhi keluarga yang aktif tetapi tidak mandiri karena keluarga kurang pengetahuan dan motivasi dalam merawat penderita DM tipe 2 dikarenakan Kota Dumai merupakan Kota peralihan sehingga penduduknya mayoritas pendatang dan pekerjaannya tidak menetap sehingga jarang di rumah untuk melakukan aktivitas baik untuk dirinya sendiri maupun dalam merawat penderita DM tipe 2.

Menurut teori Kemandirian anggota keluarga berpengaruh terhadap pola-pola yang digunakan di dalam keluarga tersebut, tingkat kematangan (maturitas) dan perkembangan individu, pendidikan, kesehatan, tingkat ekonomi dan budaya lingkungan tempat tinggal. Pola-pola tersebut juga mempengaruhi kemampuan keluarga dalam menjalankan tugas kesehatan keluarga. Aktivitas keluarga merupakan salah satu penilaian dalam kehidupan sehari-hari keluarga dalam melakukan tindakan yang perlu dilakukan

secara benar. Sedangkan tingkat kemandirian merupakan kemampuan dalam mengatasi anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan merupakan salah satu aktualisasi dari keluarga atas kemandirian keluarganya (Sudiharto, 2005).

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden di wilayah kerja Puskesmas Bumi ayu da Puskesmas Dumai Kota mayoritas berusia lansia awal 23 orang (39,0%), Keluarga penderita DM tipe 2 yang terbanyak adalah berjenis kelamin laki-laki sebanyak 32 orang (54,2%) dan beragama islam 45 orang (76,3%), bersuku melayu 21 orang (35,6%), pendidikan keluarga penderita DM tipe 2 bervariasi yang terbanyak 25 orang (42,4%) adalah SMU dengan pekerjaan yang terbanyak adalah swasta 24 orang (40,7%) dan tipe keluarga yang dominan di wilayah kerja Puskesmas Bumi Ayu dan Puskesmas Dumai Kota adalah keluarga inti (100%), aktivitas keluarga aktif berjumlah 35 orang (59,3%) dan mayoritas tingkat kemandirian keluarga tidak mandiri berjumlah 44 orang (74,6%). Terdapat hubungan aktivitas keluarga dengan tingkat kemandirian dalam merawat penderita DM tipe 2 di wilayah Puskesmas. Hasil uji statistik nilai $p\text{-value} = 0,007$ ($p < 0,05$). Berdasarkan hipotesis yang diajukan apabila $p\text{-value} = 0,05$ maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, sehingga H_0 ditolak.

SARAN

Penelitian ini diharapkan dapat sebagai masukan bagi Puskesmas agar dapat terus menjalankan PKMS (program kesehatan masyarakat) yang rutin minimal dua kali dalam seminggu dan memilih tenaga perawat yang memiliki *educator* dalam PKMS sehingga keluarga dan penderita dapat memahami dan mengetahui tentang penyakit DM tipe 2 yang ada di lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat.

Penelitian selanjutnya diharapkan untuk mengembangkan lebih dalam dari penelitian ini, yang dapat mempengaruhi keluarga penderita DM tipe 2 untuk merawat penderita dengan baik. Selain itu diharapkan penelitian selanjutnya dapat mengembangkan alat pengumpulan data, tidak hanya

menggunakan kuesioner tapi juga bisa menggunakan observasi dan alat pengumpulan data lainnya.

Penelitian ini diharapkan keluarga dapat meningkatkan aktivitas keluarga dan mandiri dalam merawat penderita DM tipe 2 sehingga dapat menurunkan kadar gula darah penderita DM tipe 2.

¹**Dahliyani**, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau

²**Arneliwati**, Dosen Departemen Keperawatan Komunitas Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau

³**Wasisto Utomo**, Dosen Departemen Keperawatan Medikal Bedah Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau

DAFTAR PUSTAKA

- Amigo, T. A. (2010). *Hubungan karakteristik dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada aggregate lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Yogyakarta*. Diperoleh tanggal 24 Januari 2015 dari www.lib.ui.ac.id.
- Efendi, F. & Makhfudli. (2009). *Keperawatan kesehatan komunitas dalam praktik dan teori keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Gusti, S. (2013). *Buku ajar: Asuhan keperawatan keluarga*. Jakarta: TIM.
- Handayani, I. (2012). *Gambaran pola makanan suku melayu dan suku jawa di Desa Selemak Kecamatan Hamparan Perak Kabupaten Deli Serdang*. Diperoleh tanggal 29 Januari 2015 dari www.repository.usu.ac.id.
- Hiswani. (2009). *Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat*. Diperoleh tanggal 09 Januari 2015 dari <http://library.usu.id/download/fkmhiswani>.
- Konradsdottir, Elisabet & Erla, K. S. (2011). *How effective is a short-term education and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes. Iceland: Journal for specialist in pediatric nursing* 16 (2011) 295-304.
- Meiner, S. E., & Lueckonette, G.E. (2006). *Gerontologic Nursing* (Third Edition). St.Louis: Mos by Elsevier.
- Pratiwi, K. (2014). *Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan tingkat kecemasan penderita DM tipe 2*. Diperoleh tanggal 24 Januari 2015 dari www.keperawatan.unsoed.ac.id.
- Robinson, V. M., (2010). *The relative roles of family and peer support in metabolic control and quality of life for adolescents with type 1 diabetes. The University of Edinburg*: Diperoleh tanggal 12 Juni 2014 dari www.mendelev.com/research.
- Sari, I. M. (2009). *Hubungan antara karakteristik personal dengan kemandirian dalam activity of daily living (ADL) pada lansia di Panti Wredha Dharma Bhakti Pajang Surakarta tahun 2009*. Diperoleh tanggal 23 Januari 2015 dari e-journal.stikesmuhkudus.ac.id.
- Senja, P. (2013). *Pengaruh terapi keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pada penderita diabetes melitus Pukesmas Purwokerto Utara II*. Diperoleh tanggal 20 Januari 2015 dari www.keperawatan.unsoed.ac.id.
- Setiadi. (2008). *Konsep & proses keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sjattar, E.L., Elly, N., Burhanuddin, B., & Sitti, W. (2011). *Pengaruh penerapan model keluarga untuk keluarga terhadap kemandirian keluarga merawat penderita TB paru peserta DOTS di Makasar (integrasi konsep keperawatan self care dan family-centered nursing)*. Diperoleh tanggal 13 Juni 2014 dari www.google.com.
- Smeltzer, C. S., & Bare, B. G. (2008). *Keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Soegondo, S. (2009). *Buku ajar ilmu penyakit dalam; Farmakoterapi pada penendalian glikemia diabetes melitus tipe 2*. Jakarta: FKUI.
- Subandi, M. A. (2003). *Integrasi Psikoterapi dalam Dunia Medis*. Diperoleh tanggal

07 Januari 2015 dari
www.psikologi.ugm.ac.id.

- Sudiharto. (2005). *Asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural*. Jakarta: EGC.
- Sustrani, L., Alam, S. & Hadibroto, I. (2010). *Diabetes; Informasi lengkap untuk penderita dan keluarganya*. Jakarta: Gramedia Pustaka.
- Tamher, S., & Noorkasiani. (2009) *Kesehatan usia lanjut dengan pendekatan Askep*. Jakarta: FKUI.
- Wiyono, J. (2007). *Pengaruh keluarga dalam merawat lansia dengan tingkat ketergantungan tinggi di Rumah Sakit Malang Jawa Timur*. Diperoleh tanggal 23 Januari 2015 dari www.jki.ui.ac.id.
- World Health Organization. (2007). *Prevalence of diabetes worldwide (online)*. Diperoleh tanggal 12 Juli 2014 dari www.who.com.
- Yesi, A. (2011). *Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP. H. Adam Malik Medan*. Diperoleh tanggal 24 Januari 2015 dari www.lib.ui.ac.id.

